XXXII CONGRESSO BRASILEIRO DE
CIRURGIA

TRABALHOS CIENTÍFICOS

PÔSTERES - RESUMO

28/04 A 01/05/2017
SÃO PAULO - SHERATON WTC

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 656

TÍTULO DO TRABALHO: A GASTROSTOMIA É UM TRATAMENTO EFICAZ PARA PREVENÇÃO DE ASPIRAÇÃO INTRATÁVEL EM DOENÇAS NEURODEGENERATIVAS?

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GUILHERME DE SOUZA SILVA1; LÍVIA MARIA PACELLI MARCON2; RODRIGO SADER HECK3; RAFAEL MIRANDA DE OLIVEIRA4; ALINE CASSIA SOUZA AMARAL4; ANDRE LUIZ COTA BICALHO4; LUCAS SILVA ANDRADE2; GUILHERME CAFURE ANTUNES2. 1. UFMG, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELANO - UNIFENAS BH, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 3. HUSF, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL; 4. HOSPITAL VILA DA SERRA, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
A principal função da laringe é a proteção das vias aéreas. Diversas condições como trauma, tumores e doenças neurodegenerativas podem afetar sua função, com conseqüente quadro broncoaspirativo. O tratamento clínico consiste em terapia fonoaudiológica, suporte nutricional via nutrição enteral, através de cateter nasogástrico, gastrostomia ou jejunostomia, além de fármacos que evitam o refluxo gastroesofágico e diminuem a salivação.Contudo, nenhum destes tratamentos são completamente eficazes para o tratamento da aspiração crônica. Mesmo com o uso de dieta enteral, permanece ainda o risco de aspiração de saliva, o qual não é evitado mesmo com uso de traqueostomia com balonete. Nos casos graves, com episódios recorrentes de pneumonia de aspiração, o tratamento mais recomendado é a separação laringotraqueal (SLT). A SLT consiste na secção horizontal completa da traqueia entre o primeiro e segundo anéis ou no nível da traqueostomia preexistente. É realizado então o fechamento completo do coto traqueal superior e sutura do coto traqueal distal à pele. Como inconveniente, há perda da voz. No entanto, há preservação da inervação motora e sensitiva, sendo então potencialmente reversível.O caso refere-se a homem de 51 anos, portador de atrofia de múltiplos sistemas (AMS), acamado e gastrostomizado; história de múltiplas internações por quadros pneumônicos. Em 25/12/2016 admitido em unidade intensiva do Hospital Vila da Serra devido à pneumonia grave, evoluiu com insuficiência respiratória, necessitando de suporte ventilatório e posteriormente traqueostomia. Foi indicada SLT por intratabilidade clínica da aspiração, realizada em 17/01/17, sem intercorrências no pós-operatório.Conclui-se que, a indicação precisa da SLT diminui a recorrência da broncopneumonia aspirativa, reduzindo assim o tempo de internação e mortalidade, sendo de suma importância na prática do cirurgião em tempos de envelhecimento da população mundial e aumento da prevalência de doenças neurodegenerativas e neoplásicas.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 650

TÍTULO DO TRABALHO: Abcesso Cervical Profundo: Relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RAFAELA TÓTOLA COIMBRA1; JAMYLE BALLA DA SILVA2; LAÍS BALLA LUCENA2; GABRIELA PASTANA GOES2; ANA PAULA MARINHO LOPES2; CILENE APARECIDA DE SOUZA MELO2; PAULA REGINA DA SILVA TAVARES3. 1. UNESC, COLATINA - ES - BRASIL; 2. UEPA, MARABÁ - PA - BRASIL; 3. UEPA, MARABA - PA - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: As infecções dos espaços cervicais profundos são caracterizadas como lesões supurativas atualmente raras, e que se desenvolvem nos espaços fasciais da cabeça e do pescoço, tendo como origem principal o foco séptico dentário. Comumente essas lesões são polimicrobianas, as quais, na ausência de terapia antibiótica correta e manejo cirúrgico adequado, podem promover quadros graves, com morbidades e mortalidades em torno de 40 a 50% dos casos. Relato de caso: Paciente de 32 anos, com odontalgia há 15 dias, evoluindo com trismo, disfagia e edema em região submandibular esquerda. Atendida em serviço de urgência na cidade de Parauapebas-PA, recebeu prescrição de medicação suporte, de antibioticoterapia (gentamicina) e drenagem local por acesso extraoral. Encaminhada para domicilio, evoluiu com edema e hiperemia em região submandibular e cervical e drenagem espontânea de secreção purulenta e fétida na região cervical esquerda. Paciente procurou o serviço de urgência, sendo encaminhada para hospital particular em Marabá-PA. Apresentou-se desidratada, febril (39,5ºC), descorada (+/4+), disfágica, dispneica, com drenagem espontânea de secreção purulenta e fétida e áreas de necrose em região cervical, além de trismo (3+/4+), algia e disfunção. Na tomografia, observou-se local da lesão: espaço submandibular, sublingual, laterofaríngeo e subcutâneo da região cervical. Em seguida, realizou-se a incisão cirúrgica e drenagem da área de infecção, lavagem copiosa com soro fisiológico, abordagem das lojas cirúrgicas e instalação dos drenos de penrose na região submandibular (vestibular e lingual) e cervical posterior. Durante a drenagem foi realizada a exodontia do elemento 37, origem infecciosa. Paciente seguiu para UTI para supervisão do pós-operatório imediato, foi medicada com antibióticos: ceftriaxone e clindamicina; dexametasona e medicação de suporte. Retirou-se os drenos após 48 horas e a paciente recebeu orientações sobre os cuidados com a ferida cirúrgica, recebendo alta hospitalar após 5 dias. Seguindo-se a antibioticoterapia por mais 7 dias. Paciente evoluiu para cura sem grandes complicações, apenas com retração da ferida devido ao processo cicatricial. Conclusão: O caso evoluiu bem, corroborando com os achados bibliográficos. As condutas realizadas: antibioticoterapia, abordagem cirúrgica e extração do foco da lesão promoveram a resolubilidade do caso que cursou sem grandes complicações, demonstrando a importância de uma conduta rápida e efetiva.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1224

TÍTULO DO TRABALHO: ABORDAGEM CIRÚRGICA DE NASOANGIOFIBROMA JUVENIL

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: SANRRANGERS SALES SILVA1; MARCOS RAYONE DE FREITAS1; SELINALDO AMORIM BEZERRA2; MARCIO JACKSON DE SOUZA BARRETO2; PRISCILA DE ARAÚJO DA SILVA2; JOÃO CARVALHO VASCONCELOS FILHO2; JAINE DE OLIVEIRA E SILVA1; ANDERSON RICARDO SANSÃO DE ALMEIDA3. 1. UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUI, TERESINA - PI - BRASIL; 2. HOSPITAL GETÚLIO VARGAS, TERESINA - PI - BRASIL; 3. CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI, TERESINA - PI - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O Nasoangiofibroma Juvenil (NAFJ) é um tumor benigno raro que surge, predominantemente, na nasofaringe de adolescentes masculinos. Tem comportamento biológico agressivo e propensão à propagação local destrutiva, estendendo-se para as regiões intraorbital, base do crânio e intracraniana. Clinicamente se apresenta com obstrução nasal unilateral progressiva evoluindo ou não para bilateral, com ou sem epistaxe. O diagnóstico é feito pela anamnese, exame físico e exames complementares. A ressecção é o tratamento de eleição, cujos acessos são vários, dependendo do epicentro do tumor, a saber, transpalatal, transfacial, degloving facial, craniotomia e endoscópica. Objetivo deste trabalho é relatar um caso de NAFJ submetido a procedimento cirúrgico com sucesso pelo serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Getúlio Vargas (HGV) em Teresina, PI. Relato de caso: Homem de 18 anos, iniciais MSM, procedente de Teresina ? PI foi atendido no ambulatório do HGV com a queixa de obstrução nasal há 8 meses. Referia respiração oral, sonolência, roncos em excesso durante o sono e epistaxe nos últimos dias antes da consulta. Queixava-se ainda de anorexia que o mesmo atribuía a uma "anemia". Exame físico: Bom estado geral, mucosas hipocoradas (1+/4), acianótico, anictérico, afebril, eupnéico (apresentando respiração oral), pescoço sem alterações à palpação, rinoscopia: lesão vegetante de coloração rósea ocupando a narina direita. Apresentava uma Tomografia que demonstrava uma lesão hipervascularizada comprometendo a fossa nasal direita com extensão ao seio esfenoidal e nasofaringe sugerindo NAFJ. Fez exames pré-operatórios e internou no dia 27 de novembro de 2016. Realizou com sucesso embolização do tumor no dia seguinte à internação. E foi submetido a uma cirurgia no dia 29 de novembro como se segue: Ligadura dupla da artéria maxilar interna à direita; Degloving de maxila bilateralmente; Osteotomia à Le Fort I; Exposição e Exérese da lesão, utilizando-se de bisturi elétrico bipolar; Osteossíntese da maxila com placas de titânio e parafusos. No pós-operatório, permaneceu internado por 8 dias com hidratação, analgesia, antibioticoprofilaxia (48 horas) e enquanto estava internado manteve o tampão nasal posicionado imediatamente após a ressecção. Teve alta hospitalar no dia seis de dezembro e encontra-se bem atualmente. Conclusão: Neste trabalho, descrevemos um caso de NAFJ ressecado com sucesso em um hospital geral de Teresina PI.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2276

TÍTULO DO TRABALHO: ABORDAGEM TERAPÊUTICA DE CARCINOMA ADENÓIDE CÍSTICO SUBGLÓTICO COM EXÉRESE ENDOSCÓPICA : Relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LETÍCIA REZENDE DA SILVA SOBRAL; MARIANA FREIRE SILVA; STENIO ROBERTO CASTRO LIMA SANTOS; LAYLA KAMENNY COELHO DE SOUSA; FABIOLLA MARIA MARTINS COSTA; PAULA ROGÉRIA PEREIRA DA SILVA; KAREN CRISTINA COELHO DE SOUSA; PRISCILLA FRAZAO LEAL. UNIVERSIDADE CEUMA, SÃO LUÍS - MA - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O carcinoma adenóide cístico consiste em uma neoplasia maligna de frequência considerável na região de cabeça e pescoço. É mais comum em pacientes de meia idade, sem predileção por gênero ou raça. Anatomicamente, há predileção pelas glândulas salivares menores, sendo raro desenvolvimento na laringe. Clinicamente, apresenta-se assintomático até que o tumor atinja tamanho suficientemente grande para causar sintomas, sendo estes bastante inespecíficos. O diagnóstico deve ser suspeitado com base na clínica do paciente e confirmado a partir de exames de imagem, espirometria e laringoscopia. O tratamento consiste na exérese da lesão, podendo ou não ser complementado com radioterapia. O prognóstico do carcinoma adenóide cístico de laringe é reservado. RELATO DO CASO: S.S.,54 anos, feminino, parda, casada, foi atendida com queixa, há dois anos, de disfonia e dispneia progressiva, não associada aos esforços, sem melhora após medicações. De história mórbida pregressa, relata etilismo e tabagismo há 38 anos. História mórbida familiar era sem particularidades.Ao exame físico pré operatório encontrava-se em regular estado geral, lúcida e orientada no tempo e no espaço, anictérica, afebril, cianótica +/ 4+,mucosa oral hipocorada +/4+, 23 irpm, emagrecida. Aparelho respiratório: murmúrio vesicular presente bilateral, sem ruídos adventícios, com uso de musculatura acessória. Exames laboratoriais: hemoglobina: 9,7 g/dl; hematócrito: 23,2%, sem demais alterações.Tomografia computadorizada evidenciando lesão subglótica de 1,1cm, ocupando 80% da luz traqueal. A paciente foi submetida a tratamento cirúrgico, sendo realizada exérese endoscópica da lesão com margens planas, evoluindo de forma favorável, sem necessidade de radioterapia. CONCLUSÃO: Carcinoma adenóide cístico em região subglótica mostra-se bastante raro na literatura. O tratamento radioterápico ainda é controverso, não sendo observado nos estudos disponíveis na literatura, superioridade dos pacientes tratados com cirurgia e radioterapia sobre aqueles tratados exclusivamente por método cirúrgico. Sendo assim, a melhor opção ainda consiste no tratamento cirúrgico, com exerese da lesão com ampla margem cirúrgica.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1677

TÍTULO DO TRABALHO: ACHADO INCIDENTAL DE CARCINOMA PAPILÍFERO DA TIREÓIDE EM TIREOIDECTOMIAS POR DOENÇA BENIGNA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JONATAS CATUNDA DE FREITAS; ANA CAROLINA MONTES RIBEIRO; GABRIEL SILVA LIMA; LIANDRA RAYANNE DE SOUSA BARBOSA; FRANCIEUDO JUSTINO ROLIM; WELLINGTON ALVES FILHO; LUIS ALBERTO ALBANO FERREIRA; FRANCISCO MONTEIRO DE CASTRO JR.. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇAO: Doenças benignas da tireóide sem suspeita pré-operatória de malignidade podem necessitar de tireoidectomia total ou parcial. Em alguns casos, são detectados carcinoma papilífero da tireóide incidentais no exame histopatológico da peça cirúrgica, alterando a conduta terapêutica desses pacientes. É preferível operar apenas os pacientes com diagnóstico de câncer ou com lesão suspeitas de malignidade, para evitar uma tireoidectomia desnecessária e suas possíveis complicações. Bócio colóide volumoso com sintomas compressivos, bócio mergulhante e bócio tóxico refratário ao tratamento clínico são lesões tireoidianas benignas que tem indicação cirúrgica.OBJETIVO: Analisar a incidência de carcinoma papilidero em tireoidectomias por doença benigna. METODOS Foram analisados retrospectivamente o prontuário de 130 pacientes submetidos a tireoidectomia por doença benigna (bócio/tireoidite) entre janeiro de 2007 e janeiro de 2011 em um hospital privado de Fortaleza. Entre os critérios de inclusão estavam pacientes operados por doença benigna da tireóide que apresentavam PAAF (punção aspirativa por agulha fina) negativa para carcinoma papilífero e PAAF negativa para doença folicular, porém o estudo histopatológico da peça cirúrgica revelava de forma incidental a presença de carcinoma papilífero da tireóide. Foram excluídos da pesquisa os casos em que não foi possível encontrar todos os dados analisados dos pacientes. Informações sobre sexo, diagnóstico pré-operatório, tamanho da lesão e quantidade de nódulos foram analisados.RESULTADOS: Dos 130 pacientes analisados 110 (84,6%) eram do sexo feminino e 20 (15,4%) do sexo masculino. A idade média de acometimento foi de 51 anos, variando de 19 a 84 anos. Em 57 (43,8%) pacientes o carcinoma papilífero não foi detectado no exame de congelação, tendo sido detectado nos 73 (56,2%) restantes. Foram encontrados 109 (83,8%) microcarcinomas papilíferos (até 10mm) e 21 (16,2%) maiores que 10mm. Apresentaram-se com nódulo único 76 (58,5%) dos pacientes, e 54 (41,5%) com nódulos multicêntricos. Dos pacientes operados 34 (26,2%) tinham diagnóstico pré-operatório de tireoidite, 93 (71,5%) de bócio e 3 (2,3%) de adenoma folicular.CONCLUSAO: O carcinoma papilífero da tireóide deve ser lembrado em pacientes com doença benigna dessa glândula que serão submetidos a cirurgia, pois esse achado pode mudar a conduta terapêutica.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 849

TÍTULO DO TRABALHO: ADENOMA DE PARATIREÓIDE E O HIPERPARATIROIDISMO PRIMÁRIO ?

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARIANA FIDELIS SOLLA1; FERNANDA FRUET2; JOSE MAURO DA SILVA RODRIGUES1; BIANCA CAROLINE ALVIM TOMAZ1; DIEGO GARDENAL ALCANTARA3; BEATRIZ PIERRO DOS SANTOS1. 1. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, SOROCABA - SP - BRASIL; 2. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O Hiperparatiroidismo Primário (HPP) é uma doença metabólica que resulta no excesso de secreção de paratormônio (PTH) e é geralmente causado pela presença de um adenoma de paratireoide. Os níveis elevados de PTH são o achado laboratorial mais importante para o diagnóstico da doença. O HPP pode se apresentar de forma assintomática ou então na forma de doença óssea pelo excesso de PTH, que aumenta a reabsorção óssea; litíase renal pela hipofosfatemia e a hipercalciúria ou crise paratiroidea. Relato de caso: Paciente masculino, 28 anos, chegou ao Conjunto Hospitalar de Sorocaba com fratura em fêmur direito e em úmeros direito e esquerdo após cair e apoiar-se para levantar. Possui história pregressa de litíase renal há 9 anos, há 6 anos e há 1 ano e meio; há 11 meses fraturou um arco costal à direita após sua companheira apoiar-se em seu tórax e há 3 meses fraturou o úmero esquerdo ao apoiar-se para levantar. Aos exames laboratoriais apresentou: cálcio total = 14,6 mg/dL; cálcio iônico = 7,6 mg/dL; fosfatase alcalina = 494U/L; albumina = 4,1 g/dL; creatinina = 1,9 mg/dL (depuração da creatinina endógena estimada em 72 mL/minuto); paratormônio intacto = 327 pg/mL. A ultrassonografia de glândula tireóide revelou a presença de nódulo sólido hipoecóico em lobo direito inferior da glândula paratireoide. O paciente foi submetido a paratireoidectomia parcial e o anatomopatológico da peça cirúrgica evidenciou um quadro histológico compatível com adenoma de paratireóide. Conclusão: O diagnóstico de HPP depende dos níveis séricos de cálcio bem como a avaliação de outras apresentações atípicas, como a litíase renal. O tratamento é a retirara das glândulas , através da parotidectomia.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1055

TÍTULO DO TRABALHO: ADENOMA PLEOMÓRFICO DE GLÂNDULAS SALIVARES MENORES METASTÁTICO ? RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: IGOR ALMEIDA DE OLIVEIRA; JONATAS CATUNDA DE FREITAS; EDILSON ROZENDO DE SOUSA NETO; ALESSANDRA FREIRE DA SILVA; ANA CAROLINA MONTES RIBEIRO; FRANCIEUDO JUSTINO ROLIM; FRANCISCO JANUÁRIO FARIAS PEREIRA FILHO; MÁRCIO RIBEIRO STUDART DA FONSECA. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOO adenoma pleomórfico é a neoplasia mais comum das glândulas salivares maiores e menores.1 Apresenta crescimento lento e benigno.4 Raramente, uma lesão mestastática pode apresentar elementos epiteliais e estromais benignos, idênticos ao adenoma pleomórfico primário. Essa entidade é chamada de adenoma pleomórfico metastático (APM),4 e sua mortalidade pode chegar a 22%4. O sítio inicial mais comum do APM é a parótida (74%), seguida das glândulas salivares menores (17%) e glândulas submandibulares (10%)3. O sítio mais comum de metástase é o osso (45%), seguido por cabeça e pescoço (43%), pulmões (36%).3 Relatamos o caso de um adenoma pleomórfico de glândulas salivares menores que apresentou invasão óssea e metástase linfonodal.RELATO DO CASOPaciente, 42 anos, realizou ressecção transoral de lesão submucosa bem delimitada de 3cm em mucosa jugal esquerda há 8 anos, diagnóstico pós operatório de adenocarcinoma de glândulas salivares menores de baixo grau. Perdeu seguimento ambulatorial. Evoluiu com recidiva local 3 anos após a cirurgia. Retornou ao Serviço de Cabeça e Pescoço do Huwc por apresentar trismo. A recidiva acometia mucosa jugal esquerda com extensão para rebordo alveolar superior da maxila, invadindo palato e placas pterigoides, além de apresentar grande componente insuflativo em área malar infiltrando pele e linfonodomegalia submandibular esquerda sugestiva de metástase. Biópsia incisional da área ulcerada em mucosa jugal teve como resultado adenoma pleomórfico. A paciente foi submetida à ressecção da lesão incluindo maxilectomia de inframesoestrutura esquerda ampliada para placas pterigoides e área de pele, associado ao esvaziamento radical modificado. Foi utilizado prótese obturatória confeccionada no intra operatório, retalho de m. Masseter para reconstruir mucosa jugal e fechamento primário da pele. Paciente evoluiu bem, com discreta necrose do retalho de bochecha inferior e fístula salivar de rápida resolução. O resultado histopatológico mostrou ser um adenoma pleomórfico. A paciente foi encaminhada à radioterapia adjuvante e encontra-se bem, 4 meses após conclusão do tratamento sem evidência de doença.CONCLUSÃOAPM é uma entidade rara e controversa5. Os pacientes se apresentam após anos do tratamento do seu tumor primário com recorrência local e metástase sem características de malignidade5. A existência dessa enfermidade reitera a necessidade da excisão completa do adenoma pleomórfico primário e do seguimento clínico do paciente5.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2219

TÍTULO DO TRABALHO: Análise da influência do gênero no diagnóstico histopatológico de pacientes submetidos a tireoidectomia em um hospital de ensino da Região Norte do Ceará

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: TALLYS DE SOUZA FURTADO; LEILA CARLA DA CUNHA SILVA MAGALHÃES; DANIEL HARDY MELO; MIKAELLE LOPES RODRIGUES; LUCAS TADEU ROCHA SANTOS; DINA ANDRESSA MARTINS MONTEIRO; CARLOS ALEFE SOUSA NASCIMENTO. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC, SOBRAL - CE - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Analisar a influência causada pelo gênero no diagnóstico histopatológico de pacientes submetidos a tireoidectomias. Metodologia: Estudo caracterizado como pesquisa documental, realizado no Setor de Patologia da Santa Casa de Misericórdia de Sobral entre os anos de 2015 e 2016, no qual foram analisados laudos histopatológicos de 83 pacientes submetidos a tireoidectomias, totais ou parciais, realizadas no referido período. 5 laudos foram excluídos por apresentarem informações incompletas. Os dados foram transcritos para um formulário de coleta de dados e, em seguida, tabulados no software Excel. Foram avaliadas as variáveis relacionadas ao gênero e ao diagnóstico histopatológico final dos pacientes. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade estadual Vale do Acaraú sob o número 61077916.0.0000.5053, recebendo apoio institucional do Departamento de Ensino, Pesquisa e Extensão da Santa Casa de Misericórdia de Sobral. Resultados: A amostra foi constituída por 69 pacientes (88,4%) do sexo feminino e 9 pacientes (11,6%) do sexo masculino. Entre os pacientes do sexo feminino, 17 (24,6%) apresentaram Bócio Adenomatoide,14 (20,3%) apresentaram Adenoma Folicular, 25 (36,2%) apresentaram Carcinoma Papilífero e 13 (18,9%) apresentaram outro diagnóstico. No que diz respeito aos pacientes do sexo masculino, 2 (22,2%) possuíam Bócio Adenomatoide, 6 (66,7%) possuíam Carcinoma Papilífero e 1 (11,1%) não apresentou nenhuma alteração tireoideana. Conclusão: Nota-se a elevada superioridade numérica de pacientes do sexo feminino entre aqueles submetidos a tireoidectomias. No que diz respeito aos diagnósticos, destaca-se a ocorrência de Carcinoma Papilífero, seguido pelo Bócio Adenomatoide, em ambos os sexos. A partir desses dados, mostra-se essencial um maior direcionamento de ações para o público feminino, objetivando prevenir os acometimentos tireoideanos aqui citados e, por conseguinte, a realização de tireoidectomias, reduzindo os gastos públicos e otimizando o atendimento a tais pacientes. Referências: SILVESTRE, J. C. et al. Perfil Anatomopatológico dos pacientes submetidos a PAAF e tireoidectomia em um laboratório de anatomopatologia em Criciúma/SC. Revista Inova Saúde, Criciúma, v. 3, n. 2, p.130-142, nov. 2014.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 812

TÍTULO DO TRABALHO: ANÁLISE DAS CAUSAS DE ATENDIMENTO E PREVALÊNCIA DE TRAUMAS OCULARES NO DO SERVIÇO MÓVEL DE URGÊNCIA DO CEARÁ NA REGIONAL CARIRI

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: EDINE MEDEIROS DE ANDRADE MARTINS1; ANA LINDAURA CALLOU AUGUSTO2; NATALIA HENRIQUES DA FONSECA ARAUJO3; MAYARA NEVES DE MELO CARNEIRO2; THAISA DE BARROS COSTA LOUREIRO2; MARIA CAROLINA CLEMENTINO LIBÓRIO1; ANTONIA IVANECIA SAMPAIO CRUZ4; MARYNA RAMALHO DE CARVALHO1. 1. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. ESCOLA CEARENSE DE OFTALMOLOGIA, FORTALEZA - CE - BRASIL; 3. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ES, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 4. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOAO PESSOA - PR - BRASIL.

RESUMO:
O trauma ocular é uma agressão externa que afeta o globo ocular e seus anexos, sendo importante causa de perda visual e uso de urgências oftalmológicas. É a primeira causa de cegueira unilateral no mundo e acomete geralmente jovens do sexo masculino economicamente ativos. O bem-estar do paciente, a organização socioeconômica do sistema de saúde e a sociedade sofrem os impactos desse trauma, cujas causas principais são acidentes automobilísticos e de trabalho, violência contra pessoa e prática desportiva. Um bom atendimento inicial é crucial para minimizar o risco de morte, sequelas e transtornos visuais e, por isso, é condição obrigatória uma equipe multidisciplinar no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. O objetivo do estudo foi avaliar o perfil epidemiológico dos traumas oculares atendidos pelo SAMU, regional Cariri. Foi realizado um estudo transversal na procura de dados epidemiológicos dos atendimentos realizados pelas equipes do SAMU durante o mês de março de 2016, revisando as ocorrências realizadas por este serviço até a ocorrência de número 35.000. As variáveis coletadas foram número da ocorrência, sexo do paciente, idade, município de procedência do chamado e a hipótese diagnóstica inicial cadastrada pelo médico regulador, tendo como critérios de inclusão o atendimento pelo SAMU e a presença de distúrbios oculares. Os dados foram digitados em planilha do SPSS (pacote estatístico de ciências sociais) versão 21.0. A amostra populacional foi de 35000 registros em prontuários eletrônicos, no qual foram detectados 8 transtornos oculares atendidos por nossa regional. A maior parte dos pacientes foi do sexo masculino entre 20 e 60 anos (população economicamente ativa), o que confirma dados existentes na literatura. Em concordância com a classificação de Kuhn et al. 1996, as lesões oculares predominantes foram a perfuração, o sangramento ocular sem causa definida e lesão química. Vale ressaltar que a maioria dos traumas oculares pode ser evitada com medidas de sensibilização da população e redução de fatores de risco; bem como, o conhecimento da epidemiologia e da tendência dos traumas oculares permite propor e rever estratégias de prevenção para a população mais vulnerável. Por fim, é importante destacar as subnotificações dos casos, revelando a necessidade de incentivar médicos reguladores e intervencionistas em notificar casos de traumas oculares no sistema.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1403

TÍTULO DO TRABALHO: ANÁLISE SOBRE O TIPO DE TRATAMENTO INSTITUÍDO NOS PACIENTES COM CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE LARINGE ATENDIDOS NA LIGA NORTE-RIOGRANDENSE CONTRA O CÂNCER EM NATAL-RN, HOSPITAL ONCOLÓGICO DE REFERÊNCIA DO ESTADO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LÚSIO ARAÚJO LOPES JÚNIOR1; EDILMAR DE MOURA SANTOS2; KARYNNE MARIA OLIVEIRA DA TRINDADE MEDEIROS1; GABRIELA LIMA NÓBREGA1. 1. UNIVERSIDADE POTIGUAR, NATAL - RN - BRASIL; 2. LIGA NORTE-RIOGRANDENSE CONTRA O CÂNCER, NATAL - RN - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: O objetivo desse estudo foi avaliar a distribuição dos pacientes com carcinoma epidermóide de laringe atendidos na Liga Norte Rio-grandense contra o câncer em Natal-RN, no período de janeiro de 2002 a dezembro de 2012.Método: É um estudo observacional, descritivo e retrospectivo. Observamos a prevalência por sexo, idade, fatores de risco e tratamento.Resultados: Os resultados mostram que a faixa etária mais acometida era entre 61 a 70 anos de idade (32,4%), e 85% eram homens. 50% consumiam bebida alcoólica no momento do diagnóstico e 66% consumiam tabaco. Quanto à localização do tumor, a glote (21,4%) foi o local mais acometido da laringe. Os pacientes foram tratados com: radioterapia (24,7%); radioterapia e quimioterapia (20,3%); cirurgia, radioterapia e quimioterapia (17,7%); cirurgia e radioterapia (13,1%); apenas cirurgia (11,8%); outras terapias (12,4%).Conclusão: Os resultados são compatíveis com os dados mundiais e são uteis para estudos como dados específicos de um estado brasileiro. Destaca-se a importante relação com o tabagismo.Referências:QIANG, Zhang . A comparison of three nonsurgical treatment strategies to preserve the larynx in patients whit locally advanced larynx cancer: Long - term results. Disponível em: . Acesso em: 26 jan. 2017.;Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer Statistics, 2017. CA Cancer J Clin 2017; 67:7.BROCKSTEIN, Bruce E. ; SHER, David J. Treatment of locoregionally advanced (stage III and IV) head and neck cancer: The larynx and hypopharynx. Disponível em: . Acesso em: 27 jan. 2017.;JOLLY, Shruti. Postoperative radiation therapy in the management of head and neck cancer. Disponível em: . Acesso em: 27 jan. 2017.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1031

TÍTULO DO TRABALHO: BÓCIO MERGULHANTE DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO - RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LIANDRA RAYANNE DE SOUSA BARBOSA; JONATAS CATUNDA DE FREITAS; GABRIEL SILVA LIMA; ANA CAROLINA MONTES RIBEIRO; RAFAELA JUCÁ LINHARES; FRANCIEUDO JUSTINO ROLIM; WELLINGTON ALVES FILHO; LUIS ALBERTO ALBANO FERREIRA. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
Introdução Bócio mergulhante (BM) pode ser definido como o aumento da glândula tireóide e concomitante projeção de um componente para a cavidade torácica. A maioria é apenas extensão de um bócio cervical e os principais sintomas são consequências do efeito compressivo da tireóide aumentada, como disfagia, dispnéia e desconforto.Relato: Paciente do sexo feminino, 65 anos, saudável e assintomática. Procurou um cirurgião de cabeça e pescoço por causa de um aumento de volume da tireóide. Não havia sintomas compressivos e nem desvio da traquéia na radiografia, além da possibilidade de palpação da tireóide acima da fúrcula esternal, o que afastou, inicialmente, a possibilidade de bócio retroesternal e justificou a não indicação de TC. A tireoidectomia foi indicada por causa do tamanho de um nódulo no lobo esquerdo, diagnosticado via USG. Durante a cirurgia, foi constatada a presença de um componente mergulhante. Sem exame de imagem para avaliar a extensão da lesão, o procedimento foi interrompido. A paciente realizou TC e foi encaminhada para o Hospital Universitário Walter Cantídio para abordagem em conjunto com cirurgia torácica. Uma segunda cirurgia foi realizada e a tireóide totalmente extirpada em abordagem cervical. Paciente evoluiu bem, sem sinais de hipoparatireoidismo ou disfonia. Recebeu alta no segundo dia do pós-operatório.Conclusão: Desconfia-se de BM quando não é possível a palpação da tireóide acima da fúrcula esternal ou quando há desvio da traquéia na radiografia; no caso relatado, ambos os sinais foram negativos. A indicação cirúrgica como tratamento é praticamente unânime para pacientes sintomáticos. Contudo, há controvérsia quanto à necessidade para pacientes assintomáticos, priorizando a qualidade de vida do paciente. Entretanto, no caso, levou-se em consideração que, como a cirurgia é de baixo risco, além de ser o único tratamento que oferece cura efetiva e o risco de malignidade ser de até 20% para bócios assintomáticos, tais fatores corroboraram para que a cirurgia fosse a melhor opção de tratamento. Na literatura, é aceito que o tratamento cirúrgico deve ser a escolha para todo bócio mergulhante, independente dos sintomas. Apesar de geralmente volumoso e de diagnóstico relativamente simples, é importante atentar para a possibilidade da existência de bócio retroesternal, inclusive para pacientes improváveis, como no caso relatado, que não havia sinais clínicos e nem de imagem - na radiografia - que indicassem suspeita da afecção.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2698

TÍTULO DO TRABALHO: Bócio mergulhante mediastinal: relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ARIANE RIBEIRO DOS SANTOS; INGRID LUNA HOERNER E SILVA; MANUEL DOMINGOS DA CRUZ GONCALVES; SOLON GONÇALVES SOUZA MENEZES; ANA PAULA BASTOS DE CARVALHO; FERNANDA CRAVO BARROSO; MARCUS VINICIUS BITTENCOURT BUENO. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO (UFRJ), RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O bócio mergulhante é uma afecção relativamente rara da glândula tireóide. Consiste numa glândula aumentada de tamanho, peso e volume que invade a cavidade torácica total ou parcialmente. Em geral, é um quadro crônico, de evolução lenta e de aspecto insidioso, sendo assintomático em até 65% dos casos sendo mais frequente em indivíduos do sexo feminino com idade superior a 60 anos e com história pregressa de cirurgia tireoidiana. É responsável por cerca de 7% dos tumores do mediastino e 3 a 20% das tireoidectomias. De acordo com a localização anatômica e o grau de invasão da cavidade torácica, o bócio mergulhante pode ser retroesternal (80%), parcial (10-15%) ou total (2-5%). Relato do Caso: M.L.S, 69 anos, feminino, submetida a tireoidectomia parcial (Lobectomia direita + istmectomia) em 2003, por Bócio Multinodular atóxico mergulhante. Há 1 ano apresentando sintomas compressivos com episódios de dispneia e disfagia. Realizada TC de pescoço e Tórax (17/02/16) evidenciando bócio mergulhante às custas de lobo esquerdo. Submetida a cervicotomia exploradora em 25.07.16, evidenciando lobo tireoideano esquerdo com componente pediculado em mediastino superior, anterior, junto a veia inominada esquerda, sem possibilidade de ressecção por abordagem cervical. Optado pela realização de esternotomia mediana e ressecção de tecido tireoideano de aproximadamente 6 cm, junto à veia inominada. Identificado e preservado nervo laringeo recorrente a esquerda. Paciente evoluiu bem, com bom controle álgico, sem sinais e sintomas de hipocalcemia, eufônica, recebendo alta no terceiro dia de pós operatório. Segue em acompanhamento ambulatorial periódico, referindo melhora total dos sintomas, sem sinais ou sintomas de hipocalcemia. Conclusão: A incidência de bócio ectópico mediastinal primário é extremamente rara e em 98% dos casos o paciente apresenta bócio cervical associado. O tratamento cirúrgico é o mais indicado principalmente em pacientes adultos jovens, em bom estado de saúde, sintomáticos ou não. Já em pacientes idosos, debilitados e assintomáticos deve ser avaliada a aceitação e a condição do paciente para o procedimento, levando em consideração o risco relativo de mortalidade e complicações permanentes no pós-operatório.

CODIGO DO TRABALHO: 369

TÍTULO DO TRABALHO: CARCINOMA DA TIREOIDE COM DIFERENCIAÇÃO SEMELHANTE A TIMO (CASTLE): RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RAISSA JOSÉ DE FRANÇA CARVALHO; INAÊ MATTOSO COMPAGNONI; RAFAEL MASSAO DA SILVA NAGATO; PEDRO EDER PORTARI FILHO; AGOSTINHO MANUEL DA SILVA ASCENCAO; RODRIGO PANNO BASÍLIO DE OLIVEIRA; PAULA MARQUES BRANDÃO DE ALBUQUERQUE. UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Relato de caso de CASTLE, com destaque a sua raridade, baixo índice de suspeição pré-operatória, diagnóstico histopatológico pós-operatório e a inexistência na literatura de um tratamento padrão.Método: Relato de caso avaliado, operado e confrontado com a literatura pela 3a enfermaria do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle.Resultados: Mulher, 49 anos, com nódulo cervical direito de crescimento rápido, percebido em 2012. Em 2013 evoluiu com dispneia e engasgos. Ultrassonografia de tireoide evidenciou nódulo hipoecóico, irregular, medindo 4,3x3,2x3,0cm em lobo direito da tireoide, sem linofonodomegalia cervical, cuja punção aspirativa por agulha fina foi sugestiva de carcinoma papilífero de tireoide. Em 2014 foi submetida à cirurgia para realização de tireoidectomia total. No peroperatório destacava-se tumoração em lobo direito, medindo 6,0x6,0x5,0cm, aderida a traqueia e artéria carótida direita, resultando em remanescente de tecido tireoidiano nestas áreas. Histopatológico compatível com tumor mucoepidermóide de tireoide com invasão angiolinfática, e questionando-se a possibilidade de tumoração metastática secundária. Tomografia de crânio, tórax e abdômen, sem evidência de lesões primárias. Teste de imunorretividade observou-se CEA e CD5 positivos, CK pool, cromogramina A, sinaptofisina, p63, calcitonina e antígeno TTF-1 negativos, confirmando CASTLE. Complementado tratamento com quimioterapia e radioterapia, porém sem evidência de redução do tecido remanescente. Indicada nova cirurgia, com exploração cervical direita e ressecado tecido que envolvia os vasos cervicais e traqueia, cujo histopatológico evidenciou apenas tecido fibroso, sem tumor.Conclusão: CASTLE é uma neoplasia rara, com incidência entre 0,085-0,15%, baixa taxa de recidiva, bom prognóstico e de difícil diagnóstico pré-operatório. Devido a sua raridade, é difícil definir um tratamento padrão e eficaz para esses pacientes. Além da completa ressecção, pode ser adotado quimioterapia e/ou radioterapia. O caso relatado mostra um tumor de crescimento rápido, de maior extensão que a média da literatura, tratado com quimioterapia e radioterapia adjuvantes e reoperado para ressecção de remanescente tumoral.Bibliografia: Liu, S.Lee, W. Carcinoma showing thymus-like differentiation (CASTLE): Report of a case specified in the cytomorphology. Journal of the Formosan Medical Association, v. 115, n. 5, p. 377-379, 2016.

CODIGO DO TRABALHO: 1092

TÍTULO DO TRABALHO: CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS RECIDIVANTE EM TONSILA PALATINA DIREITA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: TIAGO SEIKI GUSHIKEN PETRUCCI; DAMARIS ALBUQUERQUE CARVALHO; FERNANDA MACHADO MOURA DA SILVA; RAFAEL DOS SANTOS LOPES CARVALHO; JOANA CUNHA DA SILVA; LARA RODRIGUES MOREIRA; JOÃO ANTÔNIO SEZINANDO BARBOSA PESSANHA; BRUNA GARCEZ FONSECA. FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS, CAMPOS DOS GOYTACAZES - RJ - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O carcinoma de células escamosas (CEC) é a neoplasia mais comum de cabeça e pescoço, acometendo predominantemente cavidade oral. Nesta região, os principais fatores de risco são álcool, tabaco e a infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV), sendo este último bastante relacionado com CEC em tonsilas palatinas. O aumento da incidência dos tumores associados com HPV tem ocorrido em pacientes adultos jovens, de classe socioeconômica mais elevada, com maior número de parceiros sexuais e maior exposição ao sexo oral. Diferentemente do CEC por álcool e tabaco, os tumores que se desenvolvem em pacientes HPV positivos se apresentam de forma diferenciada, e geralmente aparecem mais frequentemente nas tonsilas e base da língua. Estudos clínicos têm mostrado que as lesões associadas ao HPV podem se apresentar com menos metástases. Em decorrência do diagnóstico feito geralmente em fase tardia da doença, apresenta um prognóstico desfavorável.Relato do caso: Masculino, 58 anos, nega tabagismo e etilismo. Apresenta laudo de biópsia de lesão vegetante de polo superior de tonsila palatina direita, realizada em 2014, cuja macroscopia possuía formação nodular ovóide, de 2,0 x 1,5 x 0,5 cm, com superfície bosselada pardo clara, e com microscopia mostrando CEC moderadamente diferenciado, sem invasão vascular ou linfática nem infiltração perineural. Em 2016, apresenta massa em loja amigdaliana direita, indolor. Ao exame, não possui linfonodomegalia cervical durante palpação. Realizada biópsia de lesão de loja amigdaliana direita, sendo retirados três fragmentos irregulares de tecido pardo-acastanhado e elástico, medindo o maior 1,2 x 1,0 x 0,6 cm e o menor 0,4 x 0,4 x 0,4 cm, mostrando aspecto morfológico condizente com CEC não ceratinizante moderadamente diferenciado. Realizada amigdalectomia e o material foi enviado para análise. Na histopatologia, a tonsila direita apresentava hiperplasia linfoide, fibrose e focos de erosão, e a tonsila esquerda apresentava hiperplasia linfoide e focos de erosão.Conclusão: Descrevemos um caso de paciente que apresentou diagnóstico recorrente de CEC em tonsila palatina direita. A distinção e o correto diagnóstico dessa neoplasia são de grande relevância clínica e têm importante impacto no prognóstico e manejo do paciente.

CODIGO DO TRABALHO: 989

TÍTULO DO TRABALHO: CARCINOMA MISTO DA TIREOIDE - RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANA CAROLINA MONTES RIBEIRO; JONATAS CATUNDA DE FREITAS; LIANDRA RAYANNE DE SOUSA BARBOSA; RAFAELA JUCÁ LINHARES; ALESSANDRA FREIRE DA SILVA; FRANCIEUDO JUSTINO ROLIM; WELLINGTON ALVES FILHO; LUIS ALBERTO ALBANO FERREIRA. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇAO: A ocorrência simultânea de CMT e CPT tem sido relatada na literatura, representando uma entidade extremamente rara, com menos de 1% dos cânceres tireoidianos. Os casos relatados de ocorrência sincrônica são em sua maioria em sítios separados. Alguns estudos sugerem a presença de uma alteração patogênica comum. Relatamos o caso de uma paciente com ocorrência simultânea de CMT e CPT no Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Universitário Walter Cantídio.RELATO DO CASO: Paciente do sexo feminino, 66anos, procurou assistência médica em março de 2014 devido aumento de volume cervical. A ultrassonografia evidenciou nódulo tireoidiano medindo 1,6 x 1,2cm em lobo direito que a PAAF evidenciou carcinoma papilífero, sendo submetida à tireoidectomia total. Após a cirurgia perdeu o seguimento. Em agosto de 2015 a paciente procurou assistência médica por linfonodomegalia cervical à direita, sendo encaminhada ao HUWC. Ao ultrassom cervical, apresentava linfonodos hipoecóicos de contornos regulares à direita, 1,1 x0,6cm em nível III e 0,9x0,6cm em nivel IV com vascularização central. Foi resgatado histopatológico da peça cirúrgica inicial cujo resultado foi carcinoma medular da tireóide de 1,5cm em LD com invasão angiolinfática presente, concomitante a microcarcinoma papilífero de 0,4cm em LD. Foi então decidido realizar esvaziamento cervical II-V à direita e recorrencial bilateral. Calcitonina de 367 (VRCONCLUSAO: Embora a ocorrência simultânea entre CMT e CPT seja uma evento raro, essa possibilidade deve ser levada em conta no manejo do paciente com nódulo tireoideano. Além disso, a ocorrência de tumores sincrônicos entre CMT e CPT dá suporte à importância da avaliação de calcitonina sérica em pacientes com nódulo tireoidiano

CODIGO DO TRABALHO: 1012

TÍTULO DO TRABALHO: CARCINOMA SECRETOR ANALOGO AO TECIDO MAMARIO EM PAROTIDA - RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANA CAROLINA MONTES RIBEIRO; JONATAS CATUNDA DE FREITAS; GABRIEL SILVA LIMA; LIANDRA RAYANNE DE SOUSA BARBOSA; RAFAELA JUCÁ LINHARES; FRANCIEUDO JUSTINO ROLIM; GLEBERT MONTEIRO PEREIRA; FRANCISCO JANUÁRIO FARIAS PEREIRA FILHO. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O carcinoma secretor análogo ao de tecido mamário em glândulas salivares ou MASC (Mammary analogue secretor carcinoma) é uma entidade patológica rara, sendo apresentados pouco mais de 100 novos casos na literatura desde a sua primeira descrição por Skalová em 2010. Geralmente é um tumor de baixa agressividade e curso benigno, entretanto guarda potencial para raras transformações malignas de alto grau histológico. Na maior parte dos casos apresenta-se como um nódulo ou pequena massa palpável indolor na topografia da região parotídea. Relatamos o caso de uma paciente com ocorrência de MASC no Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Universitário Walter Cantídio. RELATO DO CASO: Paciente do sexo feminino, 44 anos, procurou assistência médica após observar um nódulo na região parotídea e após atendimento foi indicada a parotidectomia. Após retirada foi realizado o exame histopatológico da peça cirúrgica no qual foi detectado um carcinoma secretor análogo ao de tecido mamário em glândula parótida. Na microscopia pôde ser observada neoplasia de células epiteliais atípicas com núcleos volumosos, vesiculosos e nucléolos evidentes, além disso as células exibiam arranjo acinar, focalmente de aspecto microcístico, ductal e ocasionalmente folicular, havia ainda arranjo sólido com esboços papilares e infiltração de estroma com moderada reação desmoplásica, sem necrose, com presença de invasão perineural extensa e margem cirúrgica comprometida. Imunohistoquímica foi fortemente reagente para S100, mamaglobina e AE1AE3. Tais achados são indicativos da existência de um MASC de parótida. Foi realizada radioterapia adjuvante para a paciente que encontra-se em bom estado geral e sem evidência da doença após 6 meses do tratamento. CONCLUSÃO: O carcinoma secretor análogo ao tecido mamário em glândulas salivares é um tumor novo e ainda pouco conhecido. Apesar de ser considerado um carcinoma de evolução benigna na maioria dos casos é importante reconhecer sinais de evolução maligna, uma vez que hoje em dia não existem ainda maneiras de prever que tumores serão mais agressivos. É preciso ainda mais estudo sobre esta patologia emergente.

CODIGO DO TRABALHO: 603

TÍTULO DO TRABALHO: CERVICOTOMIA EXPLORADORA ESQUERDA PARA RETIRADA DE CORPO ESTRANHO EM ESÔFAGO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RAFAEL FAVERSANI DE ARAUJO1; TIAGO FRANCISCO MELEIRO ZUBIOLO2; THIAGO TIESSI SUZUKI2; PATRICIA MARISTELLA DOS REIS MARIA2; GUILHERME AUGUSTO POLAQUINI2; RAFAEL UTIMURA SUETA2. 1. UEM HU MARINGA, MARINGÁ - PR - BRASIL; 2. UEM HU MARINGA, MARINGA - PR - BRASIL.

RESUMO:
O esôfago não é um tubo regular, apresentando três áreas de estreitamento: o esfincter superior, constituído, basicamente pelo músculo cricorafíngeo, o estreitamento aórtico, decorrente da pressão do arco aórtico sobre a parede esofágica e o esfíncter inferior, área de alta pressão localizada entre o esôfago e o estômago.A maioria dos corpos estranhos que progridem até o estômago são passíveis de eliminação espontânea, sendo considerado como parâmetros de retirada ou observação o seu tamanho e extensão. Considera-se corpos estranhos com diâmetro superior a dois e dois centímetros e meio, para crianças e adultos, respectivamente, e maiores de cinco centrímetros de eextensão, tem pouca probabilidade de progressão, devendo ser retirados.O tratamento cirúrgico é indicado quando há falta de progressão do corpo estranho no TGI e em caso de complicação (perfuração, obstrução e hemorragia). No caso de corpos estranhos localizados no estômago e no intestino, em geral a conduta é o seguimento do objeto por meio de radiografias periódicas. Os objetos são geralmente eliminados em uma semana, mas podem levar até quatro semanas. O uso de laxativos e eméticos, não é, em geral recomendado.Entre as lesões do trato digestivo, as do esôfago são consideradas as mais graves e letais. A mortalidade aumenta, quando o tratamento é tardio. A evolução, o prognóstico e o tratamento das perfurações de esôfago, são influenciados por vários fatores: a) causa da lesão; b) localização da perfuração; c) existência de lesão concomitante em outros órgãos; d) estado prévio do esôfago; e) extensão da ferida e a contaminação causada; f) diagnóstico tardio; g) estado clínico do paciente. Os mais importantes são o retardo no diagnóstico e a localização da perfuração. Nesse relato de caso apresentamos um paciente com história de etilismo e com uma disfagia e emagrecimento. História de disfagia para alimentos sólidos, aceitando pouco líquido. Foram realizados exames laboratoriais e endoscopia digestiva alta, que não conseguiu retirar o corpo estranho, então visto como causa da disfagia. Realizados tomografia de tórax, cervical, assim como Rx, que demonstraram prótese metálica e pneumomediastino. Paciente foi para cirurgia para retirada do corpo estranho e seguiu tratamento hospitalar e ambulatorial sem mais complicações.

CODIGO DO TRABALHO: 376

TÍTULO DO TRABALHO: Cirurgia Conservadora do Câncer de laringe

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FELIPE GUILHERME DA SILVA SOUZA1; JOSE LUIZ ORTIZ BOGADO2; ROGERIO APARECIDO DEDIVITIS1. 1. HOSPITAL ANA COSTA, SANTOS - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL ANA COSTA, SANTOS - PARAGUAI.

RESUMO:
Introdução: As técnicas cirúrgicas utilizadas em laringectomias parciais, baseiam-se na compartimentalização da laringe e tem como objetivo proporcionar tratamento oncológico satisfatório e preservar a função da laringe.Objetivo: Avaliar os resultados oncológicos e complicações em pacientes submetidos a laringectomias parciais.Métodos: Uma série de 120 pacientes submetidos a laringectomias parciais no período de 1996 a 2016, divididos de acordo com seu estadiamento clínico (T). As margens cirúrgicas foram avaliadas através de exame de congelação durante o ato operatório. O seguimento variou de 4 a 120 meses (média de 48,5). Radioterapia adjuvante foi indicada de acordo com o estadio linfonodal (pN+). As seguintes complicações foram avaliadas: Edema de aritenóides, fístula faringo-cutânea ou laringo-cutânea, pneumonia, hemorragia, disfagia, infecção de ferida operatória, estenose laríngea e insuficiência glótica.Resultados: A taxa de sobrevida sem doença foi de 84,6% em tumores T1, 84,5% em tumores T2 e 40% em tumores T3. Após resgate cirúrgico, nos casos de recorrência, a taxa de sobrevida final foi de 97$ em tumores T1, 92,9% em T2 e 40% em T3. Houve edema de aritenóides em 7 pacientes, fístula laringo-cutânea em 4, infecção de ferida operatória em 3, pneumonia em 5, disfagia em 1 e estenose laríngea em 6.Conclusão: A taxa global de sobrevida após o tratamento primário foi de 84,6% para tumores T1, 84,5% para tumores T2 e 40% para tumores T3, apresentando melhores resultados para tumores precoces (T1 e T2). A incidência de complicações foi aceitável e pode ser tratada conservadoramente.

CODIGO DO TRABALHO: 3093

TÍTULO DO TRABALHO: CISTO DO DUCTO TIREOGLOSSO NO RECÉM NASCIDO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOSÉ EDUARDO FERNANDES MENDES1; GUILHERME CADOSO GALEAZZI2; RAPHAEL RAPHE1. 1. FACERES, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL; 2. UNIARA, ARARAQUARA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Trata-se de um cisto congênito causado por um defeito no fechamento do ducto tireoglosso durante o período embrionário. A persistência deste ducto determina o aparecimento do cisto que pode localizar-se em qualquer ponto entre o forame cego da língua e a tireóide. Relato do caso: Paciente RN do sexo masculino apresentava uma grande massa na região anterolateral esquerda do pescoço. A TC sem contraste evidenciou a formação de um cisto a partir dos remanescentes do ducto tireoglosso. A exérese foi feita com o método de Sistrunk. Conclusão: A formação cística pode ser claramente evidenciada pela TC, porém para diagnosticar a origem de seus tecidos foi necessária a realização da biópsia do material retirado, o qual constatou que tratava-se de um processo Cístico do Ducto Tireoglosso em Surto Inflamatório Agudo. O paciente foi submetido à operação de Sistrunk, com boa recuperação cirúrgica. Nesta faixa etária, o cisto formado aparece com uma frequência muito baixa o que pode fazer com que o diagnóstico se confunda com cisto branquial ou linfangiomas. Além disso a sua localização (linha paramediana) torna rara a apresentação desta patologia, devido a alta prevalência destes cistos na linha média do pescoço.

CODIGO DO TRABALHO: 740

TÍTULO DO TRABALHO: Corpo estranho em Orofaringe: Abordagem terapêutica

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JULIANA CARREIRO CARVALHO1; JULIANE LOPES DO NASCIMENTO2; JOÃO VICTOR PEREIRA GOMES2; JOÃO MANOEL SANTOS BOTELHO2; MARÍLIA ALVES ARAUJO FERREIRA2; OSMAR GOMES CARVALHO JÚNIOR2; TÁSSYLLA CAROLINE FERREIRA PEREIRA2; RONE ANTONIO ALVES ABREU2. 1. INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS, IMPERATRIZ - TO - BRASIL; 2. ITPAC, ARAGUAINA - TO - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Corpo estranho em otorrinolaringologia é qualquer material inanimado ou animado que se encontre em cavidade nasal e seios paranasais, orofaringe, hipofaringe, laringe ou conduto auditivo externo e que não faça parte dessas estruturas em condições normais. A história clínica e o exame físico são normalmente suficientes para o diagnóstico. RELATO DE CASO: Masculino,42 anos, pardo, natural de aguiarnópolis-TO, dá entrada no Hospital Regional de Araguaína (HRA) com quadro de vômito, febre e dor na região cervical. Ao exame: LOTE, MEG, corado, hidratado. Exames de Imagem: Rx de coluna cervical demonstrou objeto estranho na orofaringe (prótese dentária). Paciente é encaminhado à cirurgia de cervicotomia para retirada do corpo estranho do local e reconstrução cirúrgica da lesão esofagiana. Na descrição: paciente em decúbito dorsal horizontal, após assepsia e antissepsia da região cervical, com colocação de campo estéril, faz-se incisão cervical longitudinal à direita para deslocamento do esternocleidomastóideo, com afastamento dos vasos (jugular e aorta), invasão do esôfago para retirada do corpo estranho, com revisão de hemostasia e fechamento em planos. No 1º dia pós-operatório foi iniciado dieta liquida sem resíduos, com boa aceitação pelo paciente que apresentou-se sem demais queixas, ativo no leito e sem intercorrências. Teve alta hospitalar no 3º dia pós-operatório. Hoje encontra-se em bom estado geral, sem queixas e em acompanhamento via ambulatorial. CONCLUSÃO: Corpo estranho em Otorrinolaringologia é motivo de grande número de consultas de urgência e emergência em pronto socorro. A remoção dos corpos estranhos é quase sempre feita pela abordagem cirúrgica com profissionais e instrumental adequado. Há ainda a possibilidade de migração dos objetos para planos mais profundos das vias digestivas, caso a abordagem cirúrgica não seja logo efetuada.

CODIGO DO TRABALHO: 956

TÍTULO DO TRABALHO: Dermatofibrossarcoma protuberans: relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BRUNA DE ALMEIDA ALVES1; EMANOELA DA SILVA GONÇALVES1; MARIANA RÊGO FREITAS1; NAIARA REBOUÇAS TERRA NOVA1; JUNYELLE DE ANDRADE CARDOSO FRAGOSO1; VERA NASCIMENTO GOMES VICTORIA1; ANA CAROLINA PASTL PONTES2. 1. CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES - UNIT, MACEIÓ - AL - BRASIL; 2. CIRURGIÃ DE CABEÇA E PESCOÇO. PROFESSORA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES., MACEIÓ - AL - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O dermatofibrossarcoma protuberans (DFSP) é um tumor raro que constitui 0,1% de todos os tumores malignos e 1% de todos os sarcomas moles. Apresenta crescimento local agressivo, alta taxa de reincidência, e raramente evolui para metástase. A incidência foi calculada entre 0,8 e 4,5 casos por milhão de indivíduos por ano, comumente ocorre entre 25 e 45 anos, com ligeira prevalência do sexo masculino. Os locais mais acometidos são tronco, extremidades proximais, cabeça e pescoço. O tratamento recomendado para DFSP local é a ressecção cirúrgica completa. Relato do caso: Paciente do sexo masculino, 43 anos, com história de aparecimento de nodulação frontal de crescimento lento há cerca de 3 meses. Procurou serviço de dermatologia que realizou a remoção da lesão de cerca de 2 cm. O resultado anatomopatológico foi complementado através de análise imunohistoquímica levando ao diagnóstico de dermatofibrossarcoma protuberans sendo a ressecção sem margens cirúrgicas adequadas. Encaminhado ao serviço de cirurgia de cabeça e pescoço foi necessário uma nova análise de reestadiamento, a qual não foi evidenciada invasão de estruturas locais. Submetido a nova abordagem cirúrgica para ressecção de cicatriz cirúrgica e ampliação de margens cutâneas através da congelação no intraoperatório, drilagem de tábua óssea externa frontal e rotação de retalho local para reconstrução com ótimo resultado estético. O mesmo segue em controle ambulatorial sem sinais de recidiva local. Conclusão: As neoplasias malignas da pele tem indicação cirúrgica sempre que possível para o tratamento curativo. No caso do dermatofibrossarcoma protuberans, as margens cirúrgicas necessitam ser mais amplas que nos outros tipos de lesões devido às altas chances de recidiva local. As maiores taxas de sucesso e cura são naqueles casos em que a primeira abordagem cirúrgica é realizada de forma oncologicamente adequada por especialistas experientes no tratamento deste tipo de patologia.

CODIGO DO TRABALHO: 1562

TÍTULO DO TRABALHO: DERMATOFIBROSSARCOMA PROTUBERANTE: UM RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ALENCAR JUNIOR LOPES PROENÇA1; BRUNA SCHNEIDER DOS SANTOS2; MARCO ROBERTO SEFERIN3. 1. UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA, TUBARÃO - SC - BRASIL; 2. UNIVATES, LAJEADO - RS - BRASIL; 3. HOSPITAL BRUNO BORN, LAJEADO - RS - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O dermatofibrossarcoma protuberante é uma neoplasia fibro-histiocítica rara responsável pela maioria dos sarcomas cutâneos. Apresenta crescimento local agressivo, alta taxa de recorrência, porém baixo potencial metastático. Acomete tipicamente homens, na faixa etária de 20 a 50 anos. Caracteriza-se pela alta taxa de recidiva local após excisão cirúrgica, particularmente em tumores de cabeça e pescoço. Informações sobre a sobrevida e prognóstico dos pacientes são limitadas, variando de acordo com o estadio clínico da doença ao diagnóstico. O tratamento é ressecção cirúrgica com margens amplas (3 à 5cm). De natureza indolente e características imprecisas, é inconsistente em sua manifestação clínica, e seu diagnóstico precoce permanece um desafio. Relato de caso: Paciente feminina, 30 anos; queixa principal de queloide em região cervical; sem história prévia de neoplasia familiar; exame físico evidenciou lesão fibrosa na pele da região cervical com cinco centímetros de extensão, não associada a lesão traumática. A lesão foi interpretada pela própria paciente como cicatriz hipertrófica. Após biópsia excisional, anatomopatológico evidenciou fibrossarcoma protuberans, caracterizado microscopicamente pela proliferação de células fusiformes monomórficas dispostas em arranjo irregular. Foi submetida à ressecção cirúrgica com 5cm de margem e reconstrução com retalho de pele local. Paciente recuperou-se bem. Segue em acompanhamento há cinco anos, sem sinais de recidiva. Conclusão: Importante observar a casualidade do achado que não está relacionada com trauma antecedente, quando este fator desencadeante é descrito entre 10 e 20% dos casos. Fontes relatam o desenvolvimento do tumor em cicatriz cirúrgica prévia, áreas de queimaduras e ponto da imunização para BCG. Muitos pacientes apresentam apenas queixa de cicatriz hipertrófica ou queloide, como no presente caso. O diagnóstico diferencial com essas patologias é extremamente importante, visando o diagnóstico precoce que contribui para melhora da sobrevida. Por ser localmente invasivo, para avaliação da extensão do tumor e grau de fixação às estruturas subjacentes, o exame físico é o mais utilizado. Há elevada taxa de recidiva local após a exérese do tumor, principalmente os de cabeça e pescoço. A maior parte das recorrências é detectada em três anos após a excisão primária, podendo, porém, surgir após dez anos de operação. Nesse sentido, as margens cirúrgicas amplas de ressecção são extremamente valiosas.

CODIGO DO TRABALHO: 1009

TÍTULO DO TRABALHO: DERMATOFIBROSSARCOMA RECIDIVADO EM FACE ? RESSECÇAO AMPLA E RECONSTRUÇÃO INUSITADA ? RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: IGOR ALMEIDA DE OLIVEIRA; JONATAS CATUNDA DE FREITAS; ALESSANDRA FREIRE DA SILVA; EDILSON ROZENDO DE SOUSA NETO; LIANDRA RAYANNE DE SOUSA BARBOSA; FRANCIEUDO JUSTINO ROLIM; GABRIEL SILVA LIMA; MÁRCIO RIBEIRO STUDART DA FONSECA. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O Dermatofibrossarcoma Protuberans (DFSP) consiste num tipo de dermatofibroma, caracterizado por sua lenta progressão e alta recorrência, estimada em cerca de 50%. Sua incidência é estimada entre 0,8 a 4,5 casos por milhão de habitantes/ano. Isso corresponde a 2-6% dos sarcomas de partes moles, que, por sua vez, representam 1% de todas as malignidades. O DFSP possui predileção por idades entre a segunda e quinta décadas de vida, mas pode ocorrer em qualquer idade, mesmo em neonatos. A predileção pelo sexo feminino é mínima, e , anatomicamente, a região de cabeça e pescoço é a terceira mais prevalente. Tendo em vista todas essas características, pode-se perceber que a ocorrência de DFSP na região de cabeça e pescoço é algo raro. Assim, relataremos um caso de DFSP recidivado em angulo de mandíbula.Relato: Paciente do sexo feminino, 39 anos, procurou o serviço de Cirurgia de cabeça e pescoço da Universidade Federal do Ceará em Janeiro de 2015. Na época, paciente relatou linfadenomegalia na região cervical (submandibular). Foi, então, realizada biópsia do linfonodo, a qual confirmou o diagnóstico de DFSP com os marcadores CD34 e actina músculo lisina (alfa) positivos. Contudo, foi perdido o seguimento da paciente, que, por sua vez, retornou em Janeiro de 2016 com lesão protuberante e violácea, sobretudo em suas margens, em ângulo de mandíbula com cerca de 2 cm de diâmetro, a qual era aderida a pele e a planos profundos. A tomografia evidenciou nodulação de 2,4 x 2,1 x 2cm com densidade heterogênea, assim como realce heterogêneo pelo contraste. A lesão extendia-se pelo tecido cutâneo, porém sem comprometimento de vasos, músculos ou ossos subjacentes. Em fevereiro, foi realizada a excisão extensa da lesão com esvaziamento dos níveis I e III, com utilização de retalho peitoral para reconstrução. Atualmente, cerca de um ano após, paciente encontra bem, sem mais recidiva. Conclusão: Percebe-se, dessa forma, a importância do seguimento oncológico portador de DFSP, voltado primariamente para a recidiva local, e secundariamente para a metástase a distância.

CODIGO DO TRABALHO: 961

TÍTULO DO TRABALHO: Ectasia ductal de glândula submandibular com ausência de sialolitíase: um relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ELIAS BARBOSA CABRAL; FERNANDA FRUET. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, SOROCABA - SP - BRASIL.

RESUMO:
A obstrução crônica da glândula salivar é uma condição comum. Os pacientes afetados se queixam de dor intermitente e inchaço na glândula, que são exacerbados pela estimulação salivar prandial. A sialolitíase é a principal etiologia dessa obstrução, no qual o exame radiográfico usualmente revela estrutura radiopaca, arredondada, ovalada ou irregular nas regiões glandulares; entretanto, a sialodenite inespecífica é a obstrução crônica sem a presença de uma pedra. Algumas doenças infecciosas ou auto-imunes e terapia com iodo radioativo podem causar sialodenite por estenose do ducto da glândula salivar. A etiologia e o mecanismo dessa entidade permanecem desconhecidos. Relato de caso: Homem, 49 anos, encaminhado ao serviço de Cirurgia da Cabeça e Pescoço, do Conjunto Hospitalar de Sorocaba, apresenta queixa de aumento de volume da glândula submandibular bilateral há 5 anos. Refere períodos de piora com aumento bilateral, acompanhado de hiperemia e pouco doloroso; quando na ausência de inflamação, assintomático. Realizada ultrassom e tomografia. Na Ultrassonografia revela-se aumento de glândulas submandibulares de consistência normal e móveis. Tomografia revela ectasia ductal intraglandular submandibular bilateral com ausência de sialolitíase. O diagnóstico, portanto, foi de uma ectasia ductal de glândula submandibular idiopática. A conduta, nesse caso, foi expectante, com retorno semestral.

CODIGO DO TRABALHO: 1573

TÍTULO DO TRABALHO: ESTUDOS DOS EFEITOS DA AÇÃO DO BARBATIMÃO (ABAREMA COCHLIACARPAS) NAS FERIDAS TUMORAIS LOCALIZADAS NA REGIÃO DE CABEÇA E PESCOÇO DE PACIENTES DO CENTRO DE ALTA COMPLEXIDADE ONCOLÓGICO DE MACEIÓ- AL

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MANOEL ALVARO DE FREITAS LINS NETO1; LUIZ CARLOS CAETANO2; LUCAS CORREIA LINS1; CARLA GABRIELLE DE ARAÚJO SOARES1; PEDRO BASTOS DE SOUZA MONTEIRO1. 1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ALBERTO ANTUNES - UFAL, MACEIÓ - AL - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - UFAL, MACEIÓ - AL - BRASIL.

RESUMO:
As ferida neoplásicas podem acarretar uma grande deformidade na região da cabeça e pescoço através de úlceras, odores desagradáveis, além de exsudato purulento e sangramento. Além disso, o tratamento radioterápico dos tumores, pode causar necrose dos tecidos moles, que se apresentam como uma úlcera localizada no tecido irradiado.Devido à carência de normatização na abordagem das feridas tumorais, propõe-se realizar um método para minimizar os sinais e sintomas nestes pacientes, utilizando o uso tópico do extrato do barbatimão (Abarema cochliacarpos) com o objetivo de propor uma forma terapêutica para amenizar os efeitos das feridas tumorais: controle do odor, melhora do processo de cicatrização e melhora da qualidade de vida desses pacientes, no controle dos sintomas físicos e psicológicos que estas feridas impõem.Dos pacientes atendidos no CACON, foram selecionados 12 pacientes portadores de câncer de cabeça e pescoço, de acordo com o cálculo amostral de 2011, durante período Janeiro a Dezembro. Os pacientes foram submetidos a tratamento com radioterapia, quimioterapia e cirúrgico. O período de tratamento foi iniciado em agosto 2012 e concluído em julho 2013. Tivemos a autorização do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos e todos pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.É um estudo prospectivo, longitudinal, aleatório, caracterizando estudo tipo cego; cujos pacientes selecionados tiveram todas as lesões fotografadas e monitorizadas a cada trinta, sessenta e noventa dias e todas as vezes que se fizeram necessárias, e os pacientes divididos em dois grupos A com seis pacientes e utilizaram a pomada de barbatimão, duas vezes ao dia e grupo B com seis pacientes e foi usado o creme Lanette duas vezes ao dia e fizeram tratamento convencional oncológico com uso de radioterapia e quimioterapia.Foi observado que a pomada de barbatimão, amenizou o controle do odor, e diminuiu gradativamente o exsudato das feridas neoplásicas. Com a melhora da qualidade de vida e promovendo aumento da autoestima destes pacientes.Concluímos que o uso da pomada de Abarema cochliacarpos (Barbatimão), como terapêutica paliativa nos pacientes com feridas neoplásicas localizadas na região de cabeça e pescoço apresentou diminuição nos sintomas dolorosos, melhora no odor fétido e diminuição gradativa da secreção purulenta com inicio e aumento gradativo de processo cicatricial, observado através de controle macroscópico.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 560

TÍTULO DO TRABALHO: EXCISÃO DE CARCINOMA BASOCELULAR EM PALPEBRA INFERIOR E RECONSTRUÇÃO COM RETALHO DE TRIPIER MODIFICADO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CRISLANNY REGINA SANTOS DA SILVA1; HUMBERTO DAVID MENEZES DE SIQUEIRA BRITO2; ISA MARYANA ARAUJO BEZERRA DE MACEDO3; MAYARA PINHEIRO DE MOURA RODRIGUES3; ANA BEATRIZ NEPOMUCENO CUNHA4; AMANDA COELHO XAVIER4; JOSÉ WILTON SARAIVA CAVALCANTI FILHO4; BRUNA SALES NEVES5. 1. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA- JOÃO PESSOA-PB, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. CIRURGIÃO DE CABEÇA E PESCOÇO FORMADO PELA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ-UFC, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE POTIGUAR, NATAL-RN, NATAL - RN - BRASIL; 4. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA- JOÃO PESSOA, PB, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 5. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA-JOÃO PESSOA,PB, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Carcinoma basocelular (CBC) é o tipo mais comum de tumor cutâneo, sendo responsável por 90% dos tumores malignos que afetam as pálpebras. Possui grande importância quando localizado no ?H? da face, por poder comprometer estruturas de relevância funcional como o aparato palpebral. A exposição à radiação ultravioleta (RUV) é o principal fator de risco associado à gênese do CBC, apresentando maior ocorrência em áreas fotoexpostas. Tem por característica o acometimento restrito ao sítio tumoral, muito raramente cursando com metástases, contudo pode ser invasivo localmente e infiltrar e destruir estruturas circunjacentes. O tratamento padrão é a excisão cirúrgica, aplicando-se margens oncológicas. Após o tratamento cirúrgico de lesões que acometem grande extensão da pálpebra inferior, pode ser considerada uma reconstrução com retalho de Tripier ou Tripier modificado. A modificação consiste na presença de pedículo único, lateral e randomizado. Este relato tem como objetivo demonstrar uma alternativa efetiva e com bom resultado estético funcional para a reconstrução de pálpebra inferior. RELATO DO CASO: M.T.S.D.S, feminina, 51 anos, comparece ao ambulatório de Cabeça e Pescoço do Hospital São Vicente de Paula, João Pessoa - Paraíba, apresentando lesão em pálpebra inferior acometendo toda extensão de olho direito, recidivada e com 2 anos de evolução. Paciente assintomática. Nega comorbidades. Realizou-se biópsia incisional de fragmento tumoral (0.6x0.4cm), que confirmou CBC variante nodular. Posteriormente, foi submetida a cirurgia para ressecção tumoral com margens laterais de 5mm e margem profunda em espessura total (pele, tarso e mucosa) sendo o defeito resultante reconstruído em um único tempo com retalho de Tripier modificado (apenas com pedículo lateral). O procedimento foi realizado sob anestesia geral e local (bupivacaína com vasoconstrictor) e transcorreu sem intercorrências. CONCLUSÕES: A recidiva do CBC em pálpebra inferior não é um evento incomum e o resgate cirúrgico ainda é o melhor método de tratamento. A reconstrução de defeitos extensos de pálpebra inferior com o retalho de Tripier modificado consiste em uma alternativa descomplicada com retalho local e apresentou um resultado estético/funcional satisfatório.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1614

TÍTULO DO TRABALHO: EXENTERAÇÃO DE ÓRBITA E RECONSTRUÇÃO: UM RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ÁGATA ROTHERT; FILIPE VIEIRA KWIATKOWSKI; DIEGO DE CARVALHO MARI; RAFAEL VIEIRA KWIATKOWSKI; ROBERTA DE OLIVEIRA BORGES COSENZA. HOSPITAL DO ROCIO, CAMPO LARGO - PR - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: tumores de órbita são condições pouco comuns na prática diária, sendo necessária avaliação multidisciplinar para adequado tratamento e determinação de estratégia cirúrgica, haja vista a ampla gama de estruturas complexas que se encontra no local. O presente relato de caso tem como intuito apresentar imagens referentes a lesão e a reconstrução estabelescida.RELATO DE CASO: A. A. P., masculino, 71 anos, admitido em nosso hospital por lesão em face que acometia estruturas ósseas e parenquimatosas, extensa, com amaurose.Realizada tomografia que confirmou o comprometimento de estruturas ósseas de assoalho de órbita e Ressonância Magnética que evidenciou extensão da lesão até o nervo óptico.Ante essa investigação diagnóstica, optou-se pela realização de exenteração de órbita esquerda e confecção de retalho cutâneo com curativo de Brown. Foram envolvidos no procedimento cirúrgico cirurgiões oncológicos, neurocirurgiões e ainda equipe de cirurgia plástica.Pós-operatório com boa evolução e sem intercorrências.Anatomo-patológico com laudo de carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado, invasor e ulcerado. Imuno-histoquímica evidencia possibilidade diagnóstica de carcinoma anexial microcístico.CONCLUSÃO: O presente relato de caso tem como finalidade apresentar imagens ricas para o diagnóstico e enaltecer a validade do trabalho multidisciplinar no processo terapêutico do paciente.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 907

TÍTULO DO TRABALHO: Exenteração de órbita em paciente com melanoma palpebral: relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: NAIARA REBOUÇAS TERRA NOVA1; JUNYELLE DE ANDRADE CARDOSO FRAGOSO1; MARIANA RÊGO FREITAS1; EMANOELA DA SILVA GONÇALVES1; BRUNA DE ALMEIDA ALVES1; ANA CAROLINA PASTL PONTES2. 1. CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES, MACEIÓ - AL - BRASIL; 2. MÉDICA CIRURGIÃ DE CABEÇA E PESCOÇO. PROFESSORA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES., MACEIÓ - AL - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO. Os carcinomas palpebrais representam 5% a 10% de todas as neoplasias cutâneas. Destes, o melanoma palpebral configura menos de 1% das malignidades das pálpebras e acomete, na maioria dos casos, a pálpebra inferior. As malignidades palpebrais requerem abordagens distintas de neoplasias malignas cutâneas em outros sítios, devido à anatomia própria da região periocular e ao impacto funcional e estético desses tumores. O tratamento do melanoma de pálpebra é primariamente cirúrgico, tendo como padrão a exérese com margens livres. RELATO DE CASO. Paciente do sexo masculino, 50 anos, pardo, operador de máquinas. Hipertenso e tabagista, possui histórico familiar de câncer de próstata. Há 2 anos apresentou lesão tumoral, exofítica, pardacenta e de crescimento progressivo rápido, em pálpebra superior esquerda. Paciente foi submetido à cirurgia de exenteração de órbita envolvendo pálpebras, com margens de segurança confirmadas através de congelação intraoperatória e realização de retalho nasogeniano para reconstrução local. O resultado do exame anatomopatológico demonstrou a presença de melanoma invasivo em pálpebra superior com dimensões 2,6x1,7cm (pT4aN0MX - estadio IIB) e ausência de invasão perineural, bem como coto do nervo óptico e globo ocular livres de neoplasia. No pós-cirúrgico, o paciente foi submetido à esquema de quimioterapia adjuvante através da utilização de interferon. Após 14 meses da abordagem cirúrgica, o PET-CT demonstrou a presença de metástases na glândula parótida esquerda e na cadeia cervical posterior ipsilateral (reestadiamento - EIV). Após discussão da equipe multidisciplinar, optou-se por tratamento clinico paliativo. CONCLUSÃO. As lesões melanocíticas das pálpebras são raras e de difícil abordagem terapêutica. Isso se deve à anatomia singular da região associada à sua relevância funcional e estética, tornando sua reconstrução um desafio cirúrgico. Geralmente, faz-se necessário uma excisão ampla com cirurgia reconstrutiva, devido à desfiguração cosmética e alta morbidade associada à localização do tumor. Através da cirurgia de exenteração de órbita associada ao uso de esquemas quimioterápicos, o paciente evoluiu sem recidiva do tumor primário, entretanto, com metástases linfonodal e parotídea.

CODIGO DO TRABALHO: 1415

TÍTULO DO TRABALHO: Faringolaringoesofagectomia em Tumor Papilífero de Tireóide localmente avançado: relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MAÍRA DA CRUZ GONÇALVES LEAL; LIA ROQUE ASSUMPCAO; MARCO ANTONIO CORREA GUIMARAES FO; RENATO HARLEY SANTOS BOTELHO; LEONARDO RANGEL. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO - UERJ, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A invasão local do câncer bem-diferenciado de tireóide ocorre em até 15% dos pacientes, como resultado da propagação extratireoideana do tumor. Dentre os cânceres bem-diferenciados localmente invasivos, o Carcinoma Papilífero de Tireóide (CPT) é o tipo mais comum. A invasão de estruturas regionais pode acometer desde musculatura pré-tireoideana, nervo laringeo recorrente e traquéia até, mais raramente, laringe, esôfago e grandes vasos cervicais. A ressecção incompleta do câncer bem-diferenciado de tireóide localmente invasivo se relaciona com taxas de mortalidade maiores e, embora haja controvérsias quanto à extensão da ressecção, é consenso que margens macroscópicas livres são fundamentais no controle locorregional da doença. A morbidade da ressecção radical deve ser pesada e comparada com a persistência/recorrência da doença local, no momento do planejamento cirúrgico.Relato de caso: O paciente A.M.R., 70 anos, masculino, previamente hígido, apresentava há cerca de um ano quadro de disfagia e disfonia progressivas. Foi identificada lesão cervical expansiva de aproximadamente 3,5cm à palpação, no maior diâmetro, cuja PAAF revelou-se compatível com CPT. A tomografia computadorizada para avaliação pré-operatória evidenciou massa de 8cm, com extensão cervicotorácica ântero-superior e envolvimento retrotraqueal, até o tronco braquiocefálico. Diante do diagnóstico de CPT, com acometimento laríngeo e esofágico, foi programada uma abordagem multidisciplinar com as equipes da Cirurgia de Cabeça e Pescoço, da Cirurgia Geral e da Microcirurgia, do Hospital Universitário Pedro Ernesto. O paciente foi submetido a faringolaringectomia e esofagectomia cervical, com reconstrução do trânsito por interposição de alça jejunal, mais esvaziamento cervical bilateral. O procedimento durou cerca de 12h, sem registro de sangramento importante ou outras intercorrências; recebeu alta hospitalar no 13° dia de pós-operatório. No momento, encontra-se com 4 meses de pós-operatório e se alimenta por via oral.Conclusão: A combinação entre uma avaliação pré-operatória adequada e um bom planejamento da equipe cirúrgica pode oferecer uma melhor sobrevida, em casos selecionados, com baixa morbidade e baixo risco de recorrência, para a realização da ressecção radical. Pela nossa experiência, a faringolaringoesofagectomia com reconstrução do trânsito com retalho livre de jejuno, com microanastomose cervical, pode oferecer ao paciente com doença avançada um bom desfecho.

CODIGO DO TRABALHO: 836

TÍTULO DO TRABALHO: Fibrolipoma gerando tumoração em pescoço e mento

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: VÍCTOR SOUSA SILVA1; DÉBORA COELHO DUARTE2; JOÃO VICTOR PEREIRA GOMES2; TÁSSYLLA CAROLINE FERREIRA PEREIRA2; FERNANDA VIANA RODRIGUES2; JORGE LUIZ C. C. GOMES ABRANTES2; RONE ANTONIO ALVES ABREU2; ROLANDO GUTIERREZ ROSALES2. 1. ITPAC, ARAGUAÍNA - TO - BRASIL; 2. ITPAC, ARAGUAINA - TO - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O fibrolipoma é um tumor benigno de origem mesenquimal, composto por tecido gorduroso com faixas de colágeno interpostos, geralmente, acometem pacientes entre a 5º e a 6º década de vida, são moles, móveis, indolores e na maioria dos casos a excisão simples é curativa. RELATO DE CASO: Masculino, 40 anos de idade, ingressa ao hospital público de Araguaína ? TO para tratamento cirúrgico de um possível lipoma, devido ao seu padrão estrutural, refere crescimento progressivo de tumoração no pescoço após acidente automobilístico há 7 meses. O mesmo nega comorbidades em sua história patológica. Ao exame clínico, verificou-se uma lesão de formato irregular sobre a região do mento, mole à palpação, indolor, medindo aproximadamente 2,0cm em seu maior diâmetro. Sua coloração se mostrava levemente amarelada, se diferenciando pouco da coloração da pele e sem ulcerações. Os exames pré-operatórios de rotina foram solicitados, que não apresentaram alterações. Sob anestesia local infiltrativa com vasoconstritor, foi realizado a exérese da lesão através de incisão, dissecção dos planos da pele, hemostasia, exérese do tecido fibrilar, rotação de retalho miocutâneo e sutura com fio de nylon 4-0. Ao exame macroscópico, a peça cirúrgica demonstrou formação irregular de tecido gorduroso, medindo aproximadamente 2,0 x 1,0 x 0,5cm. Aos cortes de consistência macia e coloração amarelada. A análise histológica revelou formação adiposa e encapsulada, por vezes apresentando no seu parênquima feixes de tecido fibroso delgado. Não sendo identificadas células adiposas juvenis. Associado foi identificado de permeio tecido fibroso hialino, tendo interposto fibroblastos jovens e maduros. O laudo histopatológico da biópsia, firmou a hipótese diagnóstica de fibrolipoma. O paciente recebeu alta hospitalar na mesma data do ato cirúrgico, e não apresentou demais queixas. CONCLUSÃO: Os lipomas representam os tumores mesenquimais mais comuns, cerca de 20% ocorrendo na região da cabeça e pescoço, assim, a caracterização de novas variantes e apresentações enfatizam a importância da avaliação histopatológica dessas neoplasias, a fim de gerar uma conduta precoce eficiente, a fim de evitar a expansão local do tumor e demais incômodos ao paciente.

CODIGO DO TRABALHO: 1685

TÍTULO DO TRABALHO: IMPORTÂNCIA ANÁTOMO-CIRÚRGICA DE VARIAÇÃO ANATÔMICA NO PLEXO BRAQUIAL

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PRISCILA DOS SANTOS CARDOSO; HIRLEY RAYANE SILVA BALBINO DE MÉLO; HENRIQUE CÉZAR TENÓRIO ALVES DA SILVA; IVAN DO NASCIMENTO DA SILVA; BERNARDO LUCENA NETO. CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES - UNIT/AL, MACEIÓ - AL - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O estudo anatômico do cadáver é essencial. Uma vez que o diagnóstico e a identificação de algumas patologias se tornam difíceis se a anatomia regional é desconhecida pelo médico. Por isso, o domínio total da superfície corporal nem sempre é significado de êxito quando o interior é explorado. Ratificando essa ideia, destaca-se as diversas variações anatômicas que podem se apresentar desconhecidas. Um exemplo claro é a funcionalidade do plexo braquial que ao ser lesionado, muitas vezes, não se consegue detectar alterações por não estar visível ao olho nu, trazendo consequências irreversíveis como a perda de sensibilidade e da movimentação ao membro relacionado. RELATO DE CASO: O plexo braquial, situado no pescoço e na axila, posteriormente à clavícula, acompanha a artéria axilar e encontra-se sob o músculo peitoral. É responsável pela inervação do membro superior como também de alguns músculos do ombro e do pescoço. Sendo composto por cinco raízes, a saber: de C5 a T1, que formarão posteriormente três troncos, superior, médio e inferior, e, por conseguinte, fascículos. As variantes anatômicas do plexo supracitado foram encontradas em um cadáver, do sexo masculino, dissecado no Centro Universitário Tiradentes ? Maceió/AL. Tais variações estão localizadas no lado direito, consistindo em uma mudança morfológica referente a união do tronco médio com o tronco inferior, caracterizando uma variação anatômica nos troncos antes de originar os respectivos fascículos, como também foi visualizado a contribuição das raízes C4 e T2 na formação do plexo braquial. O cadáver em questão não apresenta as referidas alterações no lado esquerdo, expressando os troncos bem delimitados favorecendo uma comparação clara e objetiva das estruturas. CONCLUSÃO: O conhecimento das variações anatômicas é imprescindível à intervenção cirúrgica, pois é certo que uma incisão inadvertida em locais de variantes morfológicas desconhecidas tende a comprometer o curso natural do procedimento cirúrgico e a qualidade do resultado. O que, a princípio, não significaria prejuízos ao funcionamento biológico pode acarretar traumas funcionais alterando, assim, a qualidade de vida do paciente.

CODIGO DO TRABALHO: 1050

TÍTULO DO TRABALHO: Importância da multidisciplinaridade em Cirurgia de Cabeça e Pescoço

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FRANCIEUDO JUSTINO ROLIM; JONATAS CATUNDA DE FREITAS; GABRIEL SILVA LIMA; RAFAELA JUCÁ LINHARES; ALESSANDRA FREIRE DA SILVA; MARCO AUGUSTO SOBREIRA ROCHA FILHO; LUIS ALBERTO ALBANO FERREIRA; MÁRCIO RIBEIRO STUDART DA FONSECA. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇAO: O câncer de de cabeça e pescoço é representado em sua maioria por neoplasias epiteliais do tipo carcinoma espinocelular (CEC), responsáveis por 90 a 95% do total de casos. As lesões geralmente aparecem como uma lesão pré-maligna e têm crescimento progressivo, permitindo, por ser uma região de grande exposição e facilidade de ser examinada, detecção precoce com taxas de cura bastante altas(8). Apesar disso, 70% dos pacientes são diagnosticados em estádios avançados, o que implica em um pior prognóstico e em diminuição da sobrevida dos pacientes acometidos. OBJETIVO: O objetivo deste trabalho é apresentar, através do relato de dois casos, a essencial conduta multiprofissional e disciplinar no tratamento das doenças em cirurgia de cabeça e pescoço. METODOS: O método de coleta de dados se fez pela investigação clínica junto aos pacientes, bem como revisão de prontuários e da literatura pertinente à participação de profissionais médicos cirurgiões, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiologistas, psicólogos e assistentes sociais. As historias de vida e social dos pacientes são tão complexas e devastadoras quanto a moléstia orgânica que os afligiam. RESULTADOS: Paciente 1: J.C.S, 60 anos, agricultor, pardo, natural e procedente do Pici, Fortaleza ?CE, procurou serviço de cabeça e pescoço da Universidade Federal do Ceará em julho/2016 com queixa de uma massa em de orofaringe e linfonodos palpáveis cervicais que se revelou na investigação clínica tratar-se de um carcinoma de células escamosas bem diferenciado. Paciente 2: J. A. F. C. 54 anos, agricultor, pardo, natural e procedente de um abrigo em Beberibe ?CE, procurou serviço de cabeça e pescoço da Universidade Federal do Ceará em julho/2016 com queixa de uma tumor na faringe e linfonodomegalias cervicais que se revelou na investigação clínica tratar-se de um carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado e metastático. A equipe decidiu por tratamento cirúrgico nos dois casos que foram realizados em agosto de 2016 com sucesso e os pacientes tiveram alta hospitalar para acompanhamento ambulatorial com a participação decisiva da equipe multidisciplinar na resolução e condução dos mesmos. CONCLUSAO:Como resultados observa-se que o tratamento dos paciente com câncer em cabeça e pescoço perpassa não só pela extirpação da moléstia e sim por um cuidado holístico, visando a reabilitação destes indivíduos e a reinserção dos mesmos na comunidade com sua saúde e dignidade resguardadas.

CODIGO DO TRABALHO: 1641

TÍTULO DO TRABALHO: Influência da idade no diagnóstico histopatológico final de pacientes submetidos a tireoidectomias em um hospital de ensino da Região Norte do Ceará

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CARLOS ALEFE SOUSA NASCIMENTO; DINA ANDRESSA MARTINS MONTEIRO; LUCAS TADEU ROCHA SANTOS; MIKAELLE LOPES RODRIGUES; TALLYS DE SOUZA FURTADO; DANIEL HARDY MELO; LEILA CARLA DA CUNHA SILVA MAGALHÃES. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, SOBRAL - CE - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Analisar a influência exercida pela idade de pacientes submetidos a tireoidectomias no diagnóstico histopatológico destes pacientes. Metodologia: Estudo caracterizado como pesquisa documental, realizado no Departamento de Patologia da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, no qual foram analisados laudos histopatológicos de 83 pacientes submetidos a tireoidectomias, totais ou parciais, realizadas entre os anos de 2015 e 2016, dos quais 5 foram excluídos por apresentarem informações incompletas. Os dados foram registrados em um formulário de coleta de dados e tabulados no software Excel. Foram analisadas as variáveis relacionadas à idade e ao diagnóstico final dos pacientes. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú sob o número 61077916.0.0000.5053 e recebeu apoio institucional do Departamento de Ensino, Pesquisa e Extensão da Santa Casa de Misericórdia de Sobral. Resultados: A amostra foi constituída por laudos de 78 pacientes, dos quais 18 (23%) possuíam de 18 a 35 anos, enquanto 36 (46,1%) tinham entre 35 e 55 anos, e 24 (30,9%) possuíam de 55 a 75 anos. Na faixa etária de 18 a 35 anos, 6 pacientes (33,3%) apresentaram Bócio Adenomatoso, 3 (16,7%) possuíram Adenoma Folicular, 7 (38,9%) apresentaram Carcinoma Papilífero e 1 (5,6%) apresentou Tireoidite de Hashimoto. Na faixa etária de 35 a 55 anos, 7 pacientes (19,4%) possuíam Bócio Adenomatoso, 8 (22,2%) possuíam Adenoma Folicular, 13 (36,1%) possuíam Carcinoma Papilífero, 2 (5,6%) não apresentavam nenhuma alteração tireoideana e 6 (16,7%) possuíam outro diagnóstico. Na faixa etária de 55 a 75 anos, 3 pacientes (12,5%) possuíam Bócio Adenomatoso, 4 (16,7%) possuíam Adenoma Folicular, 9 (37,5%) possuíam Carcinoma Papilífero e 7 (29,1%) possuíam outro diagnóstico. Conclusão: Destaca-se a grande ocorrência de tireoidectomias em pacientes na faixa etária de 35 a 55 anos. Dentre os diagnósticos, destaca-se a ocorrência de Carcinoma Papilífero, em todas as faixas etárias, seguido pelo Adenoma Folicular e pelo Bócio Adenomatoso. Tais dados tornam necessária uma maior atenção com tais pacientes, visando o rastreamento precoce de acometimentos tireoidianos e a otimização do tratamento de tais pacientes. Referências: SILVESTRE, Juliana Crippa et al. Perfil Anatomopatológico dos pacientes submetidos a PAAF e tireoidectomia em um laboratório de anatomopatologia em Criciúma/SC. Revista Inova Saúde, Criciúma, v. 3, n. 2, p.130-142, nov. 2014.

CODIGO DO TRABALHO: 1667

TÍTULO DO TRABALHO: Laceração traqueal pós-intubação orotranqueal: Relato Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BRUNA GONÇALVES DE CARVALHO; BRUNA BARBOSA SOARES; ISABELA BARRETO DE SOUZA ALMEIDA; MELISSA MARTINS BARBOSA; MAYRA DRUMMOND; JOSÉ CLÁUDIO DA SILVA MANHÃES. FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS, CAMPOS DOS GOYTACAZES - RJ - BRASIL.

RESUMO:
A laceração traqueal é uma condição rara, geralmente associada a trauma de cabeça e pescoço. Quando ocorre iatrogenicamente possui diversas causas, como intubação, traqueostomia, broncoscopia, colocação de stent, esofagectomia, dentre outras; sendo a intubação orotraqueal a etiologia mais frequente. Apresenta-se usualmente como lesão linear na parede membranosa da traqueia; sendo mais encontrada no terço distal da traqueia e nos brônquios principais. Quando decorrente de hiperinsuflação do balonete, predomina na traqueia proximal. Mais frequente em mulheres, pacientes com debilidade da parede traqueal por doença inflamatória, em corticoterapia ou malformações congênitas da traquea. Dentre os mecanismos de lesão, destacam-se a utilização de tubo com tamanho inadequado, a hiperinsuflação do balonete ou a mobilização repentina do tubo. As principais manifestações clínicas são enfisema subcutâneo no tórax e pescoço, pneumomediastino, pneumotórax e insuficiência respiratória. Outros sinais incluem: dispneia, disfonia, tosse, hemoptise e pneumoperitônio. Seu diagnóstico demanda de elevada suspeição clínica, possuindo achados radiológicos indiretos da lesão e confirmado pela fibrobroncoscopia. Como relação ao tratamento, exitem duas opçãoes: o tratamento conservador e o cirúrgico, cuja indicação depende de fatores do paciente (comorbidades, estabilidade ventilatória), das características da lesão (tamanho e topografia) e do tempo decorrido até o diagnóstico. Sua importância diagnóstica e terapêutica decorre da elevada morbimortalidade desta complicação. Esse trabalho visa o relato de caso de uma paciente do sexo feminino, 70 anos, que deu entrada no pronto-socorro em parada cardiorrespiratória, sendo submetida a intubação orotraqueal e manobras de resuscitação cardiopulmonar com sucesso, sendo encaminhada ao CTI, evoluindo com enfisema subcutâneo importante em um período de 2h após admissão; foi realizada tomografia computadorizada de tórax que evidenciou enfisema subcutâneo, pneumomediastino extenso e ausência de pnemotórax. O diagnóstico foi confirmado pela fibrobroncoscopia que identificou laceração em terço inferior da traqueia (aproximadamente 2 cm acima da carina). Foi tratada com abordagem por toracotomia lateral direita. Concluí-se, portanto, que a hipótese de Laceração Traqueal deve ser pensada e seu diagnóstico realizado precocemente, a fim de reduzir a elevada morbimortalidade associada a esta complicação quando não tratada no início e de forma correta.

CODIGO DO TRABALHO: 3003

TÍTULO DO TRABALHO: Lesão Penetrante em Região Crânio-facial por Arma Branca: Relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DÉBORA LOPES GONÇALVES1; CLÓVIS HENRIQUE NAPOLEÃO2; PLÍNIO AUGUSTO MOREIRA FONSECA2; ANNA LUIZA SOUZA1; LUDMILA LILIANA GUAZELLI DE FREITAS1; RODRIGO MARTINS CARVALHO1; LUARA DE OLIVEIRA BARROSO1; GABRIELA FRANZIN RAVAZI1. 1. UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO, ALFENAS - MG - BRASIL; 2. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALZIRA VELANO, ALFENAS - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Os ferimentos faciais variam amplamente na sua apresentação e complexidade, sendo tratados de acordo com sua extensão, profundidade, grau de contaminação, agente etiológico e tempo do trauma, devendo ser abordados de forma especial, a fim de restituir a função e estética da face. A maioria desses casos, no Brasil, envolve jovens do sexo masculino de menor nível sociocultural. Sendo que, as agressões, com ou sem armas, são a segunda causa dos traumas cranianos no Brasil, correspondendo a 25,4%.Os objetos dessas circunstâncias podem penetrar diversas estruturas anatômicas, por isso, para removê-los há a necessidade de uma avaliação criteriosa devido a sua fatalidade caso haja lesões vasculares. CASO CLÍNICO: Paciente JLCC, masculino, 28 anos, trazido ao HUAV, com ferimento corto-contuso em região fronto-orbital direita. Ao EF: A - vias aéreas pérvias, sem colar cervical e sem prancha; B - MVF, sem RA, tórax estável, ventilação espontânea; C - Sangramento em região frontal no ferimento; D ? Glasgow 15, pupilas fotorreagentes à esquerda, sem abertura de olho direito; E ? presença de faca em região frontal e hematoma em olho direito. PA=130x90 mmHg, FC=70bpm. Sonolento devido efeito de Diazepam 5mg EV. Na TC apresentou fratura da parede lateral da órbita direita e de zigomático, sem sinais de fratura intracraniana. Realizado exérese de corpo estranho, no bloco cirúrgico, sob anestesia geral, sem sangramento ativo, apresentou hemorragia subconjuntival, sem alterações em globo ocular. Colocado dreno Penrose n2 em orifício, fechamento por planos, sutura e curativo oclusivo. Prescrito:Cefazelina 2g, Clindamicina 600mg, Dexametasona 10mg, Plasil 10ml, Ranitidina 50mg, Dipirona 2g. Ao US 06/09/2016, foi evidenciado processo hemorrágico e/ou inflamatório do vítreo OD, deslocamento de retina OD, descolamento hemorrágico da coroide, parcial OD. Paciente evoluiu bem, sem perda da visão, com alta 45 dias após a admissão. CONCLUSÃO:Nota-se que a conduta frente ao paciente necessita ser multidisciplinar, se iniciando com a manutenção das vias aéreas, controle hemostático e acurada avaliação oftalmológica concomitante à neurológica, e vascular, quando pertinentes. É fundamental descartar presença de sangramento ativo, hematoma crescente e sinais de choque hipovolêmico, indicativos de possível lesão vascular associada.REFERÊNCIAS:Bakushev,AP;Sivolapov,K A.Treatment of patients with isolated orbital wall injuries,Vestn Rentgenol Radiol; 97(2): 105-9, 2016 Mar-Apr.

CODIGO DO TRABALHO: 1283

TÍTULO DO TRABALHO: MAXILECTOMIA COM RECONSTRUÇAO MICROCIRURGICA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DANILO AUGUSTO NARCIZO DA SILVA1; MARIO JORGE FERREIRA DA SILVA1; ANA MARIA COELHO CARVALHO1; ALINE CRISTINA BATISTA VILELA2; HENRIQUE VIANA XAVIER1; RODRIGO ROCHA RAMALHO1; HENRY DE MARTINS1; LUIZ FERNANDO BRÍGIDO CASTRO1; ANELISE ZIMMERMANN DE AZAMBUJA GOMES1. 1. UFAC, RIO BRANCO - AC - BRASIL; 2. UNIDERP, CAMPO GRANDE - MS - BRASIL.

RESUMO:
MAXILECTOMIA COM RECONSTRUÇAO MICROCIRURGICA: RELATO DE CASO EM HOSPITAL DA AMAZONIA OCIDENTAL - ACREIntrodução: A resseção de tumores de cabeça e pescoço resultam em grandes defeitos, complexos e muitas vezes associados a limitações funcionais. Nestes casos a reconstrução microcirúrgica costuma ser a primeira indicação para grandes perdas teciduais, minimizando o efeito devastador da ressecc?a?o ciru?rgica.Relato de Caso: Apresentamos o caso de um paciente de 20 anos portador de tumor no palato, com biopsia pré-operatória sugestiva de Mixoma odontogênico, que foi submetido a ressecc?a?o cirúrgica ampla e reconstruc?a?o microciru?rgica imediata com retalho livre anterolateral da coxa. Foram feitas anastomoses entre os vasos do retalho com os vasos faciais, com auxilio de microscópio cirúrgico. Na?o houve complicac?o?es do retalho e o paciente retomou suas func?o?es como fonac?a?o, deglutic?a?o e mastigac?a?o, precocemente.Conclui-se que os retalhos microcirúrgicos têm grande importância em reconstrução de cabeça e pescoço e determinam, quando bem-sucedidos, diminuição da morbidade, aceleração da reabilitação e diminuição de custos. Descritores: 1. Cirurgia de Cabeça e Pescoço 2. Microcirurgia 3. Retalhos livres 4. Reconstrução em Cabeça e Pescoço 5. Retalhos cirúrgicos

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2658

TÍTULO DO TRABALHO: MEDIASTINITE NECROTIZANTE DESCENDENTE: RELATO DE CASO EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DA AMAZÔNIA OCIDENTAL- HC/ACRE

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LUKAS VIEIRA DE LIMA1; ELLEN DA SILVA GONÇALVES2; THAISE DUARTE ONOFRE SABIÁ E SILVA1; VANESSA SOUZA CARVALHO3. 1. UFAC, RIO BRANCO - AC - BRASIL; 2. HOSPITAL DAS CLNICAS DO ACRE, RIO BRANCO - AC - BRASIL; 3. HOSPITAL DAS CLINICAS DO ACRE, RIO BRANCO - AC - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Os processos infecciosos mediastinais agudos são graves. A Mediastinite Necrotizante Descendente (MND) é uma apresentação incomum de infecções oriundas da cabeça e do pescoço, aguda e potencialmente fatal. O diagnostico deve ser rápido e a conduta agressiva, com terapêutica, consistindo, usualmente, em drenagem cervicomediastinal e transtorácica combinadas com antibióticos de amplo espectro. RELATO DE CASO: Paciente F.C. M., feminino, 57 anos, apóas exodontia de 2º molar, apresentou disfagia para e edema em região cervical. Ao exame: REG, LOTE, afebril. Apresentava linfangite cervical e enfisema subcutâneo até o mediastino superior. Ausculta pulmonar com sibilos difusos. Leucocitose com desvio à esquerda no hemograma.Raio X de Tórax: derrame pleural bilateral e alargamento do mediastino. TC cervical: processo infeccioso/ inflamatório do espaço mastigador com extensão para o pescoço e mediastino. Recebeu antibioticoterapia amplo aspecto, porém apresentou piora do quadro clínico, sendo transferida para UTI. Realizaram-se Cervicotomia -com saída de secreção purulenta- e Traqueostomia protetora. No 5º dia de internação em UTI, paciente foi submetida a Toracotomia, e nova Cervicotomia bilateral com colocação de dreno bilateral. A paciente evoluiu bem, recebeu alta após estabilização completa do quadro clínico, para acompanhamento ambulatorial. DISCUSSÃO: A MND é uma forma rara de infecção mediastinal, extremamente grave e letal se não tratada adequadamente. O caso em questão, apresentava a descrição mais encontrada na literatura para tal afeccção, com hemograma infeccioso e imagens compatíveis com abscesso em região mediastinal. O que torna o caso, um importante relato literário desta doença potencialmente fatal, de grande gravidade. O tratamento isolado com antibioticoterapia intravenosa de amplo espectro não é eficiente sem a drenagem cervical adequada, desbridamento extenso e excisão do tecido necrótico com irrigação mediastino-pleural. Tal fato pode ser observado na evolução do caso descrito. Em muitos casos, repetidas drenagens cervicais podem ser necessárias, devido à presença de infecção persistente. O acesso cirúrgico ideal para drenagem do mediastino, em pacientes com MND, dependente do nível de difusão do processo necrótico. Graças ao diagnóstico precoce, tratamento clinico e cirúrgico adequado, a paciente do caso descrito evoluiu bem, estando hoje em acompanhamento ambulatorial.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 993

TÍTULO DO TRABALHO: Necrose Palatal Por Mucormicose

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCO AURÉLIO DE OLIVEIRA MARINHO; ALUÍSIO GONÇALVES MEDEIROS; ARI HENRIQUE DE ALMEIDA FILHO; VINÍCIUS TEIXEIRA DE PAULA PIGNATTI; ANA BEATRIZ RETAMERO RODRIGUES; AMANDA LEME DA SILVA CAMPINAS; SAMUEL DE CARVALHO DA SILVA. UFTM, UBERABA - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOMucormicose (zigomicose) é considerada infecção oportunística rara, tendo a associação clássica com diabete mal controlada e com cetoacidose (presentes em até 50% dos relatos), porém com número crescente de casos em pacientes com doença linfoproliferativa e pós-transplantados. O contágio se dá a partir de fontes do meio ambiente, sendo a inalatória a principal via. O início mais comum da forma rinocerebral é de infecção nos seios paranasais. O mau prognóstico é a regra e impõe-se a capacitação para o diagnóstico precoce. A suspeita clínica é indicativa de início de tratamento. Os exames radiológicos são auxiliares diagnósticos valiosos ao avaliar a localização e extensão da infecção. O tratamento apoia-se na tentativa de reverter os fatores predisponentes, promover o desbridamento cirúrgico e dar início imediato à terapêutica antifúngica. Por se tratar de enfermidade incomum não há na literatura ensaios clínicos aleatórios. As propostas apoiam-se em relatos de caso e na experiência clínica dos serviços, assim como o proposto neste trabalho.RELATO DE CASOPaciente de 63 anos, branco, casado, ex-artesão, apresenta lesão leucoplásica purulenta em palato duro há quatro meses, observada em associação ao quadro de dor retro-orbitária à direita e hipoacusia ipsilateral, além de cefaleia occipital com lipotimia, febre, disfagia e perda de 14 kg nos últimos três meses. Referia internação prévia, no início do quadro em outro serviço devido a celulite orbitária pré-septal, quando então foi diagnosticado com DM II descompensado e DPOC. Frente à piora clínica e aumento da extensão da lesão em palato, foi internado no HC-UFTM e iniciado anfotericina B e controle estrito das comorbidades. Realizado TC de face que evidenciou lise óssea de palato, assoalho da órbita e parede anterior do seio maxilar e conchas nasais. Foi submetido à maxilectomia parcial direita com envio de peças cirúrgica para estudo anatomopatológico e cultura que demonstrou numerosos fungos compatíveis com Zygomyceto (Mucor ssp). Paciente evoluiu bem no pós-operatório, recebendo alta para acompanhamento ambulatorial e manutenção do tratamento farmacológico em Hospital Dia.CONCLUSÃOHá que se ter em mente a importância da mucormicose como evento possível em pacientes com diabetes mal controlados e pacientes em imunossupressão e do diagnóstico precoce e tratamento agressivo como chaves para a redução da morbidade e dos índices de letalidade.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2947

TÍTULO DO TRABALHO: NEOPLASIA FOLICULAR TIREOIDIANA NÃO INVASIVA COM CARACTERÍSTICAS NUCLEARES PAPILARES: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RENATA LIMA MEDEIROS1; IURI DE BRITO NÓBREGA SILVA1; DAVI LIMA MEDEIROS1; LUÍVIA FRAGOSO DE BARROS2; AUTHA MARIA MENDES DE OLIVEIRA2; ANNE KAROLLINE MENDES DA SILVA3; IRLA ANDRADE DANTAS2. 1. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 3. CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
Muitos subtipos de Carcinoma Papilífero da Tireoide (PTC) têm sido descritos, dos quais o PTC clássico é o mais comum. A Variante Folicular Encapsulada do PTC (EFVPTC) é o segunda mais comum e foi recentemente reconhecida pela Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia como de baixo potencial de malignidade, sendo renomeado para Neoplasia Folicular Tireoidiana não Invasiva com características nucleares Papilares (NIFTP). Esse tumor é composto pela predominância de folículos neoplásicos em relação à formação de papilas, porém apresenta células foliculares com alterações nucleares características do carcinoma papilar. A.M.S.J., sexo masculino, 50 anos, diabético e hipertenso, realizou em 2015 exame de rotina de USG Doppler de Carótidas, onde foi achado acidentalmente nódulo em tireoide. Encontrava-se eutireoidiano e assintomático no momento do exame. Em seguida, foi realizado USG da Tireoide com Doppler onde observou-se imagem nodular sólida, hipoecoica, heterogênea, com microcalcificações, localizado no terço médio do lobo esquerdo, contendo vascularização central (Chammas V) e medindo 0,7 cm. Realizou-se, então, Punção Aspirativa por Agulha Fina onde mostrou componente folicular predominante sobre o papilífero, mas com características nucleares sugestivas de PTC. Realizou-se Tireoidectomia Total (TT), sem intercorrências. Anatomopatológico da peça cirúrgica confirmou o diagnóstico de NIFTP. Paciente evoluiu com hipotireoidismo no início do tratamento por não adesão adequada ao medicamento, atualmente encontra-se sem queixas. O NIFTP é um diagnóstico controverso. Nesses tumores sem invasão, o diagnóstico de câncer recai sobre o achado de núcleos característicos, cuja avaliação em muitos casos é subjetiva. Além disso, estudos demonstraram que o seu comportamento é potencialmente benigno, sendo geneticamente distinto dos tumores infiltrativos. No entanto, a maioria dos pacientes é tratada de forma similar àqueles com PTC clássico. Além do estigma da neoplasia, há o risco de complicações operatórias como lesão do nervo recorrente e hipoparatireoidismo. Neste contexto, é improvável que pacientes com NIFTP se beneficiem de TT e radioablação, sendo, portanto, a lobectomia sem radioablação a terapia de escolha, como poderia ter sido realizada no caso clínico descrito. Além de eliminar o impacto psicológico do diagnóstico de câncer, reduziria as complicações cirúrgicas, o risco de tumores secundários à radioablação e o custo geral dos cuidados de saúde.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 825

TÍTULO DO TRABALHO: Neoplasias de células epitelioides acometendo mandíbula esquerda

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: VÍCTOR SOUSA SILVA1; JOÃO VICTOR PEREIRA GOMES2; DÉBORA COELHO DUARTE2; ROLANDO GUTIERREZ ROSALES2; FERNANDA VIANA RODRIGUES2; JORGE LUIZ C. C. GOMES ABRANTES2; MARÍLIA ALVES ARAUJO FERREIRA2; RONE ANTONIO ALVES ABREU2. 1. ITPAC, ARAGUAÍNA - TO - BRASIL; 2. ITPAC, ARAGUAINA - TO - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A neoplasia de células epitelioides, são originadas de células grandes e achatadas com retículo endoplasmático hipertrófico, representa uma família de tumores mesenquimais composto por células epitelioides ou que se assemelham ao epitélio. O tumor pode possuir áreas epiteliais, marcadores epiteliais ou fenótipo morfológico que se assemelha ao tecido epitelial, assim, para a definição diagnóstica precisa torna-se necessária a análise imunoistoquímica. RELATO DE CASO: Paciente feminino, 74 anos de idade, raça amarela, morador de zona rural do estado do Tocantins, ingressa ao hospital público de Araguaína ? TO para tratamento cirúrgico de um tumor aparentemente benigno de tecidos moles da face, refere tumoração crescente há cerca de 5 anos, com aproximadamente 4 cm de elevação da pele, em região mandibular esquerda. A mesma refere tratamento de Hipertensão Arterial Sistêmica com uso de Losartan 50 mg, duas vezes ao dia e alergia a teramicina. Ao exame clínico, verificou-se uma lesão semelhante a um nódulo ou linfonodo sobre a região mandibular esquerda, sem ulcerações, sem distinção de cor com a pele. Os exames pré-operatórios de rotina foram solicitados, apresentando risco cirúrgico intermediário. Sob anestesia local infiltrativa com vasoconstritor, foi realizado a exérese da lesão através de incisão, dissecção dos planos da pele, hemostasia, enxerto de pele, exérese do nódulo ou gânglio da mandíbula esquerda e sutura com fio de nylon 4-0. Ao exame macroscópico, a peça cirúrgica demonstrou várias formações irregulares de tecido pardo-acastanhado e elástico pesando no conjunto 3,0g. A análise histológica do linfonodo revelou neoplasia de células epitelioides, pequenas, redondas e azuis, associadas ou permeando canais vasculares linfáticos, sugerindo pelo laudo histopatológico o diagnóstico de hemangiopericitoma ou tumor glômico, necessitando da análise imunoistoquímica para a resolução diagnóstica precisa, a qual não encontrou-se disponível nos dados de prontuário. O paciente recebeu alta hospitalar na mesma data do ato cirúrgico, e não apresentou demais queixas.CONCLUSÃO: As neoplasias de células epitelioides podem representar diversos tumores com aspecto clínico e cirúrgico diferentes, deve-se enfatizar a busca pela melhor conduta terapêutica e forma diagnóstica, a fim de evitar demais incômodos ao paciente.

CODIGO DO TRABALHO: 3033

TÍTULO DO TRABALHO: NEUROFIBROMATOSE TIPO II: RELATO DE CASO.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: VICTÓRIA WINKLER VASCONCELOS; JAMILLY ALVES PADILHA; BEATRIZ FERREIRA DIOGO; MARCOS RAIMUNDO PEREIRA DA SILVA. UFPA, BELÉM - PA - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Neurofibromatose tipo 2 (NF2) trata-se de uma doença autossômica dominante rara, decorrente da ausência de um gene supressor de tumor localizado no braço longo do cromossomo 22. Corresponde a 5% dos tumores do ângulo pontocerebelar. Acomete todas as raças, com correlação idêntica no sexo masculino e feminino, manifesta-se principalmente em adultos jovens. Tem como substrato patológico a presença do schwanoma bilateral do oitavo par associado ou não a outros tumores intracranianos e espinhais, sobretudo os meningiomas. Anormalidades cutâneas, como manchas café com leite; oftalmológicas, como hamartoma de iris (nódulos de Lisch); lesões ósseas como displasia do esfenóide podem estar presentes. Importante destaque é dado em otorrinolaringologia pois, na maioria das vezes, os sintomas iniciais são otoneurológicos, sendo a hipoacusia, o tinitus e a tontura as principais queixas. RELATO DE CASO: A.A.S.S, sexo feminino, 24 anos, estudante, relatou história de disacusia progressiva em orelha direita, desde 2001, evoluindo com cefaléia, amaurose à esquerda, desequilíbrio com tendência a queda para direita e disacusia progressiva bilateral. Em outubro de 2005, foi diagnosticado NF2 em outro serviço, sendo então submetida a duas neurocirurgias para ressecção de schwanoma vestibular direito e esquerdo, respectivamente. Em outubro de 2008, foi admitida no ambulatório de Otorrinolaringologia do HUBFS, com queixa de disacusia bilateral e desejo em uso de prótese auditiva. Ao exame otoneurológico e otorrinolaringológico apresentou alargamento da base ao teste de Unterberger, marcha atáxica, diminuição da força muscular em membro superior direito, hipercinesia facial com contraturas musculares, sinal de Bell positivo, ausência de reflexo fotomotor à esquerda e paralisia facial periférica à direita grau VI, de acordo com a classificação de HOUSE e BRACKMANN. Sem alterações nos demais pares cranianos. Na acumetria, Weber não lateralizado e Rinne positivo em orelha esquerda sem resposta em orelha direita. CONCLUSÃO: Diante da suspeita de caso de NF2 torna-se fundamental o diagnóstico precoce e a interação entre a neurocirurgia e a otorrinolaringologia a fim de proporcionar melhora na qualidade de vida do paciente, minimizando comprometimento de outros pares cranianos, tratamento permitindo melhora no padrão auditivo indicação correta de AASI , assim como a maior reintegração social do mesmo, com acompanhamento e escolha de melhor técnica tratamento.

CODIGO DO TRABALHO: 1276

TÍTULO DO TRABALHO: Osteossarcoma de baixo grau da mandíbula

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FELIPE HAUPENTHAL1; MARCIN CZAJKA2. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR), CURITIBA - PR - BRASIL; 2. JAGIELLONIAN UNIVERSITY MEDICAL COLLEGE, KRAKOW - POLONIA.

RESUMO:
INTRODUÇÃOUma em cada dez milhões de pessoas por ano é afetada por osteossarcomas da mandíbula (MOS) e enquanto os tumores de alto grau têm uma incidência estimada de 58% entre os MOS, tumores de baixo grau são muito raros na mandíbula, com apenas 14 casos relatados na literatura. Este artigo apresenta um caso raro de um osteosarcoma de baixo grau da mandibula que foi primariamente diagnosticado e tratado como um fibroma ossificante.RELATO DO CASOUm homem de 21 anos de idade foi encaminhado ao Departamento de Cirurgia Maxilo-facial do Hospital Rydygier, Cracóvia - Polônia, apresentando dor na região lateral da mandíbula esquerda, que ocorreu pela primeira vez depois de tentar mastigar um alimento sólido. A radiografia panorâmica mostrou assimetria e uma lesão radiolúcida bem definida envolvendo ângulo mandibular, com opacidades irregulares formando trabéculas ósseas concêntricas e destruição da placa cortical. Tomografia Computadorizada (TC) de tórax e abdômen foi realizada, não mostrando lesão ou metástases à distância. Durante essa estadia, biópsia incisional do tumor foi realizada e o resultado foi fibroma ossificante. A TC de esqueleto facial revelou um tumor localizado na lâmina externa da mandíbula esquerda. O comprimento do defeito mandibular era de 5-6 centímetros e o tumor não infiltrava tecidos moles adjacentes. ?Ivy loops? e fixação não rígida foram realizadas devido à fratura mandibular e o paciente recebeu alta hospitalar com diagnóstico de lesão odontogênica benigna (fibroma ossificante), sendo programada a cirurgia.A excisão do tumor foi realizada durante o internamento subsequente: o paciente foi submetido a hemimandibulectomia esquerda e reconstrução com retalho fibular livre com ilha cutânea. A avaliação histopatológica final confirmou a remoção completa do tumor e revelou osteossarcoma bem diferenciado da mandíbula. Excisão radical da lesão foi confirmada em exame patológico e nenhum tratamento adicional fez-se necessário, sendo recomendada a observação do paciente.CONCLUSÃOOs profissionais devem estar cientes dessa condição, uma vez que as características histopatológicas do osteossarcoma central de baixo grau são muito semelhantes às de lesões benignas, o que predispõe a erros de interpretação e pode atrasar o diagnóstico e tratamento precisos. Considerando a raridade desse tipo de doença e a sequência relatada neste artigo, este estudo representa uma contribuição importante para a compreensão de osteossarcoma mandibular de baixo grau.

CODIGO DO TRABALHO: 932

TÍTULO DO TRABALHO: Panorama das Cervicotomias realizadas em Hospital Regional do Gama

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: HELOIZA ARRAIS BANDEIRA TAVARES LEITE1; DANIELLA SILVA MENA1; GABRIEL BROM ANDRADE1; RODRIGO KOUZAK MAYER1; KATHARINNE INACIO VAZ LAURIANO1; DIMITRI CARVALHO HOMAR1; VINICIUS ALVES FONSECA2; DIEGO VIEGAS BARBOSA1. 1. HRG, BRASÍLIA - DF - BRASIL; 2. HRG, BRASILIA - DF - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A abordagem cirúrgica de lesões na região do pescoço é motivo de controvérsias entre autores. Se trata de uma área que abriga estruturas anatômicas importantes, há dissenso entorno da conduta a ser adotada e o manejo operatório flutua entre a exploração cirúrgica e medidas conservadoras. Se divide anatomicamente em zonas e trígonos. A I está delimitada entre as clavículas e a cartilagem cricóide. A II entre a cartilagem cricóide e o ângulo da mandíbula e a III, estende-se até a mastóide. O trígono anterior é limitado:borda inferior da mandíbula, o esternocleidomastoídeo e a linha media anterior do pescoço. E o trígono posterior: a face superior da clavícula, o músculo trapézio e o músculo esternocleidomastoídeo.OBJETIVO: Estudar os 18 pacientes, vítimas de traumatismo cervical, submetidos à cervicotomia no serviço da Cirurgia Geral do HRG, em Brasília-DF, de janeiro 2014 a janeiro 2017,quanto ao sexo, faixa etária, lesões e terapêutica adotada.MÉTODO: Estudo descritivo retrospectivo de série de casosRESULTADOS: 18 pacientes foram submetidos à cervicotomia por trauma, em sua maioria do sexo masculino 16:2 e com faixa etária média de 28 anos. A etiologia do trauma cervical é uma dicotomia: arma branca versus arma de fogo (10:7). Em relação às estruturas afetadas, há uma variabilidade de casos desde aqueles os quais foram afetados superficialmente, ou seja não ultrapassaram o platisma, sem comprometimento vascular (total de 6) a aqueles com presença de hematomas em zona II (três casos) , lesões da jugular externa(total de 4), jugular interna(total de 3), carótida interna(2), carótida comum(1),tireóidea inferior(1).Dois casos foram admitidos em instabilidade hemodinâmica e evoluíram em PCR após intervenção cirúrgica mesmo com a ressuscitação (hidratação, reposição sanguínea e ate mesmo DVA) .E 3 pacientes foram submetidos a traqueostomia. Outros 3 pacientes permaneceram em conduta expectante. Em concordância com estudos publicados a Zona mais acometida foi a ZONA II(artérias carótidas, veias jugulares, Traqueia, faringe, laringe e nervo vago). CONCLUSÃO: O traumatismo cervical é uma a entidade complexa visto que, por se tratar de uma região pequena e cercada de estruturas vitais, uma única injuria pode provocar múltiplos efeitos e, por conseguinte a depender da extensão lesionada pode culminar com o óbito.Jovens e do sexo masculino estão mais propensos a este trauma que em sua maioria se devem afeções por arma branca ou por arma de fogo.

CODIGO DO TRABALHO: 1067

TÍTULO DO TRABALHO: PARAGANGLIOMA DE CORPO CAROTÍDEO: RELATO DE CASO.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANDRÉ DE CARVALHO SALES PERES; AHMAD MOHAMAD ALI HAMADE; ANA CAROLINA TAVEIRA ENGLER RAIZ COELHO; DAIANA BARBOSA DIAS MELO; AYDER ANSELMO GOMES VIVI. FACULDADE DE MEDICINA DE CATANDUVA, CATANDUVA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Tumores de corpo carotídeo fazem parte de uma família de neoplasias neuroendócrinas, que recebem o termo genérico Paraganglioma. Possuem caráter raro (2:1 milhão/ano), crescimento lento, hipervascularizados e geralmente benignos (97%), correspondem a aproximadamente metade do total de paragangliomas e cerca de 0,6% dos tumores de cabeça e pescoço1,2,3. Habitualmente sua apresentação clínica é uma massa cervical lateral pulsátil, de carácter assintomático, podendo ser movimentada horizontalmente e não no plano vertical. São patologias originadas de células da crista neural nos quimiorreceptores do bulbo carotídeo, podendo secretar catecolaminas e neuropeptídeos2,3. Essas lesões podem ser unilaterais ou bilaterais e de localização variável ? posterior à artéria carótida comum ou entre as artérias carótidas interna e externa. Entretanto, a maioria se apresenta na forma unilateral e de caráter esporádico (75%), com maior prevalência em casos familiares (10 a 25%) na forma bilateral. A ressecção cirúrgica do tumor oferece uma taxa de controle do tumor de cerca de 60%-72% ou superior de acordo com a localização e pode estar associada com imediato dano cerebrovascular, relacionando-se principalmente com o comprometimento da artéria carótida pela massa tumoral. Porém, devido à evolução dos métodos diagnósticos, da técnica cirúrgica e do suporte pós-operatório foram obtidos melhores resultados do tratamento, com grande diminuição da morbimortalidade4,5. Relato: C.A.P., mulher, 24 anos, caucasiana, comerciária. Queixa-se de um abaulamento cervical à direita que vem crescendo nos últimos 7 meses. Nega disfagia, dores de cabeça, crises de hipertensão arterial e taquicardia ou casos similares familiares. Ao exame clinico observou-se massa indolor palpável de aproximadamente 5 cm, parcialmente móvel, pulsátil a direita, próximo ao ângulo da mandíbula. Foram realizados os seguintes exames: ultrassonografia doppler, tomografia computadorizada e angiografia com reconstrução 3D. Os resultados revelaram formação ovalada heterogênea projetado à direita do pescoço em intimo contato com as carótidas internas, externas e jugulares, medindo aproximadamente 5,0 cm sugestivo de paraganglioma. Não foi realizada biópsia pois estava formalmente contra-indicada devido ao risco de hemorragia de difícil controle. O tratamento de escolha é cirúrgico. Foi realizado então isolamento do tumor e dissecção cautelosa. Conclusão: O exame histopatológico revelou paraganglioma benigno.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1176

TÍTULO DO TRABALHO: Parotidectomia através de incisão periauricular

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANDY PETROIANU1; MATHEUS SEWASTJANOW SILVA1; KELLY RENATA SABINO2; CRISTINA SOFIA CANDIA BARRIENTOS2. 1. UFMG, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. SANTA CASA BH, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Parotidectomia é um procedimento cirúrgico indicado para tratamento de tumores benignos ou malignos e para certas condições inflamatórias e autoimunes da parótida. Os tumores parotídeos são, em sua maioria, benignos, mas a sua evolução e o seu tratamento requerem conhecimento da anatomia locorregional e dos aspectos patológicos de cada afecção.O tratamento tem por objetivo a completa retirada do tecido parotídeo doente, com a preservação do nervo facial e de todos os seus ramos. A manipulação delicada e a conservação do nervo auricular magno fazem parte da boa técnica operatória. As incisões mais comuns para parotidectomia são as de Blair e de Blair modificada, que consistem de abertura pré ou periauricular prolongadas para a região submandibular ou cervical.Essas incisões combinadas podem acompanhar-se de cicatrizações imperfeitas, provocando deformidades cutâneas locais.Objetivo: Estudar a factibilidade e os resultados do tratamento cirúrgico de afecções parotídeas benignas, utilizando apenas a incisão periauricular, que é mais estética, por não provocar cicatriz cervical ou submandibular.Método: Foram estudados 41 pacientes consecutivos com moléstias da parótida. Adenoma pleomórfico (27 casos) foi a afecção mais encontrada, seguida por outros tumores benignos (9 casos), cisto parotídeo (3 casos) e parotidite crônica (2 casos). Todas as parotidectomias foram realizadas através de incisão periauricular.Resultados: A remoção da afecção parotídea foi possível em todos os casos sem incisão cutânea complementar. Todas as cicatrizes tiveram bom resultado estético e, após seis meses, elas estavam quase imperceptíveis. Os pacientes revelaram satisfação com o resultado da operação. Todos os pacientes tiveram hipoestesia da região operada, que perdurou por até seis meses. Houve desconforto auditivo temporário em 18 pacientes e infecção local em 1 paciente, tratada com sucessão com antibiótico sistêmico. As complicações encontradas neste trabalho estão descritas na literatura como esperadas em parotidectomia, independentemente do tipo de incisão.Conclusões: Os resultados do presente estudo indicam que a incisão periauricular é uma opção boa e estética para abordagem cirúrgica da glândula parótida.Bibliografia:Petroianu A. Parotidectomy by periauricular incision. Otolaryngol Head Neck Surg. 2012;146(2):247-9.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1486

TÍTULO DO TRABALHO: PERFIL CLÍNICO E EVOLUTIVO DE PACIENTES COM CARCINOMA ESPINOCELULAR CUTÂNEO DE CABEÇA E PESCOÇO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: REBECA HARA NAHIME1; MANUELA GASOLA CRUZ1; ANTONIO VITOR MARTINS PRIANTE2; CESAR AUGUSTO CARDOSO2; CAIO LUCIO SOUBHIA NUNES3. 1. UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ, TAUBATÉ - SP - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ, HOSPITAL REGIONAL DO VALE DO PARAÍBA, TAUBATÉ - SP - BRASIL; 3. HOSPITAL REGIONAL DO VALE DO PARAÍBA, TAUBATÉ - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O câncer de pele não-melanoma é o tumor maligno mais comum no mundo, sendo o carcinoma espinocelular (CEC) o segundo mais frequente (15 a 25%) e o com maior potencial de gerar metástases.OBJETIVO: Avaliar características clínicas, anatomopatológicas e evolução de pacientes com CEC de cabeça e pescoço correlacionando-as com risco de recidivas.MÉTODO: Trata-se de uma coorte retrospectiva de pacientes com CEC cutâneo de cabeça e pescoço, confirmado por análise anatomopatológica, operados pela equipe de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Regional do Vale do Paraíba, entre janeiro de 2011 e dezembro de 2012. Foram avaliadas características clínicas e anatomopatológicas, as taxas de recorrência, de um segundo tumor cutâneo primário e o status do paciente na data da última informação clínica.RESULTADOS: Foram incluídos 38 pacientes, sendo 26 (68,4%) do sexo masculino, todos de cor branca. A idade variou de 40 a 96 anos (mediana 69,5), 30 apresentavam lesão única (78,9%) e em 33 casos (86,8%) o CEC era invasivo. Em 15 casos (39,5%) a cirurgia realizada foi ressecção com retalho regional e em seis (15,8%) foi necessária a ressecção de estruturas adjacentes (músculo, cartilagem, osso). Na maioria (63,2%) as margens de ressecção foram livres. No seguimento pós-operatório (médio de 28,7 meses), seis pacientes (15,8%) evoluíram com recidiva e 13 (34,2%) com um segundo tumor cutâneo. Na data da última informação, 26 pacientes (68,4%) estavam vivos sem sinais de recidiva, três (7,9%) vivos com tumor de pele em atividade e apenas um (2,6%) havia morrido devido ao câncer de pele. Das variáveis analisadas a única relacionada a um maior risco de recidiva foi o estadio clínico (EC) (EC 0 e I 0% e EC II, III ou IV 28,6%, p=0,03, OR 1,4 IC 95% 1,07 - 1,84).CONCLUSÃO: A maioria dos pacientes era do sexo masculino, com idade mediana de 69,5 anos, com lesão única e CEC invasivo. Os tumores EC II, III e IV tiveram maior risco de recidiva (OR 1,4).REFERÊNCIAS:1. Brougham ND, Tan ST. The incidence and risk factors of metastasis for cutaneous squamous cell carcinoma--implications on the T-classification system. J Surg Oncol. 2014;110(7):876-82.2. American Cancer Society. Basal and Squamous cell skin cancer. USA: American Cancer Society; 2015.3. Barucci FMP, Vetorasso GH, Cardoso CA et al.Perfil e características anatomopatológicas em 100 pacientes com câncer de pele não melanoma. Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço. 2015; 44(3):124-129.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 521

TÍTULO DO TRABALHO: Perfil epidemiológico dos óbitos por neoplasias malignas incidentes na cavidade oral de 2012 a 2016, no município de João Pessoa, Paraíba.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: HOMERO MEDEIROS DE OLIVEIRA JUNIOR1; MARLA MIKAELY DANTAS DE MEDEIROS2. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA, JOAO PESSOA - PB - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA, BOA VISTA - RR - BRASIL.

RESUMO:
Objetivos: compreender a evolução da mortalidade por neoplasias malignas incidentes na cavidade oral, incluindo lábios, língua, palato e amigdalas, nos últimos 05 anos, no município de João Pessoa, Paraíba.Método: realizou-se estudo transversal retrospectivo para estimar freqüência de mortalidade por neoplasias malignas incidentes na cavidade oral, incluindo lábios, língua, palato e amígdalas, de 2012 a 2016, estratificando os dados por sexo, faixas etárias e raça/cor; através do banco de dados TABNET-PB, Sistema de Informação de Mortalidade, da secretaria municipal de saúde deste município, que possui atualização semanal.Resultados: a mortalidade, de 2012 a 2016, das neoplasias malignas na cavidade oral foi de 12 usuários por 100 mil habitantes, correspondendo a um total de 94 óbitos. 63 % desses óbitos ocorreram entre homens. Em relação ao acometimento por raça/ cor, identificamos 24,4 % entre brancos, 17% entre negros e 52,6% entre declarados pardos. Na distribuição por faixas etárias, a mortalidade foi maior entre 50-59 anos (25,5%), seguida de 60-69 anos (24,4%) e >80 anos (20,2%). Ocorreram 03 óbitos em pacientes abaixo dos 40 anos.Conclusões: Percebeu-se que os óbitos por este tipo de câncer não aumentaram ao longo dos anos estudados; mesmo estando fortemente relacionado a carga tabagista e tempo de uso do cigarro entre fumantes. No Brasil, segundo o Instituto Nacional do Câncer, as neoplasias malignas da cavidade oral representam a oitava causa de morte entre as neoplasias, principalmente no sexo masculino. Houve, em nosso estudo, maior freqüência entre homens e indivíduos declarados pardos.Bibliografia:DATASUS. Sistema de Informações sobre mortalidade. Disponível em: http://tabnet.saude.pb.gov.br/tabnet/deftohtm.exe?tabdo/sim_estado.def . Acessado em 06/02/2017.INCA. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva ? Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf. Acessado em 09/02/2017.BONFANTE, Gisele Macedo da Silva et al.Sobrevida de cinco anos e fatores associados ao câncer de boca para pacientes em tratamento oncológico ambulatorial pelo Sistema Único de Saúde, Brasil. Cad. Saúde Pública [online]. 2014, vol.30, n.5. MACIEL et al. Morbimortalidade por cânceres da boca e faringe em capitais brasileiras. Revista da AMRIGS, Porto Alegre, 56 (1): 38-45. 2012.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1018

TÍTULO DO TRABALHO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES SUBMETIDOS A VIDEOENDOSCOPIA LARÍNGEA TRANSNASAL COM BIÓPSIA NO HOSPITAL DO CÂNCER DE LONDRINA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CAROLINA FERREIRA BALDECERRA; GUILHERME IRIA FUJITA; ALLEX ITAR OGAWA; MARINEZ KIMURA PERES SILVA; ROGÉRIO AUGUSTO GOMES SILVEIRA. PUC PR LONDRINA, LONDRINA - PR - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVOCaracterizar o perfil epidemiológico dos pacientes submetido à videoendoscopia laríngea transnasal (VLT) com biópsia em um serviço de referência para o tratamento de câncer em Londrina e região. MÉTODOSEstudo retrospectivo, descritivo e observacional baseado nos arquivos do Hospital do Câncer Londrina. Tais informações foram coletadas por meio de prontuários eletrônicos e laudos de VLT do hospital. A população estudada foi composta de pacientes submetidos à VLT no período de 2015 a 2016 e o critério de corte utilizado foi a ausência de resultado anatomopatológico. Os dados coletados foram organizados em uma planilha de Excel para posterior análise. RESULTADOSA pesquisa resultou na coleta de 438 laudos de VLT, dos quais 53 pacientes foram submetidos à biópsia via VLT. Destes, 35 tiveram malignidade confirmada, seja por meio da VLT, laringoscopia de suspensão ou punção aspirativa por agulha fina (PAAF). Dentre os 35 pacientes com malignidade no estudo anatomopatológico, a biópsia foi realizada via VLT em 22 casos (63%), em 4 casos (11%) necessitou-se de nova biópsia por meio da VLT para a constatação de malignidade, em 3 casos (9%) a PAAF evidenciou malignidade e, por fim, 6 casos (17%) necessitaram da laringoscopia de suspensão para comprovação de malignidade. Nos 18 casos restantes, as biópsias realizadas via VLT não demonstraram evidências de malignidade. As regiões acometidas pelo câncer foram: 13 casos (37%) na região da laringe, 12 casos (34%) na orofaringe, 9 casos (26%) na nasofaringe e 1 caso (3%) na hipofaringe. A amostra foi composta por 41 homens (77%) e 12 mulheres (23%), sendo a idade média encontrada de 60,8 ± 15,2, com a mínima de 15 e máxima de 93 anos. Em relação à etnia, 36 pacientes (67,9%) eram brancos, enquanto 17 pacientes (32,1%) eram não brancos. Quanto aos fatores de risco, 69,8% da amostra era tabagista e 37,7% etilista, a presença do papiloma vírus humano (HPV) e refluxo laringofaríngeo não foram possíveis de avaliação. CONCLUSÃOO perfil dos pacientes com lesões suspeitas de malignidade observadas pela VLT no hospital de referência de câncer em Londrina vai ao encontro com dados referentes na literatura quanto aos fatores de risco, gênero e idade. Houve divergência quanto aos locais mais acometidos pelo tumor, uma vez que a incidência do câncer de nasofaringe foi superior ao de hipofaringe na amostra. Outra limitação do estudo foi a falta de dados quanto aos fatores de risco secundários, como HPV e refluxo laringofaríngeo.

CODIGO DO TRABALHO: 1028

TÍTULO DO TRABALHO: POROCARCINOMA ECRINO CERVICAL SIMULANDO METASTASE DE TUMOR PRIMARIO OCULTO - RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANA CAROLINA MONTES RIBEIRO; JONATAS CATUNDA DE FREITAS; LIANDRA RAYANNE DE SOUSA BARBOSA; RAFAELA JUCÁ LINHARES; ALESSANDRA FREIRE DA SILVA; FRANCIEUDO JUSTINO ROLIM; GLEBERT MONTEIRO PEREIRA; FRANCISCO JANUÁRIO FARIAS PEREIRA FILHO. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O porocarcinoma écrino (PC) é uma rara neoplasia de pele que desenvolve-se a partir do acrossiríngeo. Corresponde a aproximadamente 0,005% dos tumores cutâneos, podendo ser um tumor primário ou transformação maligna de um poroma écrino preexistente. Acomete predominantemente mulheres, sendo a faixa etária dos pacientes geralmente acima de 60 anos de idade.Relato: Paciente do sexo feminino, 57 anos, apresentou volumosa massa em topografia infra-auricular esquerda, endurecida, com bordos irregulares, indolor e com ulceração da pele. Foi submetida a procedimento cirúrgico e biópsia por suspeita de metástase cervical de primário oculto de carcinoma espinocelular, sendo o resultado do histopatológico compatível com PC de 8 cm e margens lateral e profunda comprometidas, sendo adotada a conduta de radioterapia adjuvante com vinte e uma sessões totalizando 6000 cGy. A paciente encontra-se bem, sem evidência de doença após 10 meses da conclusão do tratamento.Conclusão: O PC é uma neoplasia rara, com maior incidência no sexo feminino e em pessoas idosas. Os locais mais comuns de acometimento são os membros inferiores e superiores. O diagnóstico precoce da doença é muito importante para evitar o agravamento do quadro e agir rapidamente em busca de melhorar o prognóstico dos pacientes. Por ser uma doença rara é importante a documentação dos casos encontrados para melhor estudar a apresentação clínica e fundamentar a escolha terapêutica.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1435

TÍTULO DO TRABALHO: Prevalência de hipocalcemia no paciente pós-tireoidectomizado em um hospital do sul do Brasil.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ALOYSIO ENCK NETO1; RODRIGO MOMBERGER ROESLER2; CAROLINE MARCELE MACIEL BERGER1; LUCAS GONÇALVES MATTE3; LUCAS ALESSIO PEREIRA3. 1. HOSPITAL ERNESTO DORNELLES, POA, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL (UNISC), NOVO HAMBURGO - RS - BRASIL; 3. HOSPITAL ERNESTO DORNELLES,POA, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo. Determinar a prevalência de hipocalcemia diagnosticada por laboratório (Metodologia. Estudo retrospectivo descritivo que fora realizado no Hospital Ernesto Dornelles compreendendo 56 pacientes submetidos a tireoidectomia no período de janeiro a dezembro de 2015. Resultados. No presente trabalho verificou-se que 30 dos 56 pacientes estudados apresentaram hipocalcemia pós-operatória, representando um total de 53,57% dos casos estudados, destes a média de cálcio total foi de aproximadamente 7,6mg/dl. Com relação ao sexo, no total dos pacientes estudados, tivemos apenas 4 homens e o restante composto de mulheres, totalizando apenas 7,57% dos casos do sexo masculino. No caso dos pacientes que apresentaram hipocalcemia, 25 eram mulheres e 1 era homem, representando um percentual de 96,15% de mulheres que apresentaram hipocalcemia. Já considerando a idade dos pacientes a média foi de 54 anos para ambos os sexos. Dos pacientes com descrição de sintomas relacionáveis a hipocalcemia apenas uma paciente os apresentou, justamente pelo menor valor de cálcio total no pós-operatório (7 mg/dl). Dos 30 pacientes que apresentaram hipocalcemia laboratorial, foram realizados reposição com gluconato de cálcio endovenoso em 21 (70%) pacientes ainda na internação hospitalar, sendo que destes apenas um paciente apresentou sinais clínicos de hipocalcemia. Quanto ao diagnóstico dos pacientes com hipocalcemia pós-operatória verificou-se que a patologia mais comum nos anatomopatológicos fora representado por 25 casos de bócio colóide multinodular representando 44,64% dos pacientes, seguidos por 13 casos de neoplasia papilífera da tireóide, 6 casos de adenomas foliculares, 5 casos de carcinoma folicular e outras patologias menos freqüentes no presente estudo. Pacientes pós-tireoidectomizados apresentam uma significativa chance de desenvolver hipocalcemia no pós-operatório, porem a maioria de forma transitória e assintomática. Os valores encontrados assemelham-se com resultados de estudos em outros hospitais. Conclusão. Nesse momento, ainda não temos uma diretriz normativa ou uma conduta perfeita para o acompanhamento desses pacientes. Portanto mais estudos ainda terão que ser realizados para encontrar a melhor forma ou o melhor custo/benefício para o acompanhamento dos pacientes tireoidectomizados.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2211

TÍTULO DO TRABALHO: Principais diagnósticos histopatológicos obtidos em pacientes submetidos a tireoidectomia em um hospital de ensino da região Norte do Ceará

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: TALLYS DE SOUZA FURTADO; CARLOS ALEFE SOUSA NASCIMENTO; DINA ANDRESSA MARTINS MONTEIRO; LUCAS TADEU ROCHA SANTOS; MIKAELLE LOPES RODRIGUES; DANIEL HARDY MELO; LEILA CARLA DA CUNHA SILVA MAGALHÃES. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC, SOBRAL - CE - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Expor os principais diagnósticos encontrados nos laudos histopatológicos de pacientes submetidos a tireoidectomias totais e parciais. Metodologia: Este estudo caracteriza-se como pesquisa documental, realizado no Departamento de Patologia da Santa Casa de Misericórdia de Sobral entre os anos de 2015 e 2016, no qual foram analisados laudos histopatológicos de tireoidectomias, totais ou parciais, realizadas no referido período. A amostra foi composta por laudos de 83 pacientes, dos quais 5 foram eliminados por apresentarem informações incompletas. Após a obtenção dos dados, os mesmos foram transcritos para um formulário de coleta de dados e tabulados no software Excel. Foram avaliados os dados referentes aos diagnósticos histopatológicos obtidos pelos pacientes. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade estadual Vale do Acaraú sob o número 61077916.0.0000.5053 e recebeu apoio institucional do Departamento de Ensino, Pesquisa e Extensão da Santa Casa de Misericórdia de Sobral. Resultados: Dos 78 pacientes analisados, 14 (17,9%) possuíam o diagnóstico de Adenoma Folicular, 22 (28,2%) possuíam Bócio Adenomatoide, 30 (38,5%) possuíam Carcinoma Papilífero, 5 (6,4%) possuíam Hiperplasia Nodular da tireoide, 4 (5,1%) possuíam Tireoidite de Hashimoto e 3 (3,8%) possuíam outro diagnóstico. Conclusão: Com base nos dados supracitados, o principal diagnóstico obtido foi o de Carcinoma Papilífero, seguido por Bócio Adenomatoide e Adenoma folicular, respectivamente. Tais resultados tornam necessárias ações que visem o diagnóstico precoce e o tratamento de tais afecções, a fim de obter melhores resultados utilizando tratamentos menos invasivos e mais viáveis economicamente. Bibliografia: SILVESTRE, J. C. et al. Perfil Anatomopatológico dos pacientes submetidos a PAAF e tireoidectomia em um laboratório de anatomopatologia em Criciúma/SC. Revista Inova Saúde, Criciúma, v. 3, n. 2, p.130-142, nov. 2014.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 981

TÍTULO DO TRABALHO: RECIDIVA PERINEURAL DE CARCINOSSARCOMA INVADINDO NERVO INFRAORBITAL ATÉ BASE DO CRANIO ? RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCO AUGUSTO SOBREIRA ROCHA FILHO; JONATAS CATUNDA DE FREITAS; GABRIEL SILVA LIMA; ALESSANDRA FREIRE DA SILVA; IGOR ALMEIDA DE OLIVEIRA; FRANCIEUDO JUSTINO ROLIM; RAFAELA JUCÁ LINHARES; MÁRCIO RIBEIRO STUDART DA FONSECA. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A invasão perineural dos tumores de cabeça e pescoço é relativamente comum, correspondendo a taxas de 30 a 50%. As maiores taxas ocorrem nos tumores de base de crânio, de pele e de seios paranasais. Os principais tipos de câncer que evoluem com invasão perineural são o carcinoma escamoso e o carcinoma adenoide cístico, e os principais nervos acometidos são o nervo trigêmeo e o nervo facial. O tumor dissemina para regiões não contíguas do endoneuro e do perineuro, e pode evoluir assintomático, de modo que em algumas situações o paciente se apresenta com função normal do nervo no exame clínico. O diagnóstico em fases iniciais se torna possível com técnicas de imagem, principalmente a ressonância magnética, e deve ser enfatizada a importância do diagnóstico e do tratamento precoce no manejo do paciente com câncer de cabeça e pescoço e câncer de base de crânio, já que a presença de invasão perineural está associada com pior prognóstico e com maior risco de recorrência locorregional.RELATO DO CASO: Paciente de 60 anos, sexo feminino, foi submetida em 2013 à ressecção de lesão de pele em região infraorbital direita, CEC pouco diferenciado, com margens profundas comprometidas. Após 3 anos observou pequeno abaulamento em região infra-orbital direita, endurecido, associado a desvio do globo ocular. A TC e a RNM evidenciaram lesão expansiva envolvendo o nervo infraorbitario seguindo o seu trajeto e alargando o canal infraorbital ate o forame redondo, confirmando a suspeita de recidiva de CEC com invasão perineural do nervo infraorbital ate a base do crânio. Foi submetida a ressecção crânio-facial da lesão através de maxilotomia transantral lateral, acesso crânio-orbito-zigomatico e craniectomia da asa maior do esfenoide e do forame redondo, tornando possivel visualizar e ressecar todo o nervo maxilar e seu ramo infraorbital acometidos por invasão perineural com boa margem de segurança. Para reconstruir foi utilizado placa de titânio. Paciente evoluiu bem, sem complicações. Está completando tratamento com radioterapia.CONCLUSAO: No caso relatado, a invasão perineural da lesão ascendeu até a base do crânio, sugerindo diagnóstico tardio devido ao seu caráter assintomático, o que reitera a necessidade de uma investigação precoce dos tumores de cabeça e pescoço e de suas possíveis complicações. A técnica cirúrgica utilizada possibilitou uma boa evolução do paciente após a ressecção completa do nervo acometido.

CODIGO DO TRABALHO: 1397

TÍTULO DO TRABALHO: RECONSTRUÇÃO ESOFÁGICA ORIGINADO POR TRAUMA COM ARMA BRANCA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: KALIL BRAGA FERREIRA1; PAULA SOTORIVA COELHO2; THIAGO DE SOUZA PERUSSOLO3; JOSÉ LAÉRCIO DE ARAÚJO FILHO3; CAROLINA DA SILVA GOMES3; FABIANA DE SILVA RODRIGUES1; LUIS FERNANDO JUNGES FILHO4; JOSE LUIS SERRANO BARBA4. 1. UNIVERSIDADE NILTON LINS, MANAUS - AM - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA, BOA VISTA - RR - BRASIL; 4. HOSPITAL GERAL DE RORAIMA, BOA VISTA - RR - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOOs traumas cervicais são caracterizados pela elevada complexidade anatômica e enfatizam-se pela alta mortalidade e necessidade de rápida decisão e intervenção. Segundo dados dos E.U.A. aproximadamente 5 a 10% de todos os traumatismos cervicais são perfurantes e mais comuns no sexo masculino, entre adolescentes e adultos jovens. A Lesão traumática do esôfago é decorrente da agressões com armas de fogo e branca, lesando o esôfago em sua porção cervical, torácica e abdominal. A terapêutica almeja assegurar a via aérea, deglutição e fonação.RELATO DE CASOR.B.A., masculino, 21 anos. Ingressou na urgência do Hospital Geral de Roraima vítima de esgorjamento com trauma cervical provocado por arma branca (terçado) com secção de 90% do esôfago, lesão total de laringe, a nível de cartilagem tireoide, além de lesão no segmento de cartilagem aritenóidea bilateral. O feixe vásculo-nervoso cervical não apresentava dano. Na admissão constatou-se paralisia unilateral na corda vocal a esquerda. Paciente encontrava-se eupnéico em ar ambiente (respirava por meio de comunicação das cordas vocais com o ferimento), consciente, estável hemodinamicamente, taquicárdico. Foi realizado cirurgia de emergência para reconstrução das lesões: traqueostomia no terceiro anel traqueal com cânula 8, anastomose terminoterminal do esôfago com fio de sutura mononylon e reparo de extensa abertura em hipofaringe e laringe (aproximação da cartilagem tireóidea por plano com fio vicryl) e colocação de dreno suctor a vácuo. O paciente foi mantido na U.T.I. por 13 dias. Retirou-se o dreno com 10 dias no DPO e realizaram testes de deglutição, sem sinais de fistula esôfágica. No 14 dia foi trocado a cânula plástica pela metálica e encaminhado para enfermaria onde evoluiu sem intercorrências.CONCLUSÃO O diagnóstico precoce e tratamento apropriado são fundamentais para um bom prognóstico. Reconstrução esofágica no trauma é um procedimento complexo pela peculiaridade anatômica. Requer avaliação e ação imediatas. Lesões de laringe são raros comparados com lesões de cabeça e pescoço: 1 para cada 22.900 admissões na emergência. Nesse relato de caso o paciente apresentava trauma laringoesofágica complexa, seccionou o nervo laríngeo recorrente. Apesar da demora a chegada ao pronto socorro, foi tratado cirurgicamente de forma precoce, evoluindo com desfecho favorável.

CODIGO DO TRABALHO: 2642

TÍTULO DO TRABALHO: Relação entre o caráter do procedimento e o tipo de afecção em pacientes submetidos a tireoidectomias em um hospital da Região Norte do Ceará

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DINA ANDRESSA MARTINS MONTEIRO; TALLYS DE SOUZA FURTADO; CARLOS ALEFE SOUSA NASCIMENTO; MIKAELLE LOPES RODRIGUES; LUCAS TADEU ROCHA SANTOS; DANIEL HARDY MELO; LEILA CARLA DA CUNHA SILVA MAGALHÃES. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC, SOBRAL - CE - BRASIL.

RESUMO:
Objetivos: Correlacionar a natureza das tireoidectomias realizadas em um hospital da região norte do Ceará aos tipos de afecções tireoidianas. Metodologia: Estudo do tipo pesquisa documental realizado no setor de Patologia da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, envolvendo laudos histopatológicos de tireoidectomias totais ou parciais realizadas entre os anos de 2015 e 2016. A amostra foi composta por laudos de 83 pacientes, sendo 5 excluídos por prestarem informações incompletas. Os dados foram transcritos em formulário de coleta de dados e tabulados no software excel. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Vale do Acaraú sob o número 61077916.0.0000.5053 e recebeu apoio institucional do Departamento de Ensino, Pesquisa e Extensão da Santa Casa de Misericórdia de Sobral. Resultados: Das 78 tireoidectomias realizadas, 54 (69,2%) foram de caráter total e 24 parcial (30,8%) (retirada apenas de lobo direito, esquerdo, istmo ou da combinação de duas dessas estruturas). Das tireoidectomias totais, viu-se que 25 (46,3%) representavam afecções benignas (como bócio, adenoma e tireoidite) e 29 (53,7%) representavam afecções malignas (carcinoma papilífero e variantes, linfoide e folicular). Já nas parciais, observou-se que 19 (79,2%) tireoides tinham afecções benignas e 5 (20,8%) malignas. Conclusão: A partir de tais dados, nota-se que a maioria das tireoidectomias realizadas foi de caráter total, sendo que afecções malignas foram mais comuns nestas, enquanto afecções benignas predominaram nos procedimentos parciais. Tais dados tornam-se úteis no tratamento de tais afecções, visto que a constatação do caráter benigno ou maligno do acometimento da glândula pode ajudar a direcionar qual o melhor procedimento a ser realizado, reduzindo custos e otimizando o tratamento desses pacientes. Referências: SILVESTRE, J. C. et al. Perfil Anatomopatológico dos pacientes submetidos a PAAF e tireoidectomia em um laboratório de anatomopatologia em Criciúma/SC. Revista Inova Saúde, Criciúma, v. 3, n. 2, p.130-142, nov. 2014.

CODIGO DO TRABALHO: 2318

TÍTULO DO TRABALHO: Relação entre o diagnóstico final e o tamanho dos nódulos encontrados em pacientes submetidos a tireoidectomia em um hospital da Região Norte do Ceará

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CARLOS ALEFE SOUSA NASCIMENTO; DINA ANDRESSA MARTINS MONTEIRO; LUCAS TADEU ROCHA SANTOS; MIKAELLE LOPES RODRIGUES; TALLYS DE SOUZA FURTADO; DANIEL HARDY MELO; LEILA CARLA DA CUNHA SILVA MAGALHÃES. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, SOBRAL - CE - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Relacionar o diagnóstico final obtido pelos pacientes submetidos a tireoidectomia ao tamanho dos nódulos encontrados em tais pacientes. Metodologia: Estudo caracterizado como pesquisa documental, realizado no setor de Patologia da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, no qual foram analisados laudos histopatológicos de tireoidectomias, totais ou parciais, realizadas entre os anos de 2015 e 2016. A amostra foi composta por 83 laudos, dos quais 5 foram excluídos por apresentarem informações incompletas. Os dados foram transcritos e tabulados no software Excel. Foram analisadas as variáveis relacionadas ao Diagnóstico final apresentado pelo paciente e o tamanho dos nódulos obtidos após o procedimento cirúrgico. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade estadual Vale do Acaraú sob o número 61077916.0.0000.5053 e recebeu apoio institucional do Departamento de Ensino, Pesquisa e Extensão da Santa Casa de Misericórdia de Sobral. Resultados: Dos 78 laudos analisados, 41 (52,5%) indicavam a presença de nódulos na peça removida, enquanto 37 (47,5%) atestavam a ausência de nódulos. Dos nódulos encontrados, 19 (46,3%) possuíam menos de 2 cm, 13 (31,7%) possuíam de 2 a 4 cm e 9 (21,9%) possuíam mais de 4 cm. Em relação ao diagnóstico histopatológico, dos 14 (17,9%) que possuíam Adenoma Folicular, 5 (35,7%) tinham nódulos de 2 a 4 cm e 9 (64,3%) não apresentavam nódulos. Dos 22 (28,2%) com Bócio Adenomatoide, 3 (13,6%) apresentavam nódulos menores de 2 cm, 7 (31,8%) de 2 a 4 cm, 2 (9,1%) maiores de 4 cm e 10 (45,5%) não apresentavam nódulos. Dos 30 (38,5%) que possuíam Carcinoma Papilífero, 7 (23,3%) possuíam nódulos menores de 2 cm, 4 (13,3%) de 2 a 4 cm, 2 (6,7%) maiores de 4 cm e 17 (56.7%) não apresentavam nódulos. Os demais nódulos encontrados (11) distribuíram-se entre outros diagnósticos. Conclusão: Observa-se que pouco mais da metade das tireoides removidas possuíam nódulos, sendo que a maioria destes possuía menos de 2 cm. Nódulos menores de 2 cm foram os mais comuns nos casos de Carcinoma Papilífero e Adenoma Folicular. Tais dados tornam-se úteis no rastreamento precoce de tais afecções, visto que o tamanho dos nódulos pode fornecer pistas sobre o diagnóstico e auxiliar no tratamento. Referências: SILVESTRE, J. C. ; SIMOES, P. W. T. A. ; SILVESTRE, A. C. PERFIL ANATOMOPATOLÓGICO DOS PACIENTES SUBMETIDOS À PAAF E TIREOIDECTOMIA EM UM LABORATÓRIO DE ANATOMOPATOLOGIA EM CRICIÚMA/SC. Inova Saúde , v. 3, p. 130-142, 2014.

CODIGO DO TRABALHO: 3050

TÍTULO DO TRABALHO: Relato de Caso: Divertículo de Zenker

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DÉBORA LOPES GONÇALVES1; CLÓVIS HENRIQUE NAPOLEÃO2; PLÍNIO AUGUSTO MOREIRA FONSECA2; THAMIRIS VILAS BOAS NEVES3; STEFANO TERSARIOLLI MUTO3; LARISSA GONÇALVES DOS SANTOS3; EMILENE VALIM DOS SANTOS SILVEIRA3; GABRIELA DIAS SIQUEIRA LOPES3. 1. UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSARIO VELLANO, ALFENAS - MG - BRASIL; 2. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALZIRA VELANO, ALFENAS - MG - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO, ALFENAS - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O Divertículo de Zenker, é uma doença rara, que corresponde a uma evaginação da mucosa e submucosa do esôfago posterior por área de fraqueza entre as partes tireofaríngea e cricofarínega do músculo constritor inferior da faringe. Descrito pela primeira vez em 1764 por Abraham Ludlow e revisado pelo patologista alemão Zenker em 1879. O tratamento cirúrgico, consiste em uma diverticulectomia por cervicotomia, podendo ser associada à miotomia do cricofaríngeo, Nesse relato vamos discutir um caso de um paciente de 62 anos, no qual foi realizada uma diverticulectomia após diagnóstico por Esofagogramabaritado. CASO CLÍNICO: C.P.D, 62 anos, masculino. Apresentava disfagia como principal queixa, além de regurgitação, halitose, vômitos alimentares, disfonia e tosse pós-prandial. Solicitado esofagogramabaritado, sendo constatado o diagnóstico de divertículo faringoesofágico. A cirurgia proposta foi uma parotidectomia esquerda sob anestesia geral. Durante procedimento cirúrgico foi realizado incisão cervical longitudinal em lado esquerdo, abertura dos planos e isolamento do Nervo Facial e seus ramos e do Nervo Laríngeo Recorrente, sem lesioná-los. Após isolar o divertículo, foi realizado exérese e colocado tubo para dreno, com reparação da área e hemostasia com manobra de Valsalva. Foi colocado dreno laminar número 1 com excisão cirúrgica e fechamento dos planos, além de sutura e curativos. Paciente encontra-se bem após cirurgia, sem complicações pós-operatória. CONCLUSÃO: Apesar de rara ocorrência é fundamental a investigação por imagem, em casos de disfagia, halitose e regurgitação, principalmente em idosos, sendo essa a faixa etária mais afetada pela doença, como no caso descrito.O diagnóstico precoce evitaria as complicações causadas pelo aumento da massa, como obstrução do esôfago e broncoaspirações. REFERÊNCIAS: Clinical Gastroenterology and Hepatology, Volume 12, Issue 11, November 2014, Pages e111-e112.

CODIGO DO TRABALHO: 2395

TÍTULO DO TRABALHO: Relato de Caso: Hiperparatireoidismo Secundário com Tumor Marrom

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PAULO CESAR DA SILVA AZIZI1; EVANDRO DE MORAES E SILVA2; PAULO CESAR ALVES AZIZI1; NICOLE BRAZ CAMPOS3. 1. UNIFOA, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; 2. UNIFOA, VOLTA REDONDA - RJ - BRASIL; 3. UNIFOA, CRUZEIRO - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO:O tumor marrom é uma lesão focal de células gigantes associada ao hiperparatireoidismo primário ou secundário. Recebe esse nome devido ao aspecto macroscópico que as lesões intra-ósseas apresentam, de coloração amarronzadas, em decorrência da intensa hemorragia e do depósito de hemossiderina. É característica do hiperparatireoidismo primário, no entanto casos associados à insuficiência renal crônica (IRC) estão sendo relatados com maior frequência, representando uma forma extrema da osteodistrofia renal. É mais comum em ossos longos, costelas e pelve, mas pode ocorrer em qualquer osso, inclusive maxila e mandíbula, cujas lesões são raras. As lesões são causadas pelo aumento da produção e liberação do paratormônio (PTH), levando ao aumento da reabsorção de cálcio dos ossos. Com o constante sequestro de cálcio, ocorre a formação de um tecido de reparação, que aumenta de tamanho gradativamente.O diagnóstico é feito por meio de exames radiológicos, histopatológicos do tumor, além de exames de sangue como o aumento dos níveis de cálcio e fosfatase alcalina.O tratamento deve visar resolver o hiperparatireoidismo, por meio de cirurgia (primário) ou do tratamento da desordem de base (secundário).RELATO DE CASO:E.S.G., masculino, 50 anos, negro, apresenta-se com insuficiência renal crônica em hemodiálise, queixando-se de dor e deformidade ósseas, além de tumoração no palato duro, com episódios de sangramento.Os exames laboratoriais mostravam elevados níveis de paratormônio (PTH) de 1392 pg/ml e cálcio livre (10,8). Ultrassonografia do pescoço mostrou aumento das quatro glândulas paratireóides. Ao exame oral: tumoração friável em topografia de palato duro, compatível com tumor marrom.CONCLUSÃO:O tumor marrom maxilar pode se desenvolver em pacientes com IRC e simular neoplasia óssea, devendo ser feito o diagnóstico diferencial dos tumores ósseos desses pacientes. O controle do hiperparatireoidismo é mandatório e pode ser alcançado com paratireoidectomia total.

CODIGO DO TRABALHO: 423

TÍTULO DO TRABALHO: Relato de Caso: Histiocitoma Fibroso Benigno

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: VITOR TELLES FARIA; ANDRÉ ARMANI. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ - CÂMPUS LONDRINA, LONDRINA - PR - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O histiocitoma fibroso acomete comumente a pele, sendo um tumor heterogêneo, predominando as fibras de colágeno. Pode-se observar o índice mitótico, que geralmente é baixo, não determinando malignidade. Entre as alterações verificadas na epiderme por esse tipo de tumor, a principal é a ulceração dessa camada. Raramente acometem a mucosa da boca e da orofaringe, tendo poucos casos descritos em base da língua. Quando ocorrem na base da língua, as principais queixas são odinofagia, otalgia e disfagia. O diagnóstico do histiocitoma fibroso benigno é impossível apenas com a análise clínica. É mandatório o exame histológico, sendo a única forma de confirmar a benignidade da lesão. Há pequeno risco de recorrência após a excisão completa desse tipo histológico.Relato do Caso: JAP, 69 anos, gênero masculino, caucasiano, tabagista, ex-etilista. Procura atendimento com episódio de escarros hemoptoicos, há 20 dias associado a rouquidão, negando disfagia, dispneia e dores. À oroscopia foi possível observar lesão de 4cm, exofítica, pediculada, regular e com mucosa íntegra na linha média da base da língua. Ausência de linfonodos locais palpáveis. Na videofaringolaringoscopia apresenta lesão na linha média da base da língua, laringe sem lesões. À tomografia, foi constatada lesão vegetante, bem delimitada, pediculada e regular, em base de língua, medindo cerca de 4cm, glândula tireoide tópica e sem nódulos. Indicada exérese da lesão sob anestesia geral. Cirurgia sem intercorrências com boa evolução pós-operatória e melhora dos sintomas. Anátomo-patológico revelou neoplasia fusocelular com células atípicas, linfócitos e plasmócitos de permeio. A imuno-histoquímica demonstrou histiocitoma fibroso benigno, com ausência de critérios de malignidade.Conclusão: Deve ser realizado minucioso exame físico quando surgirem quaisquer evidências de um quadro sugestivo de lesão em língua móvel ou em sua base, principalmente em pacientes com fatores de risco evidentes para esse tipo de lesão. Deve-se realizar o diagnóstico diferencial de lesão em linha média posterior da língua, com neoplasias malignas de glândulas salivares, tireóide lingual, cisto do ducto tireoglosso, teratoma, neurofibroma, deposição de amiloide no mieloma múltiplo, sarcomas, linfomas, histiocitoma fibroso maligno e alguns tumores benignos.Objetivo: Apresentar um caso raro de histiocitoma fibroso benigno, objetivando atentar o profissional de saúde para os possíveis diagnósticos diferenciais.

CODIGO DO TRABALHO: 406

TÍTULO DO TRABALHO: RELATO DE CASO: RECIDIVA EM TRAQUEOSTOMA DE NEOPLASIA DE LARINGE

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOÃO AUGUSTO DOS REIS GUERRA1; STEPHANIE JAUQUIN DE ABREU2; ELISA GIRARDI HYPOLITO2; ANA LUIZA RIBAS BRAGA BETTEGA2; MARIA EDUARDA COMIN CARDOSO2; STEFÂNIA DALL?AGNO DEMORI2; LEONARDO GETÚLIO PIOVESAN3. 1. UNOESC - UNIVERSIDADE DO OESTE DE SANTA CATARINA, JOAÇABA - SC - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL, CANOAS - RS - BRASIL; 3. UNIVALI - UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ, ITAJAÍ - SC - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Dentre os tumores de cabeça e pescoço, a laringe é o sítio de maior ocorrência de neoplasias. O tumor laríngeo, com maior incidência no sexo masculino, pode acometer as três porções do órgão: supraglótica, glote e subglote. A sintomatologia da doença está relacionada com a localização da lesão, sendo a disfagia, disfonia e dispnéia os sintomas mais frequentes. Quanto ao tipo histológico, o mais prevalente é o carcinoma epidermóide. Esse trabalho visa ressaltar os achados clínicos, histológicos e radiológicos mais importantes na suspeita de recidiva de neoplasia de laringe em traqueostoma.RELATO DO CASO: Paciente masculino, 57 anos, procurou atendimento médico por dor e sangramento ao redor da traqueostomia. Paciente com história prévia de neoplasia de laringe; realizado laringectomia total associado à radioterapia, há 02 anos; etilismo e tabagismo, sem outras comorbidades. Ao exame físico, apresentava lesão peritraqueostoma, roncos esparsos em ambos os pulmões, demais inalterado. A Tomografia Computadorizada de Tórax apresentava lesão expansiva com densidade de partes moles localizada à direita (D) da traquestomia, cranialmente à clavícula proximal D, que mede no plano axial cerca de 3,9 x 2,7 cm, provavelmente relacionada a lesão neoplásica recidivada; a lesão expansiva na região cervical inferior não compromete as estruturas vasculares proximais; sem outras alterações. Realizou-se ressecção da lesão. O anátomo-patológico da peça cirúrgica mostrava carcinoma epidermóide queratinizante moderadamente diferenciado, úlcero-infiltrativo, medindo 5,0 x 2,0 x 3,0 cm, invadindo traqueostoma e pele adjacente, tecido subcutâneo e músculo esquelético; invasão perineural presente; invasão vascular angiolinfática não detectada; cartilagem traqueal sem evidências de neoplasia; neoplasia atinge limite cirúrgico profundo e uma das bordas da peça. Paciente foi internado na UTI por sangramento pós-procedimento cirúrgico, sendo manejado clinicamente.CONCLUSÃO: Mesmo com tratamento cirúrgico associado à radioterapia, pode haver recorrência do tumor laríngeo. A recidiva na área do traqueostoma em pacientes laringectomizados é uma grave complicação do carcinoma epidermóide de laringe. O estadiamento da doença, o local do tumor, a invasão infraglótica, as margens cirúrgicas diminutas na traquéia após laringectomia, a invasão tireoidiana pelo tumor e as metástases linfonodais paratraqueais são elementos que podem estar associados com a recidiva.

CODIGO DO TRABALHO: 2760

TÍTULO DO TRABALHO: Relato de Caso: Tumorações em couro cabeludo. Cilindroma?

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PAULO CESAR DA SILVA AZIZI1; PAULO CESAR ALVES AZIZI1; NICOLE BRAZ CAMPOS2; JORGE LUIZ MORAES TESCH3. 1. UNIFOA, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; 2. UNIFOA, CRUZEIRO - SP - BRASIL; 3. UNIRIO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO:O cilindroma é uma neoplasia benigna incomum, de anexos cutâneos, que se manifesta freqüentemente como lesão única, pequena, róseo-avermelhada, usualmente indolor, de ocorrência esporádica, situada, em 90% dos casos, no couro cabeludo, na face ou no pescoço. Casos com lesões múltiplas são hereditários, com transmissão autossômica dominante de penetrância incompleta, e se traduzem por nódulos lisos, de contornos arredondados e tamanhos variados, situados no couro cabeludo e, ocasionalmente, na face, mais raramente no tronco e nas extremidades; quando praticamente todo o couro cabeludo é acometido, fala-se em "tumor em turbante".O diagnóstico é dado através da histopatologia para que ocorra a diferenciação da lesão, com outros tumores de couro cabeludo e com características semelhantes. Relato de Caso:J. S. A., feminino, 35 anos, atualmente grávida (6 meses de gestação), procurou o serviço de cirurgia com dois tumores localizados em couro cabeludo, com passado de Leucemia, onde estava previsto o transplante de medula óssea, o qual não ocorreu devido à gravidez inesperada.Ao exame:Tumores (2) com características de cilindroma, de aproximadamente 5cm de diâmetro, lisos, de consistência firme, cor rósea, localizados em região frontal e parietal direitas no couro cabeludo.Ultrassonografia dos cistos mostrou-se inconclusiva.CONCLUSÃO:A paciente foi encaminhada paro o serviço de cirurgia do hospital Gaffré e Guinle, para retirada dos cistos cirurgicamente para que estes sejam encaminhados à histopatologia para confirmação de sua origem etiológica, onde espera-se a confirmação da suspeita clínica de cilindromas.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1431

TÍTULO DO TRABALHO: RESSECÇÃO CIRÚRGICA DE ANGIOSSARCOMA CUTÂNEO DA FRONTE: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DÉBORA SANTOS RODRIGUES; THAÍS NATÁLIA DE ALMEIDA; ANDRÉ ARMANI. PUCPR, LONDRINA - PR - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoAngiossarcomas cutâneos são um subtipo raro de sarcoma, sendo menos de 2% dos sarcomas de partes moles. Neoplasia de origem endotelial e linfática, tem um prognóstico ruim, com sobrevida de 10 a 15% em 5 anos e principal local de metástase à distância é o pulmão. Podem afetar qualquer localidade anatômica, como tronco e extremidades, sendo mais comum fronte e couro cabeludo. Dentre os fatores de risco, podemos citar a radiação da pele muitas vezes em cenário de câncer prévio ? pós-radioterapia, exposição ao dióxido de arsénio, cloreto de polivinilo e de tório, linfedema crônico e síndromes familiares. O estadiamento é baseado no American Joint Committe on Cancer (AJCC) e o tratamento ideal é ressecção cirúrgica completa com margens oncológicas. Na impossibilidade de ressecção completa ou em casos de maior agressividade, o uso de radioterapia e quimioterapia está indicado. Quando a doença já é extensa no diagnóstico, indicando a impossibilidade de ressecção total, o prognóstico é mais grave. A maior incidência do angiossarcoma cutâneo na pele da face e couro cabeludo torna o tratamento inicial um verdadeiro desafio cirúrgico.Relato do casoPaciente masculino, 72 anos, apresenta-se com lesão de pele em fronte com início há 4 meses, caracterizada por aumento progressivo e sem sintomas de dor ou prurido associados. Lesão elevada, móvel, angiomatosa, sem ulceração de cerca de 8cm na pele em região da fronte e couro cabeludo. Como antecedentes pessoais apresentava hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 e cirurgia ortopédica no pé. Foi realizada biópsia da lesão, que revelou angiossarcoma primário cutâneo, bem diferenciado. Optado por tratamento cirúrgico inicial. Na cirurgia as margens laterais de 2 cm, profunda no músculo esquelético e periósteo mantido. Optado pela cicatrização em segunda intenção. Paciente evoluiu bem no pós-operatório, mas necessitou de uma segunda cirurgia para cobrir uma pequena área de necrose do periósteo. No relatório anatomopatológico da peça, foi descrito neoplasia maligna desde derma papilar profundo, infiltrado tecido muscular esquelético, áreas tipicamente vasculares e sólidas e margens livres, tendo como diagnóstico um angiossarcoma cutâneo.Conclusão Angiossarcoma é um tipo raro de tumor, maligno e agressivo. O caso relata um homem sem antecedentes considerados fator de risco, que vem com uma lesão de rápida progressão em fronte. O exame anatomopatológico é importante para avaliar margens e definir tipo do tumor.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 998

TÍTULO DO TRABALHO: RESSECÇÃO CR NIO FACIAL DE MELANOMA MUCOSO DE CAVIDADE NASAL ? RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LIANDRA RAYANNE DE SOUSA BARBOSA; JONATAS CATUNDA DE FREITAS; GABRIEL SILVA LIMA; ANA CAROLINA MONTES RIBEIRO; RAFAELA JUCÁ LINHARES; BRUNO MENDES SEGUNDO; IGOR ALMEIDA DE OLIVEIRA; MÁRCIO RIBEIRO STUDART DA FONSECA. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO?Melanoma nasal tem sido reconhecido como um agressivo, associado a um curso imprevisível, prognóstico geral ruim de 17% a 30%, independente do tratamento. O início dos sintomas frequentemente é insidioso, então pacientes geralmente apresentam doença tardia e avançada. Tratamento deve incluir cirurgia radical quando possível. Recorrência local é comum, a qual a radioterapia pode controlar, mas não parece afetar a sobrevida global.RELATO DE CASO: Paciente de 74 anos procurou atendimento médico devido aparecimento de epistaxe de repetição e obstrução nasal a direita. Ao exame físico apresentava lesão exofítica saindo pela narina direita, abaulamento em dorso nasal e desvio lateral de órbita direita, com perda de acuidade visual. Foi submetido à biópsia incisional transnasal que evidenciou melanoma mucoso. A TC de face mostrava lesão expansiva em parede medial de seio maxilar direito invadindo etmóide, parede medial da órbita direita e septo nasal. A investigação de metástases a distância que não evidenciou doença a distância. Paciente foi submetido à rinectomia total, exenteração de órbita ampliada para teto e etmoide. Realizou radioterapia adjuvante. Apresentou recidiva local 8 meses após conclusão do tratamento e antes que pudesse ser reabordado foi descoberto múltiplas metástase pulmonares, sendo indicado quimioterapia paliativa.CONCLUSAO: Apesar do melanoma mucoso apresentar prognóstico ruim, a cirurgia associada à radioterapia é a melhor opção de controle da doença, devendo ser indicada aos pacientes que não apresentem metástases à distância ou doença irressecável.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 963

TÍTULO DO TRABALHO: RESSECÇÃO CRANIO FACIAL DE TUMOR DE PELE AGRESSIVO EM PACIENTE IMUNOSSUPRIMIDO ? RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GABRIEL SILVA LIMA; JONATAS CATUNDA DE FREITAS; ALESSANDRA FREIRE DA SILVA; IGOR ALMEIDA DE OLIVEIRA; EDILSON ROZENDO DE SOUSA NETO; FRANCIEUDO JUSTINO ROLIM; RAFAELA JUCÁ LINHARES; MÁRCIO RIBEIRO STUDART DA FONSECA. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A terapia imunossupressora prolongada permitiu uma elevação acentuada na sobrevida de pacientes submetidos a transplantes de órgãos. Por outro lado, a modulação dos mecanismos de resposta imune, tornou tais pacientes suscetíveis a diversas dermatoses, sobretudo de origem infecciosa. Entretanto, o câncer de pele também têm sua incidência bastante elevada entre aqueles submetidos à terapia imunossupressora, sendo a neoplasia mais frequente no grupo. Relatamos o caso de um paciente que apos transplante hepático apresentou cancer de pele invasivo em região frontal.RELATO DO CASO: Paciente, sexo masculino, 55 anos, diabético, procura atendimento por lesão úlcero-vegetante em região frontal, além de outra lesão, em região nasal, eritemato-descamativa. Havia realizado transplante hepático há 3 anos, por cirrose alcóolica, e transplante renal há 7 anos, por IRC secundária ao uso de AINES. Fazia uso de Myfortic (3cp/dia), Tacrolimus(3cp/dia) e Prednisona (5mg/dia), além de Anlodipino, Furosemida, Insulina NPH, Isoniazida e Omeprazol. A biópsia das lesões demonstrou carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado. Foi então realizada a ressecção tumoral em região frontal associada à rotação de retalho de escalpe e ressecção da lesão nasal com preservação da cartilagem do nariz e rotação de nasogeniano pedunculado. A peça cirúrgica nasal teve dimensões de 3cm x 2,8cm x 0,6cm com lesão ulcerada de 1,2cm no maior eixo, apresentando margens livres ao histopatológico. A peça frontal mediu 7cm x 6cm, com lesão ulcerada de 3cm x 3,5cm, também com margens livres ao histopatológico.CONCLUSÃO: Estima-se que 50% dos pacientes brancos, após 20 anos de transplante, desenvolvam algum câncer de pele, o que reforça a importância do exame dermatológico e a necessidade de acompanhamento periódico dos pacientes transplantados. O tratamento precoce dessas lesões, que podem se apresentar inicialmente com dimensões mínimas, pode reduzir a morbi-mortalidade consideravelmente no grupo de pacientes imunossuprimidos.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 971

TÍTULO DO TRABALHO: RESSECÇÃO CRANIO FACIAL DE TUMOR DE PELE AGRESSIVO EM PACIENTE PORTADOR DE XERODERMA PIGMENTOSO ? SERIE DE CASOS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ALESSANDRA FREIRE DA SILVA; JONATAS CATUNDA DE FREITAS; IGOR ALMEIDA DE OLIVEIRA; ANA CAROLINA MONTES RIBEIRO; EDILSON ROZENDO DE SOUSA NETO; BRUNO MENDES SEGUNDO; GABRIEL SILVA LIMA; MÁRCIO RIBEIRO STUDART DA FONSECA. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇAO: Xeroderma Pigmentoso é uma doença rara, de herança autossômica recessiva e que consta em um defeito no reparo do DNA danificado pela exposição aos raios UV. Por isso, esses pacientes apresentam altas taxas de incidência de tumores basocelulares e espinocelulares na pele e, se as medidas de fotoproteção não forem feitas rigorosamente, podem evoluir para formas mais graves de câncer de pele.CASO 1: Paciente do sexo masculino, 22 anos, portador de xeroderma pigmentoso, com história prévia de várias neoplasias de pele tratadas cirurgicamente foi encaminhado o Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço HUWC devido lesão de pele em pavilhão auricular direito com invasão do conduto auditivo, membrana timpânica e orelha média, CBC. Foi submetido a ressecção ampla do pavilhão auricular direito, conduto auditivo e mastoidectomia com preservação do n. facial + esvaziamento cervical de oportunidade dos níveis II, III, retroauricular e suboccipital direito. Foi realizada reconstrução com retalho do músculo temporal direito. Paciente evoluiu bem, sem complicações pós-operatórias. Continua em seguimento 11 meses apos a cirurgia, sem evidencia de recidiva.CASO 2: Paciente do sexo masculino, 12 de anos, foi submetido a Exenteracao alargada de orbita direita, amputação da pirâmide nasal, ressecção da base anterior central do crânio com ressecção do osso frontal por carcinoma espinocelular cutâneo. A reconstrução foi realizada com telas de titânio, retalho de músculo temporal para preencher a cavidade orbitaria e retalho de avanço de escalpo para corrigir o defeito, ficando uma parte do pericrânio exposto para correção em segundo tempo da reconstrução. O orifício nasal foi coberto com o retalho de escalpo e foi realizada traqueostomia. O paciente evoluiu sem complicações no pós-operatório e foi submetido ao segundo tempo da reconstrução para cobertura da área do pericrânio exposta, com rotação do retalho redundante de escalpo de volta à área doadora, enxerto de pele e realização de abertura do orifício nasal. . Fez radioterapia adjuvante e encontra-se bem há 24 meses do tratamento sem evidência de doença.CONCLUSAO: As neoplasias de pele tem crescimento lento e de comportamento pouco agressivo, porém quando negligenciado pelo paciente pode crescer e invadir planos profundos, sendo necessário procedimentos cirúrgicos mais agressivos para obter a cura.

CODIGO DO TRABALHO: 2383

TÍTULO DO TRABALHO: Ressecção de neurofibroma solitário volumoso de pescoço

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ORLANDO HIROSHI KIONO SIQUEIRA; ANGELA CRISTINA GOUVÊA CARVALHO; LARRI VIEIRA JUNIOR; LUCIANA MORAIS RABELO; MARIA MADUREIRA MURTA. UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, NITERÓI - RJ - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃONeurofibromas são tumores benignos originados pelo processo de proliferação de fibroblastos perineurais e das células de Schwann, na bainha das células nervosas periféricas. Sua apresentação pode ser através de tumores isolados ou em forma sindrômica com múltiplos nódulos cutâneos, como ocorre na neurofibromatose tipo I.Neurofibroma solitário é um neurofibroma localizado que ocorre em pacientes que não possuem neurofibromatose tipo 1. Tal tumor geralmente possui crescimento lento, indolor e desencadeia poucos sintomas. Pode se apresentar como pápula, nódulo ou pólipo no tecido celular subcutâneo. Seu tratamento é eminentemente cirúrgico.RELATO DE CASOPaciente branco, sexo masculino, 37 anos de idade, procurou atendimento no Hospital Universitário Antônio Pedro em agosto de 2012, referindo ?massa? cervical, localizada na região latero-anterior esquerda do pescoço, com crescimento progressivo há cerca de um ano e indolor. Realizou PAAF, que foi compatível com neurofibroma e os exames hematológicos não apresentaram alterações. Realizou-se cervicotomia na borda anterior do músculo esternocleidomastoideo esquerdo, com exérese do tumor. Sua localização era latero-posterior à artéria carótida comum e à veia jugular interna. Possuía dimensões de 10,5 x 9,0 x 5,0 cm. O exame histopatológico confirmou neurofibroma.CONCLUSÃONeurofibroma solitário de pescoço são raros e podem mimetizar tumores de parótida. O diagnóstico pré-operatório pode ser difícil mesmo com uma avaliação clínica minuciosa. O tratamento considerado padrão ouro é a ressecção cirúrgica, como adotado no caso relatado.

CODIGO DO TRABALHO: 1314

TÍTULO DO TRABALHO: Ressecção radical de Sarcoma de Ewing extra-ósseo em região cervical esquerda

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: EUCLIDES JOSE NUNES JUNIOR1; LEONIDAS LOPES AZEVEDO1; PRISCILA PADUA1; JOAO GABRIEL ROMERO BRAGA1; FILIPPO AMOROSINO DALLOUL1; AYDER ANSELMO FERREIRA VIVI2; AYDER ANSELMO GOMES VIVI1; MARIA CLARA VIVI3. 1. FACULDADE DE MEDICINA DE CATANDUVA, CATANDUVA - SP - BRASIL; 2. FACULDADE DE CIENCIAS DA SAUDE DE BARRETOS, BARRETOS - SP - BRASIL; 3. FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ, JUNDIAI - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOA família de tumores de Ewing compreendem um espectro de neoplasias de células neuroectodérmicas primitivas. Têm localização preferencialmente óssea. O Sarcoma de Ewing de localização Extra-óssea (SEE) tem baixa incidência, com cerca de 1,1% do total. Dentro destes, apenas 6 a 11% afetam a cabeça e pescoço.O diagnóstico é feito com base em características histopatológicas e imuno-histoquímicas. Métodos de imagem geralmente não mostram sinais específicos.RELATO DE CASO Paciente A.T.L.S., 27 anos, sexo feminino, deu entrada no serviço de Oncologia do Hospital Padre Albino, em Fevereiro de 2016, com grande massa cervical a esquerda, de consistência pétrea e infiltrativa, com cerca de 6 meses de evolução. Conjuntamente, apresentava a Síndrome de Claude Bernard Horner à Esquerda; dor no Membro Superior Esquerdo, rouquidão, dispneia ao decúbito dorsal e disfagia leve. Durante a investigação foi submetida a 2 punções diagnósticas, 1 PAAF e 1 Core Biopsy, com resultados ?inconclusivos para neoplasia maligna?. Na Tomografia Computadorizada da região cervical, a lesão estendia-se da mastoide esquerda, passando pelo lóbulo auricular, ângulo da mandíbula, linha média do pescoco, desviando e comprimindo a traqueia para o lado oposto.Diante disso, optou-se pela ressecção cirúrgica, que contou com ampla ressecção do tumor, onde sacou-se o lobo esquerdo da tireoide, parede lateral esquerda do esôfago, porção lateral dos 2 aneis traqueais localizados logo abaixo da cricoide, toda musculatura do pescoço a esquerda. Foi esqueletizada a carotida comum esquerda, com dissecção de forma transtumoral, com adventícia e luz preservada.No estudo anátomo-patológico evidenciou-se neoplasia maligna de pequenas células, redondas, azuis, medindo 10,0 x 5,0 x 5,0cm. Imuno-histoquímica compatível com infiltração por Sarcoma de Ewing em tecido fibroadiposo.A paciente evolui atualmente em ótimo estado geral, no oitavo mês pós operatório, tendo como sequelas cirúrgicas a manutenção da Síndrome de Claude Bernard Horner e rouquidão.Conclusão Devido a raridade do tumor em estudo,foram difíceis as referências para levantamento de dados comparativos. Quanto ao nosso relato de caso, a ausência de diagnóstico com as punções no início da investigação, levou à decisão cirúrgica que, apesar de arriscada devido a localização e tamanho do tumor, foi concluída com sucesso, com excelente evolução pós operatória até o devido momento.

CODIGO DO TRABALHO: 1035

TÍTULO DO TRABALHO: RETALHO DE MCGREGOR PARA RECONSTRUIR MENTO ? RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCO AUGUSTO SOBREIRA ROCHA FILHO; JONATAS CATUNDA DE FREITAS; NATÁLIA ALMEIDA FALCÃO COSTA; ALESSANDRA FREIRE DA SILVA; IGOR ALMEIDA DE OLIVEIRA; FRANCIEUDO JUSTINO ROLIM; GLEBERT MONTEIRO PEREIRA; FRANCISCO JANUÁRIO FARIAS PEREIRA FILHO. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOO retalho têmporofrontal (RTF) ou retalho frontal com base temporal, conhecido como retalho de McGregor, é por definição um retalho miocutâneo pediculado, fundamentalmente irrigado pela artéria temporal superficial, ramo da artéria carótida externa. A sua viabilidade é mantida por uma conexão vascular temporária ou definitiva. A literatura afirma que este tipo de retalho pode ser utilizado para um grande número de reconstruções no segmento cabeça e pescoço além da cavidade orbitária, como a região geniana, jugal, assoalho da boca, etc. O fator complicador de sua utilização é a deformidade estética acarretada no paciente, principalmente nos jovens. RELATO DO CASO Paciente de 65 anos, submetido à pelveglossomandibulectomia, esvaziamento seletivo I-III bilateral e radioterapia adjuvante por CEC G3 de assoalho de boca T2N0 há 2 anos, evoluiu com lesão ulcerada em pele de mento com extensão até mucosa labial, que a biópsia revelou ser recidiva do CEC. Foi submetido à nova ressecção e reconstrução com retalho deltopeitoral direito, que apresentou infecção e necrose. No 10o PO foi submetido a debridamento cirurgico do bakangian, retorno do bakangian e confecção de Retalho McGregor pediculado. Após 3 semanas foi realizado o segundo tempo do retalho com secção do pedículo. Paciente encontra-se bem, há um ano do tratamento sem evidência de doença, e com resultado funcional e estético bastante aceitável. A área pilosa capilar do retalho reconstruiu a região do mento, permitindo uso de barba para disfarçar o defeito cirúrgico. CONCLUSÃOApesar de considerado por muitos apenas como de valor histórico, em situações de exceção nas quais outras opções de reconstrução não são possíveis, o RTF ou retalho frontal de McGregor constitui ainda uma alternativa segura e eficaz para o reparo de defeitos complexos envolvendo a região da face e cavidade oral.

CODIGO DO TRABALHO: 1004

TÍTULO DO TRABALHO: RETALHO SUPRACLAVICULAR PARA RECONSTRUÇÃO DE ASSOALHO DE BOCA - RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RAFAELA JUCÁ LINHARES; JONATAS CATUNDA DE FREITAS; GABRIEL SILVA LIMA; LIANDRA RAYANNE DE SOUSA BARBOSA; ANA CAROLINA MONTES RIBEIRO; FRANCIEUDO JUSTINO ROLIM; IGOR ALMEIDA DE OLIVEIRA; MÁRCIO RIBEIRO STUDART DA FONSECA. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇAO: O retalho supraclavicular vem se mostrando uma boa opção aos retalhos livres e locais tradicionais. O pedículo supraclavicular se origina dos vasos cervicais transversos. As vantagens desse retalho são a possibilidade de uma reconstrução oncológica funcional, com morbidade mínima na área doadora, a boa confiabilidade de vascularização, a rapidez e facilidade de confecção e a sua versatilidade, representando uma boa opção para reconstrução em vários níveis, como de pele da face e pescoço, regiões do trato digestivo e, como descrito no caso, assoalho bucal. Relatamos o caso de um paciente com recidiva de CEC na língua tratado com uso de retalho supraclavicular.RELATO DO CASO: Paciente do sexo masculino, 69a, apresentou recidiva local de CEC língua. Havia sido tratado em 2009 com glossectomia parcial direita, esvaziamento cervical supraomohioideo D e reconstrução com retalho miocutaneo peitoral e radioterapia e em 2011, após recidiva cervical a direita, sendo submetido a esvaziamento cervical radical ampliado à direita, incluindo pele e clavicula D e reconstrução com retalho miocutaneo peitoral, e novamente raditerapia. Evoluiu em 2016 com recidiva em lingua oral sendo submetido à glossectomia total, esvaziamento cervical supraomohioideo esquerdo e reconstrução com retalho supraclavicular. Apesar do sitio cirurgico ter sido irradiado duas vezes, teve excelente recuperação, recebeu alta hospitalar no 5o dia pos operatório e evolui ate o momento sem sinais de deiscência ou fistula. Já aceitando dieta oral.CONCLUSAO: O retalho supraclavicular é uma opção segura para reconstruir cavidade oral, sem grandes sequelas ao paciente e sem aumentar tempo cirúrgico ou de internação hospitalar, devido a sua execução, baixa morbidade, bons resultados estéticos e funcionais e baixa morbidade na área doadora.

CODIGO DO TRABALHO: 674

TÍTULO DO TRABALHO: Rotação de Retalho Pediculado Temporofrontal para Carcinoma Epidermóide de Mucosa Jugal

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MYRA JUREMA DA ROCHA LEÃO1; RENATA D` ANADRADA TENÓRIO ALMEIDA SILVA2; MARIA CLARA MOTTA BARBOSA VALENTE3. 1. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ, MACEIO - AL - BRASIL; 2. SCMM, MACEIÓ - AL - BRASIL; 3. UNCISAL, MA - AL - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O carcinoma epidermoide é uma neoplasia maligna que se origina no epitélio de revestimento, sendo considerada a neoplasia maligna mais comum nesta região, além disso, corresponde a cerca de 90 a 96% dos cânceres de boca. Apresenta-se como uma massa tumoral geralmente caracterizada por aspecto crateriforme, que, muitas vezes, pode dificultar o diagnóstico. Possui maior predileção pelo sexo masculino, a partir da sexta década de vida, sendo a língua o sítio mais comum (44%), em pacientes mais jovens, e a mucosa jugal em pacientes acima de 60 anos. A associação de cirurgia e radioterapia pós-operatória constitui o tratamento padrão nos carcinomas epidermoides e varia conforme a extensão clínica ou estádio da doença indo desde uma excisão local até uma remoção mais ampla.Relato de caso: Paciente do sexo feminino de 64 anos deu entrada no serviço de oncologia clínica com história de tumoração de crescimento progressivo em região geniana. Ao exame físico, apresentava-se em regular estado geral, eupneica, normocorada, hidratada e com a presença de volumosa tumoração em região geniana esquerda medindo cerca de 5cm, endurecida e com infiltração da pele. Tomografia computadorizada evidenciou imagem, no espaço bucal à esquerda, de formato ovalado 3,0x2,86cm2, com densidade de partes moles e necrose interna. O exame histopatológico confirmou carcinoma epidermoide bem diferenciado de mucosa jugal com infiltração de pele (cT4N0M0). Avaliada pela cirurgia oncológica, foi indicada ressecção de tumor de boca com rotação de retalho frontal, enxertia infraclavicular e esvaziamento cervical esquerdo unilateral nos níveis I e III. Houve a autonomização do retalho com 3-4 semanas e início de radioterapia após cicatrização em 8 semanas de pós-operatório.Conclusão: No caso relatado, o paciente apresentou carcinoma epidermoide bem diferenciado com infiltração de pele e ausência de metástase. Por encontrar-se em estádio localmente avançado, foi realizado o tratamento preconizado pela literatura, que inclui o esvaziamento cervical. De modo a reconstruir o defeito pós-excisional, optou-se pela utilização de retalho frontal, de modo a reparar adequadamente o defeito e preservar a função das estruturas adjacentes. Tal técnica mostra-se vantajosa em situações cirúrgicas nas quais não há uma grande disponibilidade de recursos, além de proporcionar uma reconstrução cirúrgica simples, tal como no caso relatado. Devendo, portanto, ser considerada em casos selecionados.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2326

TÍTULO DO TRABALHO: Sarcoma de Células Foliculares Dendríticas de Origem Amigdaliana: Relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MICKAEL OLIVEIRA DUARTE1; ANDRÉ HOELZ BORGHI2; EDUARDO HIDEYUKI AKAMINE2; GIANCARLO ARTESE ARAUJO3; LUCAS RIBEIRO TENÓRIO3; MARIANNE Y. NAKAI3; MARCELO BENEDITO MENEZES3; ANTONIO JOSE GONÇALVES3. 1. ISCMSP, LAGES - SP - BRASIL; 2. FCMSCSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 3. ISCMSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O Sarcoma de Células Foliculares Dendríticas (SCFD) é uma neoplasia que acomete células linfonodais, e apresenta uma dificuldade para diagnóstico por Punção Aspirativa por Agulha Fina. No entanto, o SCDF também pode surgir em tecido extranodal como faringe, tonsilas, tireoide, mediastino, fígado e trato gastrointestinal. Envolvidas na resposta imune secundaria, as células dendríticas foliculares, que tem como origem células precursoras do tecido vascular e estão localizadas nos folículos linfáticos primários e secundários, podendo também ser geradas em tecido não linfoide em processos inflamatórios crônicos. A até então a escassa casuística para o SCFD ainda não favorece uma ideal escolha de tratamento, muito menos uma segura determinação de prognóstico para os pacientes acometidos por esse tumor.Relato de Caso: Paciente do sexo masculino, 25 anos, deu entrada no ambulatório de Cirurgia de Cabeça e Pescoço pela equipe de Otorrinolaringologia em pós operatório de 3 meses de amigdalectomia bilateral por hipertrofia amigdaliana bilateral, em anatomopatológico, evidenciou-se SCFD em amigdala esquerda com 3,9cm. Em consulta com a CCP, evidenciou-se linfonodo palpável em nível II esquerdo de aproximadamente 1,5cm endurecido não aderido a planos profundos e indolor, em orofaringe paciente não apresentava lesões suspeitas. Em TC de pescoço evidenciou-se linfonodo único em nível II a esquerda com necrose central com cerca de 3cm sem evidência de doença a distancia. Paciente foi submetido a linfadenectomia cervical radical modificada a esquerda sem intercorrências. O anatomopatológico definitivo evidenciou acometimento neoplásico de SCFD em apenas um linfonodo cervical. O paciente segue no momento em pós operatório tardio em vigência de quimioterapia e radioterapia adjuvante.Discussão: Sarcoma de Células Foliculares Dendríticas é uma neoplasia que geralmente originam-se em linfonodos, mas em aproximadamente 1/3 dos casos pode ter origem extranodal. Sendo que até dezembro de 2015, apenas 30 casos haviam sido descritos na literatura. Como fatores prognósticos temos, o tamanho do tumor e grau histológico. Tumores menores que 5cm, maiores que 5cm com grau histológico baixo e aqueles com grau histológico alto tinham 16%, 46% e 73% respectivamente de recorrência. O SCFD deve estar entre os diagnósticos diferenciais das neoplasias de cabeça e pescoço sendo confirmado principalmente pela imunohistoquímica.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 490

TÍTULO DO TRABALHO: Seguimento pós operatório em carcinoma medular de tireoide localmente avançado com níveis alterados de calcitonina.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: VINICIUS RODRIGO BULLA VASCONCELLOS; GUSTAVO FALAVIGNA GUILHERME; ANWAR FAUSTO FELIX SABBAG; JORGE ADAS DIB. FAMERP - FACULDADE DE MEDICINA DE SAO JOSE DO RIO PRETO, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introducão: O carcinoma medular de tireoide é uma neoplasia das celulas parafoliculares c tireoideanas produtoras de calcitonina, correspondendo entre 3 a 5% dos cânceres de tireoide.Em 30 a 55% dos pacientes com massa palpável apresentam altas concentrações de calcitonina no pós operatório, sendo que tais níveis podem ou não ser relacionados a recidiva da doença.Além disso, mais de 58% dos pacientes com dosagem de calcitonina pré operatórias acima de 50 pg/ml possuem níveis elevados pós cirurgia, não correspondendo obrigatoriamente a volta da patologia.Nestes casos, podem ser utilizados como tratamento nova cirurgia, radioterapia, terapias sistêmicas ou vigilância observacional, entretanto tais decisões são optados através de experiência clínica ou poucos estudos observacionais.Relato de caso: C.M.J.P, 54 anos, feminina, HAS, ex tabagista, com queixa de massa cervical de crescimento progressivo, há dois anos e rouquidão associadaAo exame físico: Aumento e endurecimento de tireoide, com nódulos e linfonodomegalia.Realizada punção com agulha e diagnosticado câncer medular de tireoide.Exames Tomografia Cervical: Tireóide aumentada e heterogênea. Linfonodos aumentados em tamanho e número, em regiões cervicais bilaterais (níveis II, III, IV, V E VI)Tomografia Tórax / Abdome ? normalCalcitonina: 1405 pg/ml / antígeno carcinoembrionário - 47,9 ng/mlTSH 3,19 mu/l T4 livre 1,22 ng/dl Dosagem de cálcio e catecolaminas urinárias normais.Paciente submetida a Tireoidectomia total com esvaziamento cervical bilateral.Em ato intraoperatório, presença de tecido neoplásico acometendo tireoide e gânglios cervicais bilaterais, sendo tais estruturas excisadas.Músculo esternocleidomastoideo e nervo laríngeo recorrente a esquerda comprometidos, com ressecção dos mesmos, assim como veia jugular interna a direita também acometida, sendo necessária sua extirpação.Após persistência de rouquidão, solicitada broncoscopia pré alta hospitalar (15° P.O) com paresia de prega vocal a esquerda. (Comprometimento de nervo laringeo recorrente).Em 30° P.O dosagem de calcitonina - 36,8 pg/ml e CEA: 7,37, Estadiamento pós operatório T4a N1b M0Conclusão: Os valores não nulos de calcitonina e antigeno carcinoembrionário no pós operatório alertam sobre possibilidade de recidiva local.Diante da ausência de novos achados em exame físico, elevações laboratoriais ou em ultrassonografia de seguimento, neste momento (6 meses pós cirurgia), foi optado como conduta a vigilância ativa observacional.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2023

TÍTULO DO TRABALHO: SIALOENDOSCOPIA COMO TERAPIA PARA SIALADENITE PÓS-IODOTERAPIA COM IODO-131: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: KELI CAMILA VIDAL GROCHOSKI1; GABRIEL FERNANDES DE SOUSA1; JULIANA VIEIRA DE OLIVEIRA SALERNO1; KEILA MARINA VIDAL GROCHOSKI1; ADEMAR MARINHO DE BENEVOLO2. 1. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. HOSPITAL NAPOLEÃO LAUREANO, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A sialoendoscopia é um procedimento endoscópico desenvolvido por Francis Marchal realizado nas glândulas salivares maiores. Essa técnica é utilizada no diagnóstico e tratamento de doenças inflamatórias das glândulas salivares, como a sialadenite induzida pelo tratamento com iodo radioativo. Estima-se que 33% dos pacientes submetidos a essa terapia evoluem com essa complicação. O presente estudo tem como objetivo relatar um caso de sialadenite pós-iodoterapia tratado com sialoendoscopia. Relato de caso: Paciente do sexo masculino, 51 anos, físico-médico, foi submetido há 01 ano a tireoidectomia total com linfadenectomia cervical devido à carcinoma papilífero da tireoide medindo 1,2 cm metastático em linfonodo. Posteriormente, foi realizada iodoterapia com iodo-131 na dose de 150 mCi. O paciente evoluiu com repetidas crises de dor, em ambas as glândulas parótidas, tratadas com corticoides com discreta melhora, e procurou o cirurgião de cabeça e pescoço com exame de amilase salivar elevada (478 U/L). Ao exame físico, notava-se abaulamento bilateral da glândula parótida com dor à palpação e xerostomia leve. Foi solicitada ultrassonografia das glândulas salivares com doppler e diagnosticada sialadenite em ambas as parótidas com dilatação ductal à esquerda de 1,4 mm e à direita de 1,5 mm, de textura heterogênea. Paciente foi submetido à abordagem dos ductos parotídeos via sialoendoscopia intervencionista sob anestesia geral. Foi feita a dilatação progressiva da papila e do ducto de Stenon, bilateralmente, até se atingir um diâmetro compatível com a introdução do sialoendoscópio. Após irrigação ativa com soro fisiológico 0,9% para lavar e dilatar a árvore canalicular, foi visualizada estenose importante do ducto principal à esquerda com hiperemia importante e grumos de fibrina; e à direita, foi observado estenose e grumos de fibrina. Introduziu-se, então, um ?basket?, para remover os grumos de fibrina. O paciente não apresentou intercorrências, recebendo alta hospitalar seis horas após o procedimento. Conclusão: A sialoendoscopia está se estabelecendo como procedimento diagnóstico e terapêutico de sucesso para as doenças inflamatórias das glândulas salivares maiores no Brasil. Entretanto, o número de pacientes submetidos a este procedimento ainda é pequeno devido ao elevado custo e não disponibilização na rede publica de saúde. Apesar disso, a intervenção se mostra eficaz, segura, minimamente invasiva e preserva a glândula salivar.

CODIGO DO TRABALHO: 493

TÍTULO DO TRABALHO: Sialolitíase: uma condição de tratamento apenas cirúrgico?

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GUILHERME DE SOUZA SILVA1; RAFAEL MIRANDA DE OLIVEIRA2; ANDRE LUIZ COTA BICALHO2; ALINE CASSIA SOUZA AMARAL2; ANNA TERESA MOREIRA NEVES2. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. HOSPITAL VILA DA SERRA, NOVA LIMA - MG - BRASIL.

RESUMO:
As glândulas salivares têm ampla distribuição no trato aerodigestivo superior, com inúmeras glândulas salivares menores e 3 pares de glândulas salivares maiores: parótidas, submandibulares e sublinguais. A sialolitíase representa a obstrução, parcial ou total, de ductos excretores das glândulas salivares por cálculos, raramente maiores que 10mm; diminuindo o fluxo salivar, levando a dilatação ductal, dor e sialodenite. As glândulas submandibulares são as mais frequentemente acometidas, devido ao trajeto mais longo e tortuoso do ducto, além da concentração maior de cálcio na saliva produzida por essas glândulas. O quadro clinico se caracteriza pela dor associada a mastigação em 83% dos casos; encontramos também edema e linfadenomegalia cervical reacional. O diagnóstico se apoia na clínica assim como exames de imagens. A localização do sialolito baseará o tratamento, sendo os menores e próximos ao óstio ductal de tratamento clinico baseado em estimular a salivação com sialogogos, alimentos ácidos e ordenha da glândula; o tratamento cirúrgico fica resguardado para os casos de cálculos maiores de 10mm. O procedimento cirúrgico pode envolver a extração somente do sialolito, quando este encontra-se no óstio do ducto ou exérese da glândula acometida. O desafio do tratamento cirúrgico se dá pela íntima relação dos ramos do nervo facial com as glândulas salivares, sobretudo a parótida e submandibular.O caso refere-se a uma mulher de 28 anos com quadro de sialodenite recorrente, associado a dor intensa à mastigação. Apresentava edema em região submandibular esquerda, dor a palpação, sem pus a expressão intraoral da glândula. Ultrassonografia cervical descreveu glândulas submandibulares eutópicas com formação hiperecogênica irregular de 14mm em região posterior de glândula submandibular esquerda, sem alterações em outras glândulas. Procedimento cirúrgico realizado em dezembro de 2016 no Hospital Vila da Serra, com acesso submandibular em cima de ruga de expressão. Realizado exérese em monobloco da glândula e seu sialolito; evoluindo bem em seu primeiro DPO com alta hospitalar; Acompanhamento ambulatorial sem intercorrências ou recidiva.Conclui-se que o tratamento da sialolitíase se passa tanto pelo clínico como cirúrgico; sendo os critérios de escolha a localização do sialolito e a deformação ou não do ducto. Quando bem indicado o procedimento cirúrgico apresenta resultados satisfatórios, com menor índice de recorrência.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1496

TÍTULO DO TRABALHO: Síndrome da Veia Cava Superior - Relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PATRÍCIA DUTRA HAMILTON; LAIS RAMALHO CHAVES ISOBE; FABIANA MARTINO SEHN; CLEISI PEZZINI SANDRI. UFFS, PASSO FUNDO - RS - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A Síndrome da veia cava superior decorre da obstrução da referida veia, podendo ser intraluminal, como por trombose; ou compressão extrínseca, como quando ocorre por tumorações adjacentes. Frente a isso, de acordo com o grau de obstrução e a topografia em que ocorreu, pode causar uma variedade sintomatológica pela menor drenagem dos membros superiores, cabeça e pescoço.De acordo com o que a acarretou, existe uma diversidade de tratamentos disponíveis, selecionados de acordo com cada caso específico, variando de antifibrinolíticos, radioterapia, procedimentos endovasculares, até cirurgias convencionais.RELATO DO CASO:M.D.V.L., 52 anos, feminina, branca.História pregressa: HAS, DM, tabagismo, e fibromialgia.Itinerário terapêutico: Procurou o cirurgião de cabeça e pescoço, relatando tumoração no pescoço nos últimos 6 meses; queixando- se de disfonia e dispnéia há 1 mês.Ao exame físico palpava-se massa na topografia de glândula tireóide insinuando-se ao mediastino e alguns linfonodos na cadeia lateral esquerda. Havia se submetido a uma biópsia linfonodal por outro médico há 10 dias, e trazia resultado de um carcinoma metastático que sugeria imunohistoquímica já em tramitação. Em virtude de apresentar dispnéia com leve estridor associado a paralisia de pregas vocais em posição paramediana, foi realizado traqueostomia, feita de forma transtumoral. Logo, notou-se edema de membros superiores e neovascularização no tórax e feita hipótese de síndrome da veia cava superior. Então, foi contatado um oncologista, que indicou transferência para iniciar radioterapia. Nos dois dias em que aguardou transferência ficou em UTI por risco de colapso respiratório.Paciente encontra-se em unidade de referência para tratamento oncológico e iniciou radioterapia e está em seguimento do caso. O anátomo patológico da imunohistoquímica resultou em carcinoma metastático, sugestivo de trato gastrointestinal baixo ou ginecológico.Conclusão: Apesar das diversas condutas que podem ser tomadas frente a um caso de síndrome da veia cava superior, o caso citado apresentava-se num quadro avançado, em que a radioterapia consistiu em indicação imediata, deixando primariamente de lado o restante das possibilidades, e apesar de não ter se confirmado ainda qual foi a origem metastática, por se tratar de uma síndrome secundária àa obstrução por mestástase, a radioterapia perfaz um dos pilares do tratamento.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1873

TÍTULO DO TRABALHO: Síndrome de Eagle: Relato de três casos e revisão da literatura

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MATHEUS DA FREIRIA MUNERATTO1; LARA CUNHA DE FRANÇA1; GUSTAVO NUNES BENTO2; MARCELO BELLI2; KAUE MILANEZ LOPES2. 1. UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ- UNIVALI, ITAJAÍ - SC - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ, ITAJAÍ - SC - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoA síndrome de Eagle caracteriza-se pelo alongamento do processo estilóide devido a uma calcificação do ligamento estilo-hioideo. O tamanho do processo estiloide é considerado anormal quando acima de 2,5cm. Sua patogênese incerta pode estar relacionada a traumas prévios ou a embriogênese alterada. Este trabalho tem por objetivo relatar três casos clínicos da síndrome de Eagle. Relatos de casosCaso 1Paciente feminina, 40 anos, queixava-se dor submandibular direita, intermitente, com piora ao deglutir e na fala, evoluindo com piora da dor. Referia otalgia, sem aumento de volume. Ao exame físico, apresentava processo estiloide palpável por dentro da boca. Em TC solicitada, evidenciou-se ossificação na topografia do ligamento estilo-hioideo, bilateralmente. O exame anatomo-patológico dos linfonodos cervicais, nível II, direito e esquerdo, concluiu linfadenite crônica inespecífica em ambos. Já o dos ligamentos estilo-hioideos acusou tecido ósseo (cortical e medular) e fibro-adiposo sem atipias, não havendo critérios de malignidade nos materiais analisados. Caso 2Paciente feminina, 77 anos, queixava-se de dor em pontada na região submandibular direita, com piora ao movimento. Ao exame físico, linfonodos e processo estiloide não palpáveis. Foram solicitados exames laboratoriais e TC de face e pescoço, que concluiu pequeno alongamento bilateral dos processos estilóides e trajeto algo aberrante da carótida interna direita, a qual cursa em estreita aposição a parede póstero-lateral correspondente da orofaringe. O exame anatomo-patológico do fragmento ósseo direito concluiu que a amostra apresentava fragmentos de tecido ósseo e cartilaginoso sem alterações histológicas significativas, produto de ressecção de ligamento estilo-hioideo e sem critérios de malignidade no material examinado. Caso 3Paciente masculino, 47 anos, queixava-se de dor na região retromandibular esquerda há 4 meses. Ao exame físico, apresentava oroscopia normal, sem massas palpáveis no pescoço e na cavidade oral. Levantou-se as hipótese de síndrome de Eagle, confirmada pela realização da TC. ConclusãoRessalta-se a importância de se levantar a hipótese da síndrome de Eagle como diagnóstico diferencial em quadros sugestivos. A investigação adequada leva ao diagnóstico precoce, ainda que o exame físico não apresente sinais, através de exames como a TC. Nos dois primeiros casos apresentados optou-se pelo tratamento cirúrgico com acesso cervical.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 855

TÍTULO DO TRABALHO: Tireoidectomia Transoral: Aspectos Anatômicos de um Acesso Estético

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CARLOS JOSÉ LAZZARINI MENDES1; ANTONIO JOSE GONÇALVES1; RICARDO TADASHI NISHIO1; NORBERTO KODI KAVABATA2; DANIEL PEREIRA AYRES NETTO1; MIRNA DUARTE BARROS1. 1. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SC - BRASIL.

RESUMO:
ObjetivoJargões do tipo: ?grandes cirurgiões, grandes incisões?, carecem de revisão conceitual. A cervicotomia transversa, via de acesso para tireoidectomia, apresenta-se consagrada, no entanto, o aspecto desagradável decorrente da cicatriz ainda persiste. Cirurgiões e Anatomistas buscam vias alternativas, como a via transoral, que contemplem a mesma eficácia, segurança e resultados da cervicotomia transversa(1). O objetivo é verificar a viabilidade da utilização de cadáver em solução de Larsen para a realização da tireoidectomia transoral no ensino e treinamento(2).MétodoDois cadáveres foram dissecados, ambos por via transoral do espaço subplatismal, para a ressecção da tireoide. Em decúbito dorsal horizontal, com coxim subescapular e cabeça em hiperextensão. Através de incisões relaxadoras, que vão das comissuras labiais bilaterais, em sentido cranio-caudal, até a tuberosidade da mandíbula seguido de punções com trocarteres de 10mm na linha média e dois, de 5mm, na projeção dos dentes caninos inferiores, no vestíbulo da boca. Dissecção promovendo o descolamento da fascia superficial do pescoço, criando espaço para expor a musculatura pré-tireoídea. Abertura da linha alba, identificação da proeminência laríngea, traquéia, ístmo da tireóide, pedículos vasculares superior e inferior da tireóide, glândulas paratireóides e nervos laríngeos recorrentes bilateralmente, seguido da retirada da glândula. Em ambos cadáveres foi auferida se a região da tireoide foi totalmente abordada, de maneira segura preservando estruturas adjacentes.ResultadosA glândula tireoide foi adequadamente localizada, bem como suas relações vásculo-nervosas. As fáscias do pescoço, traqueia e inervação do músculo platisma, motora e sensitiva, foram preservadas.ConclusãoA via transoral para a realização da tireoidectomia foi possível, topograficamente adequada.A hiperextensão foi possível, pois a fixação pela solução de Larsena proporciona maleabilidade tecidual suficiente para realizar a manobra. A utilização do cadáver apresenta-se como alternativa segura e confiável para ensino da anatomia vídeo-assistida e para treinamento do cirurgião e residentes na especialidade.

1.Anuwong A. Transoral Endoscopic Thyroidectomy Vestibular Approach: A Series of the First60 Human Cases. World Journal of Surgery. Springer International Publishing; 2015 Nov6;40(3):491?7.2.Lee HY, et al. Transoral periosteal thyroidectomy: cadaver to human. Surgical Endoscopy. 2014 Aug 15;29(4):898?904

CODIGO DO TRABALHO: 3018

TÍTULO DO TRABALHO: TRATAMENTO CONSERVADOR DE MALFORMAÇÃO LINFOVENOSA CERVICO-TORÁCICA GRAV COMO OPÇÃO TERAPÊUTICA EM RECÉM-NASCIDO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOÃO PAULO MEDEIROS VANDERLEI1; EDINE MEDEIROS DE ANDRADE MARTINS2; CARLA NAYARA MILHOMEM LEÃO MORAIS1; CLARISSA MARIA DE LIMA SANTOS NASCIMENTO1; INGRID MATOS BEZERRA1; VANESSA DE LIRA FREIRES1; MARIA CAROLINA CLEMENTINO LIBÓRIO1; GABRIELA MEDEIROS FORMIGA MOREIRA1; FERNANDA LUCENA DA COSTA1. 1. FAMENE, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: As malformações linfáticas são anomalias congênitas raras secundárias ao desenvolvimento anormal dos vasos linfáticos, podendo ou não associa-se a malformações dos vasos sanguíneos. Geralmente diagnosticadas já ao nascimento, tem maior incidência na região cérvico-facial. RELATO DE CASO: Recém-nascida a termo com aumento bilateral do volume das partes moles da face, pescoço, assoalho da boca e orofaringe, predominantemente à direita e que lhe causava insuficiência respiratória obstrutiva, sendo necessária a intubação orotraqueal. Aos 15 dias de vida foi submetida a aplicação de OK-432, com aspiração de líquido citrino seguido de achocolatado sem resposta satisfatória. Aos 45 dias de vida foram realizadas a 2ª aplicação de OK-432 com resposta inflamatória local e febre baixa, porém sem redução significativa da massa posteriormente e a Ressonância Magnética que confirmou a suspeita de malformação linfovenosa com extensão pelo mediastino, sendo considerada irresecável. Aos 3 meses de idade, em estado grave na UTI devido a efeito de massa intratorácica, iniciou-se corticoideterapia com prednisona com boa resposta, aponto de receber alta da UTI. Posteriormente associou-se o interferon alfa 2a, com excelente resposta e a paciente recebeu alta hospitalar. Hoje, aos 2 anos, traqueostomizada, a paciente segue em tratamento ambulatorial apenas com interferom alfa 2a e com aplicações de Ok 432, obtendo importante redução da lesão e melhora da qualidade de vida, desenvolvendo-se sem prejuízos físicos significativos ou cognitivos. CONCLUSÃO: O tratamento com corticoide associada a interferon alfa 2a mostrou-se efetivo na melhora clínica da paciente que apresenta uma lesão irressecável com efeito compressivo intratorácico e permitiu que as aplicações de OK-432 fossem mais efetivas levando a redução volumétrica da lesão e melhora da qualidade de vida.

CODIGO DO TRABALHO: 1939

TÍTULO DO TRABALHO: Trauma contuso de tireóide: Relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CAROLINE SCHMIELE NAMUR1; MARIANNE Y. NAKAI2; KASSEM SAMIR SALEH1; MICKAEL OLIVEIRA DUARTE2; WILLIAM KIKUCHI2; DAMILA DE CASSIA FANTOZZI GIORGETTI2; MARCELO BENEDITO MENEZES2; ANTONIO JOSE GONÇALVES2. 1. FCMSCSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. ISCMSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O trauma de tireóide é um evento raro e existem poucos casos descritos na literatura.Os sintomas iniciais podem ser discretos. Um pequeno desconforto ao deglutir e sensação de peso no pescoço são os principais sintomas. Apesar de sua frequência baixa, é uma lesão potencialmente grave e está associada a hematoma que pode evoluir nas primeiras 24 horas após o trauma causando desvio e compressão da traquéia e consequentemente levando a insuficiência respiratória aguda. Devido a distorção da anatomia, a obtenção de via aérea definitiva desses pacientes pode representar um grande desafio.Relato de caso: Paciente do sexo feminino, 79 anos, deu entrada no pronto socorro com história de colisão automóvel x anteparo fixo, era passageira e estava com cinto de segurança no momento do acidente. Na entrada apresentava-se estável hemodinamicamente, em Glasgow 15 com equimose discreta em trajeto de cinto de segurança expendendo-se para região cervical direita sem dor no pescoço ou dificuldade para deglutir. Oito horas após paciente evoluiu com abaulamento cervical e aumento da área de equimose. A angioTC de pescoço mostrou um hematoma a direita com explosão do lobo direito da tireóide e sinais de sangramento ativo. Realizado cervicotomia direita com lobectomia direita da tireóide e retirada do hematoma. O anátomo patológico da peça retirada mostrou um carcinoma papilífero rompido no meio do hematoma. Paciente relatou que estava em uso de marevan devido a trombose venosa profunda prévia e antecedente de bócio na tireóide.Conclusão: Casos raros de trauma de tireóide podem se apresentar com pouco ou nenhum sintoma. É importante manter os pacientes em observação e a avaliar os fatores de risco. Em casos suspeitos a tomografia direcionada deve ser realizada para confirmar o diagnóstico e proceder com o tratamento adequado.

CODIGO DO TRABALHO: 2003

TÍTULO DO TRABALHO: Trauma penetrante por arma de fogo em zona 3 da região cervical com evolução para síndrome de Claude Bernard-Horner: relato de caso.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CLEINALDO DE ALMEIDA COSTA; EMANOEL NASCIMENTO COSTA; CARLOS VICTOR DE ALMEIDA LUZ; PEDRO HENRIQUE DA SILVA GOMES; JESSICA CORREIA DE OLIVEIRA; ISABELLE NASCIMENTO COSTA. UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS, MANAUS - AM - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOA síndrome de Claude Bernard-Horner (SCBH) é resultante de um bloqueio da inervação simpática do olho e da face em qualquer região da via óculo-simpática, manifestando-se clinicamente com ptose palpebral discreta a moderada da pálpebra superior, miose pupilar variável e anidrose da hemiface ipsilateral associada a um aumento da temperatura e à hiperemia facial[1]. A SBCH decorrente do trauma, especialmente do trauma cervical associado à lesão de artéria subclávia, é raro. Na literatura, as lesões de artéria subclávia constituem menos de 2% de todos os traumas vasculares civis, sendo mais comum em homens e predominando na faixa etária entre 20 e 40 anos. O estudo aborda um relato de caso abrangendo paciente jovem, vítima de ferimento por arma de fogo em zona 3 da região cervical, apresentando lesão de artéria subclávia direita e evoluindo para SCBH.Relato de CasoApós atendimento inicial pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, paciente foi admitido no serviço de urgência e emergência do HPSJLPM apresentando ferimento penetrante por arma de fogo em região posterior e mediana do pescoço (zona 3 da região cervical) com projétil palpável em região de côndilo esquerdo (Figura 1). Paciente apresentava-se lúcido e orientado no tempo e espaço, normocorado, eupneico, pressão arterial de 130x85mmg, exame do aparelho cardiovascular e respiratório sem alterações. Solicitou-se avaliação da equipe da neurocirurgia e cirurgia cérvico-facial. À tomografia axial computadorizada, constatou-se presença de rastilho metálico na segunda vértebra cervical (C2). O paciente evoluiu com ptose palpebral discreta da pálpebra superior à direita, miose pouco evidente à direita, anidrose da hemiface à direita, aumento da temperatura fácil e consequente hiperidrose lateral à esquerda sendo diagnosticado com SCBH completa (Figura 2). O paciente foi internado e mantido em observação pela equipe de neurocirurgia e cirurgia cérvico-facial para avaliação do quadro clínico e posterior acompanhamento ambulatorial.ConclusãoApesar de ser uma causa rara da SCBH, o trauma cervical e o subsequente comprometimento de estruturas adjacentes devem ser diagnosticados precocemente e conduzidos conforme a etiologia da lesão e complexidade clínica do paciente.Levantamento BibliográficoSenthilkumaran S, Menezes RG, Pant S, Balamurgan N, Thirumalaikolundusubramanian P, Lasrado S. Isolated Horner?s syndrome following penetrating neck injury. Clin Neurol Neurosurg. 2013;115(9):1855-7.

CODIGO DO TRABALHO: 1023

TÍTULO DO TRABALHO: TUMOR DE CELULAS GIGANTES COM INVASAO DA BASE DE CRANIO - RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RAFAELA JUCÁ LINHARES; JONATAS CATUNDA DE FREITAS; GABRIEL SILVA LIMA; LIANDRA RAYANNE DE SOUSA BARBOSA; ANA CAROLINA MONTES RIBEIRO; FRANCIEUDO JUSTINO ROLIM; EDILSON ROZENDO DE SOUSA NETO; MÁRCIO RIBEIRO STUDART DA FONSECA. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇAO Tumores de células gigantes correspondem a 5% das neoplasias ósseas. No crânio são eventos raros e quando ocorrem são mais frequentes na fossa média acometendo ossos temporal e esfenoide.RELATO DO CASO: Feminino, 34 anos, com dificuldade progressiva para abrir a boca, abaulamento em região parotídea e dor intermitente em região zigomática direita. Negava comorbidades, tabagismo e etilismos. Assimetria da face com abaulamento pré-auricular direita, sem paralisia facial. Sem linfonodomegalias cervicais. Laboratório sem alterações. RNM e TC: Formação expansiva em espaço mastigatório e estruturas adjacentes e abaulamento do soalho da fossa media intracraniana com rechaço do parênquima cerebral dos giros inferiores do lobo temporal. Biopsia PAAF e incisional: tumor de células gigantes. A tática de acesso cirúrgico combinando: 1. Incisão pré-auricular com extensão cervical e pterional até a ságita; 2. Parotidectomia total e conservação do nervo facial; 3. Ressecção do arco zigomático do musculo temporal para acesso a fossa infratemporal e fossa pterigomaxilar 4. Trepanação infratemporalCONCLUSAO: O amplo acesso permitiu a ressecção da fossa craniana média com exenteração do espaço mastigatório e estruturas acometidas pelos tumores com epicentro nessa topografia, oferecendo vantajosa abordagem oncológica quando propicia margens amplas em espaço complexo e restrito.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1057

TÍTULO DO TRABALHO: TUMOR DE ESPAÇO PARAFARINGEO - MANDIBULOTOMIA DUPLA PARA ACESSO ? RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ALESSANDRA FREIRE DA SILVA; JONATAS CATUNDA DE FREITAS; IGOR ALMEIDA DE OLIVEIRA; EDILSON ROZENDO DE SOUSA NETO; LIANDRA RAYANNE DE SOUSA BARBOSA; BRUNO MENDES SEGUNDO; GLEBERT MONTEIRO PEREIRA; FRANCISCO JANUÁRIO FARIAS PEREIRA FILHO. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇAO: O acesso cirúrgico ao espaço mastigatório é decisivo para ressecção de tumores parafaríngeos e do espaço mastigatório. O acesso transmandibular se justifica na maioria dos casos para garantir bom controle de hemostasia e ressecção tridimensional. Diferentes técnicas, como a luxação mandibular e mandibulotomias, visam prover maior acesso durante a ressecção de tumores neste espaço. O presente trabalho relata um caso de Adenoma Pleomórfico em espaço mastigatório de paciente acompanhado pelo Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Universidade Federal do Ceará.RELATO DO CASO: Paciente do sexo feminino, 38 anos, foi encaminhada com dor à mastigação, associada a abaulamento em região da hemiface à direita. A tomografia indicou massa captante de contraste com atenuação de partes moles, determinando deslocamento anterior da parede posterior do seio maxilar, medindo cerca de 5,2 x 2,2 cm. Na ressonância magnética, foi constatado lesão expansiva de aspecto lobulado e limites imprecisos no espaço mastigatório à direita, com hipossinal em T1 e hipersinal em T2, deslocando medialmente os músculos pterigoideo e estabelecendo contato com o ramo da mandíbula e seio maxilar posteriormente, sem invasão óssea. Massa media 5,1 x 4,7 x 2,4 cm. Em princípio, foi considerada como hipótese diagnóstica tumor de origem neural (Schwannoma) e paciente foi encaminhada para cirurgia. Foi submetida a ressecção com acesso por dupla mandibulotomia com preservação do feixe vasculo-nervoso alveolar inferior, com completa exposição da lesão. O anatomopatológico revelou adenoma pleomórfico de espaço mastigatório. Paciente seguiu sem dificuldades mastigatórias ou alterações sensitivas em pós-operatório tardio.CONCLUSAO: A dupla mandibulotomia proporciona um acesso cirúrgico adequado para ressecções de tumores em espaço mastigatório, possibilitando ao paciente retornar precocemente a mastigação no pós-operatório, assim como a permanência da vitalidade do feixe vásculonervoso alveolar inferior, minimizando risco de hipoestesia/anestesia labial.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 954

TÍTULO DO TRABALHO: TUMOR FOSFATÚRICO EM REGIÃO TEMPORAL ? RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BRUNO MENDES SEGUNDO; JONATAS CATUNDA DE FREITAS; ALESSANDRA FREIRE DA SILVA; IGOR ALMEIDA DE OLIVEIRA; EDILSON ROZENDO DE SOUSA NETO; FRANCIEUDO JUSTINO ROLIM; RAFAELA JUCÁ LINHARES; MÁRCIO RIBEIRO STUDART DA FONSECA. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇAO: Descrito pela primeira vez em 1947 e com pouco mais de trezentos casos descritos na literatura, o tumor mesenquimal fosfatúrico é um tumor ósseo raro definido por achados histopatológicos típicos e a eliminação exarcebada de fosfato pela produção de Fator de Crescimento Fibroblastico (FGF-23). A ausência de sintomas de calcinose e a topografia em cabeça e pescoço são particularmente incomuns. RELATO DO CASO: Paciente de 66 anos foi encaminhada ao Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Universitário Walter Cantídio com história de abaulamento progressivo e indolor em região zigomática-temporal direita há dois anos, evoluindo com hipoacusia e otorreia. TC de crânio evidenciava volumosa formação expansiva em região temporal, infratemporal, ouvido médio e fossa média a direita medindo 8,6x 7,6 X 4,9cm. Blopsia incisional revelou tumor fosfatúrico. Não apresentou alterações séricas do fosfato. Realizada ressecção crânio facial do osso temporal, parede lateral da órbita direita, condilo da mandibula e ATM, sem preservação do nervo facial. Reconstrução com tela de titânio. Paciente evoluiu no 2o PO com fístula liquórica de baixo volume revertida com compressão extrínseca e tendo alta no 7o PO. Sem sinal de recidiva após 10 meses de seguimento. CONCLUSAO: O Tumor fosfatúrico é uma entidade rara. O acometimento em região temporal é ainda mais raro e ainda que não possua calcinose paraneoplásica provoca deformações e põe em risco estruturas vitais. A excisão cirúrgica através de abordagem crânio-facial e reconstrução é a única forma terapêutica eficaz de minimizar os danos.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 994

TÍTULO DO TRABALHO: TUMOR GLÔMICO MALIGNO IRRESSECÁVEL COM RESPOSTA À RADIOTERAPIA ? RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GABRIEL SILVA LIMA; JONATAS CATUNDA DE FREITAS; ANA CAROLINA MONTES RIBEIRO; LIANDRA RAYANNE DE SOUSA BARBOSA; RAFAELA JUCÁ LINHARES; FRANCIEUDO JUSTINO ROLIM; IGOR ALMEIDA DE OLIVEIRA; MÁRCIO RIBEIRO STUDART DA FONSECA. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Tumores do corpo carotídeo correspondem a um tipo de paraganglioma e são neoplasias raras originadas no local previamente citado. Sua Incidência é de 0,8/ 100.000 casos e a maioria desses tumores é de apresentação benigna, apenas 2% evoluindo de forma maligna. Relatamos o caso de um paciente de 43 anos portador de glomus carotídeo maligno acompanhado no serviço de cirurgia de cabeça e pescoço do HUWC.RELATO: Paciente do sexo masculino, 43 anos, procurou atendimento medico devido massa cervical submandibular à direita, indolor, sem outros sintomas. A TC mostrou formação expansiva com atenuações de partes moles, limites definidos, comprometendo o espaço carotídeo direito, envolvendo circunferencialmente as artérias carótidas, medindo cerca de 6.9x5.1x3.6, causando deslocamento anterior da glândula submandibular, compressão dos espaços parafaríngeo e mastigatório ipsilaterais, reduzindo o lúmen da orofaringe, sugestiva de tumor glômico. Após tentativa sem sucesso de embolização endovascular, paciente foi submetido a cirurgia. No intraoperatório foi identificado massa endurecida envolvendo completamente a bifurcação da carótida e nervo hipoglosso com extensão para espaço submandibular e linfonodomegalias, que o exame de congelação confirmou ser metástase de tumor glômico. Devido impossibilidade da ressecção total da massa foi optado por ressecção parcial do tumor com desnervação do nervo vago, carótida interna e nervo hipoglosso. Paciente foi encaminhado a radioterapia adjuvante e encontra-se bem, sem progressão da doença apos 12 meses da cirurgia.CONCLUSÃO: Tumores do seio carotídeo são neoplasias raras, principalmente se forem malignas. Apesar disso, devem estar no diagnóstico diferencial das massas cervicais de anatomia correspondente.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 353

TÍTULO DO TRABALHO: VALIDAÇÃO DE HISTOTECA DE FRAGMENTOS TIREOIDEANOS IN VIVO E POST-MORTEM PARA ANÁLISE TRANSCRIPTÔMICA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOAO BOSCO LOPES BOTELHO1; SPARTACO ASTOLFI FILHO1; DIEGO MONTEIRO DE CARVALHO2; DEBORAH LAREDO JEZINI1; ENEDINA NOGUEIRA DE ASSUNÇÃO1; LORENA NACIF MARÇAL1; PAULO RODRIGO RIBEIRO RODRIGUES3; ANDREY ALISSON MENDES MAIA3. 1. UFAM, MANAUS - AM - BRASIL; 2. UFAM/UEA, MANAUS - AM - BRASIL; 3. UEA, MANAUS - AM - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Este estudo objetivou estruturar um protocolo de coleta e armazenamento de fragmentos de tecidos tireoideanos no pós-operatório imediato de tireoidectomias e de cadáveres frescos não-formolizados com até seis horas de morte, para uso em estudos transcriptômicos (1). Métodos: Nas cirurgias, foram selecionadas 13 mulheres com diagnóstico pré-operatório compatível com bócio, submetidas à tireoidectomia. Os fragmentos de tireóide oriundos de 10 cadáveres frescos eram de jovens sem histórico de doença tireoideana e de ambos os sexos. Os fragmentos mediam 1cm2 de cada lobo, do istmo e do piramidal. As amostras foram armazenadas em criotubos de 2 ml identificados, contendo conservante de RNA e em seguida transportados em gelo seco à -4 ºC até o armazenamento à -80°C. Parte aleatória das amostras foi macerada em nitrogênio líquido e submetida à extração de RNA total e a confirmação de seus produtos foi realizada por meio de eletroforese em gel de agarose a 1% (2). Resultados: As 13 amostras de tecido tireoideano oriundas de pós-operatório e submetidas à extração de RNA total mostraram-se positivas à extração e visualizáveis em gel de agarose com banda compatível com RNA. Os tecidos tireoideanos extraídos de cadáveres entre 6 e 24h de falecimento não apresentaram bandas ou tinham padrão de amostra degradada Conclusão: O protocolo de histoteca tireoideana utilizando gelo seco e conservante de RNA é factível e com aplicabilidade aos estudos transcriptômicos somente em amostras adquiridas in vivo.

CODIGO DO TRABALHO: 630

TÍTULO DO TRABALHO: A MUDANÇA DO PERFIL DIABÉTICO E HIPERTENSIVO DOS PACIENTES SUBMETIDOS À GASTROPLASTIA NO HOSPITAL ERNESTO DORNELLES NO ANO DE 2015

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CHRISTIAN FERREIRA; VICENTE ANTÔNIO SUSIN; LUCAS DO NASCIMENTO; BETINA FRANCIOSI; MARIANA FERREIRA; CAROLINE MARCELE MACIEL BERGER; GIOVANNA SORGATO TESSMANN; RENATA ROCCA. HOSPITAL ERNESTO DORNELLES, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A obesidade é uma pandemia universal e está aumentando em prevalência com o decorrer dos anos. É um dos principais problemas de saúde pública da sociedade moderna devido à comorbidades associadas que afetam a qualidade de vida da população, como a hipertensão arterial sistêmica(HAS) e o diabetes Mellitus(DM). Nos EUA, é conceituada como a segunda causa mais prevalente de morte, depois do tabagismo, por fatores de risco modificáveis. A gastroplastia em y-de-roux vem atualmente revolucionando o tratamento dessas comorbidades associadas à obesidade, com melhora significativa na qualidade de vida dos pacientes submetidos ao procedimento. OBJETIVO: revisar a literatura sobre os benefícios da gastroplastia em y-de-roux nas comorbidades relacionadas à obesidade e analisar o perfil de mudança dessas patologias nos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica no Hospital Ernesto Dornelles(HED) no ano de 2015. MÉTODO: Revisão narrativa da literatura recente sobre Cirurgia da obesidade. Análise retrospectiva de 100 prontuários durante o período de janeiro a dezembro de 2015 no serviço de Cirurgia Bariátrica do HED. Cálculo do escore médio, freqüência absoluta e relativa na evolução das comorbidades ? hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. RESULTADOS: No estudo houve predomínio do sexo feminino(60%). Na admissão, o excesso de peso foi identificado em 100% dos pacientes, sendo divididos em Obesidade I(5%), Obesidade II(25%) e obesidade III(70%). A HAS estava presente em 90%, enquanto o DM2 em 80% dos pacientes. Com a evolução pós-operatória, no 12º mês houve redução desses índices, sendo reclassificados em eutróficos(38%), sobrepeso(55%) e obesidade I(7%), bem como em HAS(20%) e DM(19%). Com isso, houve redução significativa da prevalência das doenças ? em 78% dos hipertensos e 76% dos diabéticos - desde a admissão até os 12º mês pós-operatório, marcada pela superioridade da reversão da doença em relação aos pacientes que apenas melhoraram as patologias relacionadas à obesidade. CONCLUSÃO: Há evidências claras sobre os grandes benefícios da Gastroplastia em y-de-roux sobre a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus tipo II, o que de fato nos faz crer que a cirurgia da obesidade/metabólica, por envolver ainda mecanismos pouco compreendidos, pode resultar na melhora de patologias que até hoje foram tratadas apenas de forma clinica, seja de forma a somar à terapêutica clinica ou até mesmo substituí-la.

CODIGO DO TRABALHO: 1827

TÍTULO DO TRABALHO: ABUSO DE ÁLCOOL APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: EDMUNDO VIEIRA PRADO NETO; MARCELO DIB BECHARA; PAULO CESAR GRIPPA. UNIVERSIDADE DE MARÍLIA, MARÍLIA - SP - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVO: O consumo excessivo de álcool é prevalente após a cirurgia bariátrica. Objetiva-se investigar a associação entre o abuso de álcool e desfechos negativos após a cirurgia.MÉTODOS: Revisão sistemática com busca em Pubmed e Embase. Estratégia de busca: ?bariatric surgery AND (alcohol abuse OR alcoholism) AND (complication OR morbidity OR mortality OR effect)? resultando em 144 artigos. Após o uso dos critérios de exclusão e inclusão, e seleção pelo título/resumo, 23 textos foram lidos e 7 incluídos.RESULTADOS: Houve associação entre abuso de álcool e Tromboembolismo Venoso (IC 95% OR: 8,7) e Insuficiência Respiratória Aguda (IC 95% OR: 1,8). A incidência de estenose de saída não anatômica, estenose anatômica e bolsa ou dilatação esofágica foi maior (CONCLUSÃO: O abuso de álcool representa grandes riscos para pacientes bariátricos. BIBLIOGRAFIA: Li, L., & Wu, L. T. (2016). Substance use after bariatric surgery: A review. Journal of psychiatric research, 76, 16-29.Mitchell, J. E., Steffen, K., Engel, S., King, W. C., Chen, J. Y., Winters, K., ... & Elder, K. (2015). Addictive disorders after Roux-en-Y gastric bypass. Surgery for Obesity and Related Diseases, 11(4), 897-905.Cho, M., Kim, H. J., Eoh, K. N., Son, B., Kim, J. E., Chae, G. H., ... & Kim, N. C. (2015). Alcohol Used Disorder Affect Poor Weight Loss and Increase Adverse Effects Following Laparoscopic Gastric Banding. Surgery for Obesity and Related Diseases, 11(6), S81.Khan, M. A., Grinberg, R., Johnson, S., Afthinos, J. N., & Gibbs, K. E. (2013). Perioperative risk factors for 30-day mortality after bariatric surgery: is functional status important?. Surgical endoscopy, 27(5), 1772-1777.Masoomi, H., Reavis, K. M., Smith, B. R., Kim, H., Stamos, M. J., & Nguyen, N. T. (2013). Risk factors for acute respiratory failure in bariatric surgery: data from the Nationwide Inpatient Sample, 2006?2008. Surgery for Obesity and Related Diseases, 9(2), 277-281.King, W. C., Chen, J. Y., Mitchell, J. E., Kalarchian, M. A., Steffen, K. J., Engel, S. G... & Yanovski, S. Z. (2012). Prevalence of alcohol use disorders before and after bariatric surgery. Jama, 307(23), 2516-2525.

CODIGO DO TRABALHO: 1986

TÍTULO DO TRABALHO: Análise da Função Sexual de Mulheres Submetidas à Cirurgia Bariátrica

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ALICE FERNANDES DE ALMEIDA OLIVEIRA1; CLAUDIA FERNANDES DE ALMEIDA OLIVEIRA2; GABRIELA OLIVEIRA BAGANO1; HOSANNAH LEITE FILHO2; ERIVAN BARBOSA LIMA JUNIOR2; PAULO OLIVEIRA2; REINALDO ATAIDE DE OLIVEIRA3; UBIRAJARA BARROSO JUNIOR1. 1. ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, SALVADOR - BA - BRASIL; 2. UEFS, FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL; 3. ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVO: Analisar a melhora da função sexual de mulheres submetidas a cirurgia bariátrica. METODOLOGIA: Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e analítico, do tipo corte transversal, quasi-experimental, realizado com uma amostra de conveniência composta por 62 pacientes operadas de Fobi-Capella em um centro de referência de cirurgia bariátrica em Feira de Santana ? BA, entre abril de 2015 e abril de 2016. Foram incluídas pacientes que, necessariamente, tenham obesidade mórbida e tenham comparecido às consultas pré-operatórias, realizado a cirurgia bariátrica no serviço-sede da pesquisa e aceitado responder aos questionários propostos, após assinatura do TCLE, no período de abril 2015 a abril 2016. Os critérios de exclusão foram: a recusa em participar da pesquisa, submissão a cirurgias e/ou radioterapia pélvica prévia ou em curso, histórico de doenças neurológicas, inatividade sexual nos últimos seis meses ou a não adesão ao seguimento por pelo menos 6 meses pós-operatórios. Para os selecionados, aplicou-se o questionário FSFI, validado internacionalmente, em regime ambulatorial antes e 6 meses após a cirurgia. Este trabalho é parte de um estudo maior sobre a relação entre obesidade e função sexual em pacientes de cirurgia bariátrica em Feira de Santana ? BA. RESULTADOS: A média do escore total do FSFI obtida no pré-operatório foi de 22,8, traduzindo o quadro de disfunção sexual. Após seis meses de operação, observou-se uma ascensão do escore a 27,2, que já se configura uma melhora da função sexual (p

CODIGO DO TRABALHO: 1935

TÍTULO DO TRABALHO: Análise da qualidade de vida após cirurgia bariátrica através do método BAROS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CAROLINA TRANCOSO DE ALMEIDA1; MARCOS CAMPOS WANDERLEY REIS2; MAÍRA AMORIM SILVEIRA E SANTOS2; KAREN AUGUSTO VIEIRA3; AMANDA CRISTINA TORRES MARTINS BICALHO4; VICTOR HUGO CASTRO DE SÁ4; LETICIA MANHÃES PIRES4. 1. REDE MATER DEI, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. QUIRON CLINICA CIRÚRGICA AVANÇADA, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 3. UNI-BH, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 4. FASEH, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
De acordo com dados do DATASUS, em 2012, 50,6% da população adulta brasileira estava acima do peso. Destes, 33,4% apresentaram sobrepeso (IMC ? 25 e

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1637

TÍTULO DO TRABALHO: Análise das deficiências nutricionais no 1º ano de pós operatório em cirurgia bariátrica

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RONALDO SOARES DE MOURA FILHO; LUIZ GUSTAVO DE OLIVEIRA E SILVA; EDUARDO FARIA DE SOUZA; EDUARDO VIANA DE CARVALHO. HOSPITAL FEDERAL DE IPANEMA, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Analisar a ocorrência de déficit nutricional no 1º ano de pós-operatório do paciente submetido à cirurgia bariátrica no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Federal de Ipanema (HFI).Métodos: É um estudo retrospectivo dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica no HFI entre maio de 2015 e maio de 2016, que visa analisar o perfil do paciente no pré e pós-operatório identificando as principais repercussões nutricionais em consultas de retorno no 3º, 6º mês e 1º ano. Foram registrados 30 pacientes entre maio e agosto de 2016 sendo usados como parâmetros os valores séricos de hemoglobina (Hb), ferro, ácido fólico, Vitamina B12, Cálcio e Vitamina D. As técnicas cirúrgicas utilizadas foram o bypass gástrico com ou sem anel e a gastrectomia vertical (sleeve), por via laparoscópica (VLP) ou laparotômica (LP). A perda ponderal foi avaliada através da Perda do Excesso de Peso (PEP), sendo considerado excesso todo valor (em Kg) acima do IMC de 25.Resultados: Foram analisados 30 pacientes, 15 após 3 meses, 9 em 6 meses e 11 em 1 ano. Foram realizados 6 sleeves, 5 bypass com anel e 19 bypass sem anel, dos quais 12 VLPs e 18 LPs. Após 3 meses a maior parte (46,7%) tiveram PEP entre 30-40%; em 6 meses 37,5% tiveram PEP entre 40-50%; em 1 ano 36,4% tiveram PEP entre 70-80%. Houve anemia entre 31-36,4% dos pacientes, sendo 1 caso moderado (Hb:7-10mg/dl) e nenhum grave (HbConclusão: Após análise inicial, pode se perceber importante PEP após 1 ano da cirurgia. No entanto, houve significativo percentual de déficit nutricional, sem casos graves, no entanto. A deficiência mais comum foi a de vitamina B12, enquanto que o déficit de Vitamina D e Cálcio foram pouco usuais e sem repercussões graves.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 636

TÍTULO DO TRABALHO: Análise das modificações metabólicas de pacientes submetidos ao Bypass Gástrico em Y-De-Roux para tratamento da Obesidade Mórbida

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LUCAS DUDA SCHMITZ1; JUAREZ ANTONIO DAL VESCO1; JORGE ROBERTO MARCANTE CARLOTTO1; DÉBORA FALK LOPEZ BOSCATTO1; MATHEUS SARMENTO MILITZ2; CAROLINA ARGENTA DAL VESCO2; MARCOS DAL VESCO NETOU2; GABRIEL WEISS3. 1. EXOBEX, PASSO FUNDO - RS - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO - UPF, PASSO FUNDO - RS - BRASIL; 3. RESIDÊNCIA MÉDICA EM CIRURGIA GERAL - UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL / HCPF, PASSO FUNDO - RS - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Avaliar os aspectos metabólicos no pré e pós-operatório dos pacientes submetidos ao bypass gástrico em Y-de-Roux para tratamento de obesidade mórbida.Método: Realizou-se um estudo retrospectivo com 373 pacientes submetidos a cirurgia bariátrica pela técnica de bypass gástrico em Y-de-Roux entre 2007 a 2014. Analisaram-se as variações de IMC, glicemia de jejum (GJ), Triglicerídeos, Colesterol Total e frações. Os testes de hipóteses utilizados foram o t de student e a ANOVA conforme o número de variáveis comparadas com auxilio do SPSS Statistics 20.0. Um valor de pResultados: A pesquisa contou com 373 pacientes. A média de idade foi de 41,4 + 11 anos, com predomínio do sexo feminino (81,2%). A cirurgia realizada em todos os casos foi o bypass gástrico em Y-de-Roux. O IMC pré-operatório era de 42,16 + 4,61 kg/m2 e de 27,27 + 3,49 kg/m2 no 24o mês pós-operatório. A glicemia média pré-operatória foi de 98,93 + 29,64 mg/dL, com redução para 81,63 + 9,93 mg/dL no 6o mês pós-operatório (p0,05), em 12 meses foi de 55,3 + 12,5 mg/dL (p0,05) após 24 meses de seguimento. Os triglicerídeos tiveram redução do valor inicial de 175 + 94 mg/dL, para 103,2 + 43 mg/dL (pConclusão: Os dados analisados demonstram que o bypass gástrico em Y-de-Roux é um excelente método para a perda e manutenção do peso a longo termo, mas, principalmente, para o controle metabólico. Os pacientes tiveram melhora significativa da dislipidemia e dos níveis da glicemia de jejum.Bibliografia:Dee, A., et al. (2014). "The direct and indirect costs of both overweight and obesity: a systematic review." BMC Res Notes 7: 242.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2701

TÍTULO DO TRABALHO: ANASTOMOSE ÊNTERO-ÊNTERO TÉRMINO-LATERAL MANUAL NO BYPASS GÁSTRICO: ANÁLISE DE 450 CASOS.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CAIO AUGUSTO RÉGIS PAULO NETO DE ALMEIDA; RUAN CÉSAR TEIXEIRA DE CARVALHO; AUGUSTO DE ALMEIDA JÚNIOR; MARIA EDUARDA SERAFIM CRISPIM; GUSTAVO LEITE URQUISA; GUSTAVO GOMES MARQUES. HOSPITAL SAMARITANO, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO O bypass gástrico é a técnica bariátrica mais praticada no Brasil, correspondendo a 75% das cirurgias realizadas. Inicialmente é realizado um ?pautch? gástrico, reduzindo o volume do estômago, associado a um bypass, promovendo o aumento da liberação de hormônios que dão saciedade e diminuem a fome, além da redução absortiva intestinal. A somatória entre menor ingestão de alimentos, diminuição absortiva e o aumento da saciedade é o que leva ao emagrecimento. No procedimento são realizadas duas anastomoses: gastro-êntero e êntero-êntero. OBJETIVO Consiste em demonstrar as vantagens de realização da técnica término-lateral de forma manual na anastomose êntero-êntero com fio de sutura Caprofyl 3-0 sobre a técnica látero-lateral com grampeamento na anastomose êntero-êntero. MÉTODO Trata-se de um estudo de abordagem qualiquantitativa no qual são apresentadas informações referentes aos 450 pacientes submetidos ao Bypass Gástrico com anastomose êntero-êntero término-lateral manual. A coleta de dados foi realizada em Janeiro de 2017, uma busca ativa em prontuários hospitalares, o estudo engloba todos os procedimentos realizados de Janeiro de 2015 a Janeiro de 2017. Todos os pacientes foram operados pela equipe do Centro de Tratamento Multidisciplinar da Obesidade (CTMO) no Complexo Hospitalar Samaritano na cidade de João Pessoa, Paraíba. RESULTADOS Nestes casos perceberam-se a ausência de formação de hérnia interna, de êntero-hemorragias e intussuscepção, representando um percentual de 0% nos 450 casos analisados. CONCLUSÃO Sendo assim, a título de análise inicial, percebeu-se uma vantagem relevante desta técnica sobre a técnica mais utilizada atualmente (látero-lateral com grampeamento na anastomose êntero-êntero), visto que a literatura mostra uma incidência de hérnia interna nessa técnica de 3% - 4,5% e de êntero- hemorragia 1,9% - 4,4%.BIBLIOGRAFIA ACQUAFRESCA, Pablo A. et al . Complicações cirúrgicas precoces após bypass gástrico: revisão da literatura. ABCD, arq. bras. cir. dig., São Paulo , v. 28, n. 1, p. 74-80, 2015 . BANKA, Gaurav et al. Laparoscopic vs open gastric bypass surgery: differences in patient demographics, safety, and outcomes. Archives of Surgery, v. 147, n. 6, p. 550-556, 2012.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1828

TÍTULO DO TRABALHO: ASSOCIAÇÃO ENTRE TÉCNICA CIRÚRGICA BARIÁTRICA E O ABUSO DE ÁLCOOL PÓS-OPERATÓRIO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: EDMUNDO VIEIRA PRADO NETO; MARCELO DIB BECHARA; PAULO CESAR GRIPPA. UNIVERSIDADE DE MARÍLIA, MARÍLIA - SP - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVO: O consumo excessivo de álcool é prevalente após a cirurgia bariátrica. Objetiva-se investigar em qual técnica cirúrgica apresenta maior associação com o abuso de álcool após o procedimento.MÉTODOS: Estudo secundário com busca em Pubmed e Embase. Utilizou-se a estratégia de busca ?bariatric surgery AND (alcohol abuse OR alcoholism) AND (complication OR morbidity OR mortality OR effect) resultando em 144 artigos. Após o uso dos critérios de exclusão e inclusão, e seleção pelo título/resumo, 23 textos foram lidos na íntegra e 5 incluídos.RESULTADOS: 3 estudos compararam apenas o Bypass gástrico e a banda gástrica vertical; 2 incluíram, além dessas técnicas, a banda gástrica vertical. O bypass gástrico apresentou maior associação significativa com o abuso de álcool em artigos, mas não houve associação entre ténicas cirúrgicas e o álcool em 1 estudo.CONCLUSAO: Candidatos à cirurgia bariatrica com histórico de consumo abusivo de álcool devem ser conduzidos com cautela sobre a técnica cirúrgica empregada. É pertinente discutir sobre o consumo de álcool após a intervenção com os pacientes.BIBLIOGRAFIA: Östlund, M. P., Backman, O., Marsk, R., Stockeld, D., Lagergren, J., Rasmussen, F., & Näslund, E. (2013). Increased admission for alcohol dependence after gastric bypass surgery compared with restrictive bariatric surgery. JAMA surgery, 148(4), 374-377.King, W. C., Chen, J. Y., Mitchell, J. E., Kalarchian, M. A., Steffen, K. J., Engel, S. G... & Yanovski, S. Z. (2012). Prevalence of alcohol use disorders before and after bariatric surgery. Jama, 307(23), 2516-2525.Svensson, P. A., Anveden, Å., Romeo, S., Peltonen, M., Ahlin, S., Burza, M. A., ... & Maglio, C. (2013). Alcohol consumption and alcohol problems after bariatric surgery in the Swedish obese subjects study. Obesity, 21(12), 2444-2451.de Araujo Burgos, M. G. P., Cabral, P. C., Maio, R., Oliveira, B. M., Dias, M. S. O., de Figueiredo Melim, D. B., & Correia, M. F. (2015). Prevalence of alcohol abuse before and after bariatric surgery associated with nutritional and lifestyle factors: A study involving a Portuguese population. Obesity surgery, 25(9), 1716-1722.

CODIGO DO TRABALHO: 976

TÍTULO DO TRABALHO: AVALIAÇÃO DE BIÓPSIA HEPÁTICA TRANSOPERATÓRIA EM 80 PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA E SUA CORRELAÇÃO COM SÍNDROME METABÓLICA E IMC

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOSE TARCISIO BARROSO ZOVICO1; GUSTAVO ALVES DE OLIVEIRA2; CARLOS RENATO CASTRO RENON2; CYRO REZENDE LAGHI2; ROGER BONGESTAB DOS SANTOS2; TATIANE MARTINS ESCARPINI2; MARCELLA ARAUJO DA FONSECA2; PEDRO LUCIANO ALMEIDA NOGUEIRA DA GAMA3. 1. AEBES : ASSOC EVANGÉLICA BENEFICENTE ES, GUAÇUÍ - ES - BRASIL; 2. AEBES : ASSOC EVANGÉLICA BENEFICENTE ES, VILA VELHA - ES - BRASIL; 3. AEBES : ASSOC EVANGÉLICA BENEFICENTE ES, VITORIA - ES - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Descrever a análise histopatológica de biópsia hepática transoperatória em paciente submetidos à cirurgia bariátrica durante o ano de 2016, e correlacionar os resultados com a síndrome metabólica e índice de massa corporal.Métodos: Estudo analítico-descritivo com 80 pacientes do Serviço de Cirurgia Bariátrica e Metabólica no Hospital Evangélico de Vila Velha-ES e que, durante a operação bariátrica, foram submetidos à biopsia hepática devido ao aspecto macroscópico do fígado sugerir alteração em parênquima, durante o ano de 2016, em que no total foram operados 688 pacientes.Resultados: Dos 80 pacientes submetidos à biopsia hepática observou-se que 35(44%) destes apresentavam síndrome metabólica, com predomínio no sexo feminino (74,2%). Dois (2,5%) apresentavam biópsia normal, 50 (62,5%) esteatose leve, 16 (20%) esteatose moderada, 06(7,5%) esteatose grave, 6(7,5%) com esteato-hepatite. Não se encontrou diagnóstico de cirrose. Dos 35 pacientes com síndrome metabólica, 16(45%) pacientes com esteatose leve, 11 (31,3%) esteatose moderada, 3(8,5%) esteatose grave, 5(14,5%) esteato-hepatite.Observou-se nos obesos grau II apenas 01(4,8%) biópsia normal, 11 (52,4%) com esteatose leve, 05(23,8%) esteatose moderada, 2(9,5%) esteatose grave e 2(9,5%) esteato-hepatite. Nos obesos grau 3 com IMC ate 45kg/m2, encontrou-se 01(2,3%) com biópsia normal, 30(68,2%) em esteatose leve, 07(15,9%) esteatose moderada, 04(9%) esteatose grave e 02(4,6%) esteato-hepatite. Nos pacientes com IMC > 45kg/m2, observou-se 09(60%) esteatose leve, 04(26,6%) esteatose moderada, 02(13,4%) esteato-hepatite. Conclusões: Em obesidade, há grande incidência de esteatose hepática, porém neste estudo não foi encontrado correlação entre o grau evolutivo desta patologia com o IMC ou com Síndrome Metabólica. Bibliografia:Ribas Filho D, Suen VMM - Tratado de nutrologia. Mnole, 2013BRASILEIRO, Filho G: Bogliolo: Patologia. 7. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq. Bras. Cardiol 2006 Fev 1-48

CODIGO DO TRABALHO: 2394

TÍTULO DO TRABALHO: AVALIAÇÃO LABORATORIAL DE PACIENTES COM SINDROME METABÓLICA SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA DO TIPO BYPASS EM Y DE ROUX

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GABRIEL MOREIRA FURTADO DE QUEIROZ1; JOANA THAYNE PINHEIRO DE FIGUEIREDO1; THIAGO GONÇALVES COELHO1; JANIO JUNIOR MENDIZABAL NATTRODT1; MARCIO VALLE CORTEZ1; HUGO MARLON DE CASTRO NEGREIROS2; ISABELLE NASCIMENTO COSTA3. 1. UNL, MANAUS - AM - BRASIL; 2. FUNDAÇÃO HOSPITAL ADRIANO JORGE - FHAJ, MANAUS - AM - BRASIL; 3. UEA, MANAUS - AM - BRASIL.

RESUMO:
A Síndrome Metabólica (SM) corresponde a um conjunto de doenças cuja base é a resistência insulínica. É necessário que estejam presentes ao menos três dos cinco critérios, obesidade central - circunferência da cintura superior a 88 cm na mulher e 102 cm no homem; hipertensão Arterial - pressão arterial sistólica 130 e/ou pressão arterial diastólica 85 mmHg; glicemia de jejum de 110 mg/dl ou diagnóstico de diabetes; triglicerídeos de 150 mg/dl; HDL colesterol menor 40 mg/dl em homens e menor 50 mg/dl em mulheres. Objetivo: Esse estudo teve o objetivo analisar as alterações dos parâmetros laboratoriais da Síndrome Metabólica dos pacientes submetidos à Cirurgia Bariátrica do tipo Bypass com Y de Roux. Método: Tratou-se de um estudo retrospectivo e prospectivo, com acompanhamento de pacientes portadores de síndrome metabólica da Fundação Hospital Adriano Jorge e consultório particular, Manaus/AM, que se submeteram à cirurgia bariátrica no período de março de 2015 a maio de 2016, a fim de se avaliar e comparar parâmetros laboratoriais do pré-cirúrgico e após seis meses da cirurgia. Resultado: Foram avaliados 27 pacientes, sendo possível observar que em seis meses 44% retornaram ao peso normal, 30% normalizaram glicemia; 22% controlaram a pressão arterial, 55% normalizaram colesterol e 33% regularam o triglicerídeos. Houve a regressão dos parâmetros laboratoriais que condiziam com a SM, mesmo que, após seis meses, alguns pacientes ainda não estivessem com os exames dentro dos parâmetros normais, confirmando a eficácia da técnica cirúrgica no combate à SM.Conclusão: Conclui-se que se bem indicada à cirurgia bariátrica do tipo Bypass em Y de Roux os resultados obtidos são satisfatórios levando os parâmetros laboratoriais à normalidade e assim melhorando a qualidade de vida do paciente.

CODIGO DO TRABALHO: 2398

TÍTULO DO TRABALHO: AVALIAÇÃO LABORATORIAL DE PACIENTES DIABETES MELLITUS TIPO 2 SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA EM Y DE ROUX POR LAPAROSCOPIA NOS PERÍODOS PRÉ E PÓS-CIRÚRGICO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOANA THAYNE PINHEIRO DE FIGUEIREDO1; GABRIEL MOREIRA FURTADO DE QUEIROZ1; THIAGO GONÇALVES COELHO1; JANIO JUNIOR MENDIZABAL NATTRODT1; MARCIO VALLE CORTEZ1; HUGO MARLON DE CASTRO NEGREIROS2; ISABELLE NASCIMENTO COSTA3. 1. UNL, MANAUS - AM - BRASIL; 2. FUNDAÇÃO HOSPITAL ADRIANO JORGE FHAJ, MANAUS - AM - BRASIL; 3. UEA, MANAUS - AM - BRASIL.

RESUMO:
O sobrepeso e a obesidade estão fortemente associados com o desenvolvimento do Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2). O DM2 é causado pela combinação entre resistência à ação da insulina, deficiência relativa da secreção insulínica e aumento da produção hepática de glicose. O diabetes mellitus tipo 2 não controlado juntamente com a obesidade, a partir do grau 2, é indicativo de cirurgia bariátrica. Objetivos: Este estudo teve como objetivo estudar a evolução dos pacientes Diabetes Mellitus tipo 2 submetidos à cirurgia bariátrica em Y de Roux por laparoscopia. Metodologia: Este trabalho caracterizou-se por apresentar caráter retrospectivo e prospectivo observacional com acompanhamento de pacientes diabéticos que se submeteram à cirurgia bariátrica da Fundação Hospital Adriano Jorge e consultório particular, Manaus/AM, comparando parâmetros laboratoriais no pré e pós-cirúrgico como glicemia em jejum (valor normalResultados: Foram avaliados 20 pacientes, todos reduziram gradativamente o grau de obesidade com a perda de peso, no pré-operatório apresentaram mais frequente obesidade grau 3 e 4, durante um ano no pós-cirúrgico da bariátrica, 87% estavam com o peso normal. Pode-se observar que os pacientes possuíam a glicemia em jejum no pré-operatório de 189,5-106mg/dl e hemoglobina glicosada de 10-7,4%, sendo normalizado com seis meses de cirurgia bariátrica, 98-85mg/dl e 6-6,3%, esse retorno aos valores normais foi mantido no decorrer do ano. Assim, com seis meses de pós-operatório, os pacientes não necessitavam mais de tratamento farmacológico para a DM2. Conclusão: Este trabalho confirma que a cirurgia bariátrica foi um procedimento eficaz para promover perda ponderal e sua manutenção assim como a melhora de parâmetros glicêmicos.

CODIGO DO TRABALHO: 556

TÍTULO DO TRABALHO: BYPASS GÁSTRICO EM Y DE ROUX LAPAROSCÓPICO E SITUS INVERSUS TOTALIS ? RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FERNANDO LEAL PEREIRA; JULIANA SERIBELI HERNANDES; KARINA PRADO SANCHES; ALEXANDRE CAMPOS; GABRIEL ALEIXO; MOABE REZENDE DE LIMA; WILLY JOSÉ DE MACEDO NETTO. FACULDADE DE MEDICINA DE PRESIDENTE PRUDENTE, PRESIDENTE PRUDENTE - SP - BRASIL.

RESUMO:
BYPASS GÁSTRICO EM Y DE ROUX LAPAROSCÓPICO E SITUS INVERSUS TOTALIS ? RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA Juliana Seribeli1, Gabriel Aleixo², Karina Prado Sanches ASCBC3, Alexandre Campos4, Fernando Leal Pereira ACBC5, Moabe Rezende de Lima TCBC61Médico generalista, 2Discente da Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, 3Residente de Cirurgia Geral do Hospital Regional de Presidente Prudente, 4Docente de Cirurgia da Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, 5Coordenador da residência de Cirurgia Geral do Hospital Regional de Presidente Prudente, 6Coordenardor do Departamento de Cirurgia Geral do Hospital Regional de Presidente Prudente. RESUMOINTRODUÇÃO: Situs Invesus Totalis é uma entidade congênita e genética rara que consiste na disposição anormal de órgãos intra-abdominais e torácicos, que assumem posição em ?reflexo de espelho? com relação ao plano sagital. Procedimentos cirúrgicos nestes pacientes é um verdadeiro desafio devido às alterações anatômicas e possíveis más formações vasculares associadas. RELATO DE CASO: MAS, 54 anos e IMC 52.7 (125kg/1.54m) encaminhada de Unidade Básica de Saúde para o Ambulatório de Cirurgia Geral e Obesidade com queixa de obesidade há 10 anos. Realizado avaliação multiprofissional conforme orientações e protocolos da OMS (Organização Mundial de Saúde) e SBCBM (Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica) para Bypass gástrico em Y de Roux e exames pré-operatórios ? Ultrassonografia de abdome total e raio X de Tórax - onde notou-se que a paciente era portadora de situs inversus totalis. Durante a cirurgia pela complexidade implicada pelo SIT, foi necessário colocação de trocateres a mais. Totalizando 6 trocateres sendo três de 5mm e três de 12mm. A cirurgia teve duração aproximadamente três horas e meia, sem intercorrências durante o ato operatório e o pós cirúrgico. A paciente evoluiu sem intercorrências e teve alta no 3°dia de pós operatório. CONCLUSÃO: Antecipar possíveis complicações intra-operatórias é essencial e muitas vezes feita através de tomografia computadorizada ou angiografia. No presente caso foi necessário alterar a posição da equipe cirúrgica e inserção dos trocaters, além da inserção de um trocater a mais. Mudanças ergonômicas são exigidas durante a cirurgia e o domínio sobre as habilidades operatórias em anatomia invertida é necessário para um melhor desempenho cirúrgico nestes pacientes.?

CODIGO DO TRABALHO: 451

TÍTULO DO TRABALHO: CIRUGIA BARIÁTRICA: INTERVENÇÃO POSITIVA SOBRE A SAÚDE VASCULAR E ENDOTELIAL AFERIDA PELO ÍNDICE TORNOZELO BRAQUIAL

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOÃO GABRIEL SILVA LEMES; EMILTON LIMA JÚNIOR; VINÍCIUS MICHELIN MARMENTINI. UFPR, CURITIBA - PR - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Avaliar o comportamento da condição endotelial e saúde vascular de pacientes frente a intervenção da cirurgia bariátrica.Métodos: 13 pacientes submetidos a cirurgia bariátrica (gastroplastia com derivação intestinal em "Y de Roux") pela equipe cirúrgica do Hospital de Clínicas da UFPR tiveram seu índice tornozelo braquial, índice de massa corporal e pressão arterial sistólica avaliados três vezes para cada participante. Ocorreram uma avaliação no pré-operatório, uma avaliação pós-operatória um mês após a cirurgia e uma avaliação pós-operatória três meses após a cirurgia.Resultados: Ocorreu aumento na média populacional do índice tornozelo braquial entre a avaliação pré-operatória (média = 0,98 ± 0,17) e a primeira avaliação pós-operatória (média = 1,04 ± 0,16) (p = 0,04*), bem como em relação a segunda avaliação pós-operatória (média = 1,04 ± 0,13) (p= 0,02*). Entre as duas avaliações pós-operatórias do índice tornozelo braquial não houve diferença significativa (p = 0,93). Observou-se redução significativa do valor do índice de massa corporal entre os três momentos de avaliação (p Conclusão: Previamente à cirurgia o índice tornozelo braquial médio dos pacientes estava dentro da faixa de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (índice tornozelo braquial borderline). Após a cirurgia houve aumento do valor do índice tornozelo braquial em relação ao pré-operatório, atingindo a faixa de normalidade. Observando-se o comportamento similar dos três indicadores avaliados, especialmente a importante variação do índice tornozelo braquial, pode-se concluir que a cirurgia bariátrica atua como intervenção rápida e positiva sobre o índice tornozelo braquial, e logo também sobre a condição endotelial e saúde cardiovascular dos pacientes como um todo.Referências: 1. Haruta H et al. Long-Term Outcomes of Bariatric and Metabolic Surgery in Japan: Results of a Multi-Institutional Survey. Obes Surg 2016 (in press). 2. Elian VI et al. Weight loss in Young obese subjects improves lipids and adipokines levels and reduces arterial stiffness. Acta Endocrinol 2013; 9: 79-86. 3. Arnon B et al. Gender effect on vascular responsiveness after bariatric surgery. Centr Eur J Med 2013; 8: 531-538.

CODIGO DO TRABALHO: 2059

TÍTULO DO TRABALHO: CIRURGIA BARIÁTRICA: REVISÃO DOS ASPECTOS PSICOLÓGICOS PRÉ-OPERATÓRIOS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CONJETO LUIZ DA SILVA NETO1; WALMIRTON BEZERRA D`ALESSANDRO2; DANIVAL FERREIRA DE CASTRO JÚNIOR2; LORENA PASSOS SOARES2; ANA PAULA DE SANTANA2; MARCELO HENRIQUE MENEZES3; GENTIL AUGUSTO FRAZÃO JÚNIOR4; LUCIANO LEAL NEVES2. 1. UNIEVANGÉLICA, ANÁPOLIS - GO - BRASIL; 2. CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIRG, GURUPI - TO - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DE TOCANTINS, PALMAS - TO - BRASIL; 4. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: A obesidade é uma doença crônica caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal. É hoje considerada problema de saúde pública em muitos países, e tem muitos riscos associados como problemas cardiovasculares, diabetes tipo II, hipertensão arterial, entre outros. Sua etiologia é multifatorial e, assim, muitas são as abordagens terapêuticas, sendo a cirurgia bariátrica uma das possibilidades em casos específicos. Para que o paciente seja considerado apto para se submeter à cirurgia bariátrica é exigido que ele seja avaliado por equipe multiprofissional. Com isso busca-se trabalhar aspectos de prevenção de problemas futuros, e atenção para aqueles aspectos psicossociais que poderão influenciar no sucesso da cirurgia. Neste contexto, o atual estudo teve como objetivo identificar através de revisão bibliográfica os principais aspectos psicopatológicos dos pacientes candidatos à cirurgia bariátrica. Metodologia: Realizou-se o levantamento bibliográfico da atual literatura identificando os principais aspectos psicopatológicos no pré-operatório da cirurgia bariátrica. Os artigos foram publicados nos períodos entre 2012 a 2016 utilizando a base de dados eletrônica Scientific Electronic Library Online (SciELO) , Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e PubMed. Resultados: A associação entre transtornos psicológicos e obesidade em grau avançado tem sido frequente nos últimos anos, dentre os quais podem ser citados: depressão, ansiedade e compulsão alimentar. Estudos mostram quem tais distúrbios podem influenciar de forma negativa na perda de peso no pós-operatório. Bem como, pode-se concluir com o resultado de alguns estudos que muitos distúrbios psiquiátricos permanecem mesmo após a perda de peso. Considerações finais: Apesar de numa forma geral, os estudos mostrarem uma tendência de melhora na qualidade de vida no pós-operatório, alguns transtornos psiquiátricos podem permanecer e afetar os resultados esperados com a cirurgia. Diferentes metodologias, instrumentos e definições são utilizados, não permitindo uma conclusão sobre a verdadeira frequência do fenômeno em geral. Bem como, a maioria dos estudos conduzidos nessa área são bastante restritos com relação ao número de participantes na pesquisa, dificultando a generalização dos resultados.

CODIGO DO TRABALHO: 2725

TÍTULO DO TRABALHO: Cirurgia Revisional: Conversão de Gastroplastia redutora By Pass jejuno-Ileal com Anel em Gastrectomia Vertical

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: REBECA ANTUNES DE OLIVEIRA; THIAGO PATTA DA SILVA; ALBER PESSOA FIGUEIREDO; JAYME DANIEL SILVA MORHEB. INSTITUTO VIGOR, PORTO VELHO - RO - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoA obesidade é uma doença crônica, multifatorial reconhecida como um problema de saúde pública. Está associada com o aumento da incidência de uma variedade de afecções e uma menor expectativa de vida. Os tratamentos clínicos não têm mostrado resultados efetivos a longo prazo e a cirurgia bariátrica é reconhecida como a melhor opção de tratamento, já que é mais eficaz tanto na redução como na manutenção da perda de peso e na remissão e controle de diversas doenças associadas. Dado o elevado número de técnicas cirúrgicas de obesidade que se realizam em todo o mundo, tornou-se relativamente comum os pacientes terem de ser submetidos a uma segunda operação, chamada de cirurgia revisional. A técnica By Pass jejuno-Ileal (BPJI) consiste numa cirurgia disabsortiva, que promove o desvio intestinal do jejuno até o íleo com a colocação de um anel restritivo. Restando apenas cerca de 1 metro de alça comum, porém bem disabsortivo. Muitos pacientes não se adaptam a técnica ou não apresentam a perda de peso necessária então é possível revisá-la por videolaparoscopia e, caso haja necessidade, pode-se utilizar uma nova técnica, como a gastrectomia vertical, uma vez que ela já provou ser efetiva em perda de peso associada à baixa morbimortalidade e bons resultados pós-operatórios.Relato de CasoG.G, sexo feminino, 40 anos, 1,68m de altura, peso de 84,6Kg, submetida a técnica BPJI há 9 anos, com perda ponderal de 16Kg e após 2 anos teve reganho ponderal de peso chegando a 86,9Kg e índice de massa corpórea de 30 kg/m².Vêm evoluindo com ritmo intestinal irregular (oscilando diarreia e constipação), intolerância a carne vermelha, dor epigástrica e sintomas depressivos. Faz uso diário de pantoprazol, citalopran e amitriptilina. Dos exames pré operatórios, a endoscopia digestiva alta mostrou pangastrite leve com teste de urease positiva e ultrassom de abdome demonstrando colelitíase e esteatose hepática. A paciente foi acompanhada por equipe multidisciplinar sendo reabilitada para o procedimento. A cirurgia de Revisional foi feita juntamente com a colecistectomia, por videolaparoscopia, e não houve intercorrências e no 4º dia do pós cirúrgico a mesma recebeu alta.ConclusãoPara um número restrito de pacientes que não apresentou perda de peso satisfatória após tratamento imposto, a cirurgia revisional tem efeito permanente sobre a obesidade, mas os riscos associados são maiores exigindo um cirurgião bariátrico experiente.

CODIGO DO TRABALHO: 1181

TÍTULO DO TRABALHO: COMPLICAÇÕES DA CIRURGIA BARIÁTRICA VIDEOLAPAROSCÓPICA POR Y DE ROUX- REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RODRIGO EIK SAHYUN; KELLYN CRISTINA GARBUIO SILVA; DENISE CAMILIOS COSSIOLO; EMANUEL GOIS JR; HELIO APARECIDO BATISTELA JUNIOR; MARCO AURÉLIO CRUCIOL RODRIGUES; LISANDRA CONEGLIAN DE FARIAS; NAJA NABUT. HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA, LONDRINA - PR - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOA cirurgia bariátrica videolaparoscópica está cada vez mais presente no mundo, sendo utilizada como tratamento para casos de obesidade e controle de determinados casos de Diabetes Mellitus tipo 2. Porém, como qualquer procedimento cirúrgico não é livre de complicações, mesmo que em pequena escala.OBJETIVOO objetivo deste trabalho é realizar uma revisão bibliográfica sobre complicações da cirurgia bariátrica com Y de Roux.METODOLOGIAA revisão bibliográfica concentrou-se em periódicos indexados na base PubMed. O critério de inclusão foi todos os artigos recentes que retratavam o assunto.DISCUSSÃOA cirurgia bariátrica videolaparoscópica está se fortificando como principal tratamento para casos de obesidade no mundo. É indicada para indivíduos com IMC >40, masculino ou feminino, que tenha tentado emagrecer há um ano sem sucesso ou indivíduos com IMC >35 associado a alguma patologia crônica como Diabetes Mellitus que tenha feito tratamento clinico por um ano sem êxito. A cirurgia bariátrica videolaparoscópica pela técnica Y de Roux, além de apresentar bons resultados relativos à perda de peso evolui com menor número de complicações na formação de aderências. No entanto, é responsável por maior formação de hérnias internas.A anastomose reto-cólica realizada na cirurgia cria um espaço no mesentério que favorece a formação da hérnia transmesentérica e da hérnia de Petersen. Petersen descreveu as hérnias retroanastomóticas em 1900 e tais hérnias decorem de falhas das anastomoses em diversos pontos do trato gastrointestinais. A classificação de tais complicações se dá em hérnias transmesocólicas que ocorrem entre a anastomose e a raiz do mesocólon e as pré-cólicas que ocorrem entre a anastomose e o cólon transverso.Mais da metade dos casos ocorrem dentro do primeiro mês de pós-operatório e podem cursar com dor abdominal tipo cólica até a obstrução parcial ou total do intestino. O tratamento se faz com a correção cirúrgica da hérnia. Além das hérnias internas são descritos casos de obstrução intestinal por aderências formadas no pós-operatório e, em casos ainda mais raros, intussuscepção intestinal decorrente da cirurgia bariátrica laparoscópica por Y de Roux.CONCLUSÃOA cirurgia bariátrica laparoscópica por Y de Roux não é isenta de complicações, por isso cabe ao cirurgião estar familiarizado com essas possíveis complicações, a fim de reconhecê-las precocemente e realizar a melhor intervenção.

CODIGO DO TRABALHO: 3086

TÍTULO DO TRABALHO: CONVERSÃO DE BANDA GÁSTRICA AJUSTÁVEL EM MINIGASTRIC BYPASS COMO CIRURGIA REVISIONAL

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LEONARDO EMILIO DA SILVA; LARA SILVA PAIXÃO; MAXLEY MARTINS ALVES; PHELIPE GONÇALVES MENDES PIMENTEL; LUDMILLA DA SILVA BATISTA; ISABELA SUAVINHA JAYME; THIAGO HAYASHIDA TELES DE CARVALHO; GABRIEL ALVES CARRIÃO. ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS, GOIANIA - GO - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo - avaliar pacientes submetidos previamente a banda gástrica ajustável e que não obtiveram sucesso terapêutico e então foram submetidos à conversão para "minigastric bypass? (MGB).Método - os critérios de inclusão foram pacientes submetidos ao implante de banda gástrica ajustável que não obtiveram sucesso na perda ponderal; e/ou melhora ou remissão do T2DM tipo 2 e/ou melhora ou remissão na hipertensão arterial e/ou apresentaram DRGE de novo e/ou recidivam e/ou tiveram piora clínica DRGE e/ou apresentaram migração da banda. Em todos os portadores de DRGE foi realizada a crurorrafia sistemática junto com o MGB. Foram excluídos pacientes que estavam em uso de bebida alcoólica e/ou tabagistas; usuários de drogas ilícitas; pacientes que não aceitaram se submeter ao acompanhamento nutricional e psicológico pré-operatório por um período mínimo de 6 meses. Os pacientes foram acompanhados até 10 anos de pós-operatório com avaliação de IMC; %EWL; HbA1c; Glicemia de jejum e níveis pressóricos de pressão arterial. Foram considerados como completa remissão do T2DM aqueles com HbA1cResultados - 38 doentes foram submetidos à conversão entre Janeiro/2001 a Janeiro/2017 sendo 34/90% do sexo feminino. Todos os pacientes foram incluídos por falha na perda ponderal. Destes doentes 83% (5/6) não melhoraram T2DM e 17% (1/6) recidivaram T2DM após reganho de peso. 100% dos doentes reoperados apresentavam algum grau de DRGE na reoperação. Destes, 12/32% aprestavam DRGE de novo; 100% estavam em uso de IBP; 21/55% apresentaram hérnia hiatal. Dos 38 que foram operados por insucesso na perda ponderal apenas 3 doentes não atingiram a perda ponderal completa. Quanto ao T2DM dos 6 doentes incluídos todos curaram a doença. A DRGE foi curada em 100% dos pacientes. Na analise da HAS apenas 5 não curaram a HAS. A mortalidade foi zero.Conclusão - a conversão de banda gástrica ajustável em MGB em pacientes que não obtiveram sucesso no tratamento da obesidade; T2DM; DRGE e HAS é um método factível, eficaz e seguro.

CODIGO DO TRABALHO: 2722

TÍTULO DO TRABALHO: Depressão e ansiedade em obesos mórbidos: é importante avaliar?

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANA MARIA NEDER DE ALMEIDA; FÁBIO HENRIQUE MENDOÇA CHAIM; LUCIANA NASCIMENTO; ELAINE CRISTINA CANDIDO; LUCIANA DA SILVEIRA BUENO JAROSLAVSKY; DÉBORA MODENA; LETICIA BALTIERI; RENATA GOBATTO; CAMILA BACAN; MARTINHO ANTONIO GESTIC; MURILLO PIMENTEL UTRINI; EVERTON CAZZO; FELIPE DAVID MENDONCA CHAIM; ELINTON ADAMI CHAIM. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A obesidade tem elevada prevalência na população, é de difícil controle e elevado índice de morbidades. O ambulatório de obesidade mórbida do HC-UNICAMP, o qual realiza tratamento de pacientes com obesidade grau I, II e III, tem uma equipe multidisciplinar, de médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas e fisioterapeutas, imprescindíveis no preparo pré e pós-operatório da cirurgia bariátrica (CB), com o objetivo de orientar a perda de peso semanalmente, a educação alimentar e seus aspectos de forma saudável. A ansiedade e a depressão são doenças importantes de serem identificadas no pré-operatório, e do mesmo modo, tratados de forma adequada, pois podem interferir nos resultados do tratamento. Objetivos: Os objetivos deste trabalho são de avaliar os níveis de depressão e ansiedade nos obesos mórbidos que participam do Programa de Cirurgia Bariátrica, para caracterizar o seu estado emocional. Métodos: Foram aplicados os questionários BDI (Beck Depression Inventary) e BAI (Beck Anxiety Inventary) a um total de 80 obesos mórbidos (64 femininos e 16 masculinos), cujas respostas permitem obter scores, os quais foram empregados para quantificar a intensidade destas doenças, relacionando-os com idade, sexo, I.M.C. e tempo de permanência no Programa. Resultados: Os scores de depressão quantificados como mínimo/leve, moderado e grave foram respectivamente: 66,2%, 20,8% e 13% e os de ansiedade foram respectivamente: 56,8%, 16,8% e 12,7%, sendo a maioria dos graves no sexo feminino, sem relação com o I.M.C. e tempo de permanência no Programa. Conclusões: A ansiedade e a depressão são doenças que devem ser bem avaliadas no pré-operatório de obesos mórbidos, pela equipe da psicologia e tratados de forma adequada. Espera-se que as informações descritas neste estudo possam contribuir com novos questionamentos e motivar novas investigações, ampliando os conhecimentos e a compreensão dos aspectos psicológicos desta doença, sobretudo, do ponto de vista médico e nutricional.

CODIGO DO TRABALHO: 1960

TÍTULO DO TRABALHO: Estudo da Evolução da Função Sexual em Homens Operados de Cirurgia Bariátrica

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GABRIELA OLIVEIRA BAGANO1; CLAUDIA FERNANDES DE ALMEIDA OLIVEIRA2; PAULO OLIVEIRA2; ALICE FERNANDES DE ALMEIDA OLIVEIRA3; HOSANNAH LEITE FILHO2; ERIVAN BARBOSA LIMA JUNIOR2; UBIRAJARA BARROSO JUNIOR3. 1. ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAUDE PUBLICA (EBMSP), SALVADOR - BA - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA (UEFS), FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL; 3. ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA (EBMSP), SALVADOR - BA - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVO: Avaliar o efeito da cirurgia bariátrica na evolução da função sexual de pacientes obesos operados. METODOLOGIA: Este trabalho é um estudo quantitativo, descritivo e analítico, do tipo corte transversal, quasi-experimental, para o qual foram selecionados pacientes do sexo masculino operados de Fobi-Capella por uma equipe de cirurgia bariátrica de Feira de Santana ? BA, entre abril de 2015 e abril de 2016, dos quais foram incluídos 10 pacientes que, necessariamente, tivessem comparecido às consultas de acompanhamento e aceitado responder aos questionários aplicados. Foram excluídos pacientes submetidos a cirurgia pélvica ou radioterapia prévia ou em curso, com histórico de doenças neurológicas ou inatividade sexual nos últimos seis meses. Procedemos com uma análise em dois tempos - no pré e pós-operatórios ? mediante aplicação do validado internacionalmente IIEF (The International Index of Erectile Function). No planejamento estatístico, foi utilizado o programa SPSS versão Windows 21.0. Para as variáveis contínuas, analisamos a normalidade através da estatística descritiva e pelo teste de Shapiro Wilk. Este trabalho é parte de um estudo maior sobre a relação entre obesidade e função sexual em pacientes de cirurgia bariátrica em Feira de Santana ? BA. RESULTADOS: A média do escore total do questionário IIEF melhorou de 57,5 (47,8-60,5) no pré-operatório para 64 (61-70,5) no pós-operatório (p=0,032). O aumento dos escores isolados dos domínios, por sua vez, foi de 60% em função erétil, 60% em orgasmo, 90% em desejo sexual, 80% em satisfação no intercurso e 90% em satisfação sexual geral. CONCLUSÃO: A cirurgia bariátrica constitui um tratamento efetivo no sentido de melhorar a qualidade de vida sexual de homens obesos. Verificou-se evolução expressiva da função e do desempenho sexuais dos pacientes seis meses após a operação. Destarte, observa-se que a perda de peso se reflete positivamente não somente nas comorbidades, mas também na função sexual, quer seja pelo ganho da autoestima, pela melhora da autoimagem, pela recuperação do balanço hormonal ou pelo aumento da desenvoltura física.
BIBLIOGRAFIA: 1.Fried, M., et al. (2013). "Interdisciplinary European Guidelines on metabolic and bariatric surgery." Obes Facts6(5): 449-468. 2.Colquitt, J. L., et al. (2014). "Surgery for weight loss in adults." Cochrane Database of Systematic Reviews(8).

CODIGO DO TRABALHO: 327

TÍTULO DO TRABALHO: Fistula gástro-cutânea recidivada durante a gestação após 3 anos de Gastrectomia vertical

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANDRE LUIZ PICOLI MATTAR; TIAGO CYPRIANO DUTRA; PAULO CASOTTI PENEDO; GERLIANO MARÇAL DA LUZ GONÇALVES; ANDRÉ VICTOR GUUVÊA BASTOS; CAMILA FABRES PEREIRA; RAPHAEL FERNANDES CALHAU. HOSPITAL EVANGÉLICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM, CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM - ES - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoA gastrectomia vertical vem ganhando nos últimos anos grande importância no arsenal terapêutico no tratamento da obesidade mórbida,sendo a segunda operação bariátrica mais realizada no mundo, representando 37% das quase 500.000 cirurgias bariátricas realizadas, e é a mais realizada nos EUA e Canadá, segundo último levantamento mundial em 2013 e publicado em 2015.O grande desafio para o cirurgião bariátrico ainda é a fístula gástrica, mais comumente localizada no ângulo de His. Em março de 2011, um painel global organizado por Rosenthal, foram analisados mais de 12.000 casos de gastrectomias verticais por laparoscopia, de 11 países dos 6 continentes. Dos 12.799 casos analisados foi relatado um índice de fistula gástrica variando de 0 a 3.9%, com média global de 1,06%.Relato do casoO objetivo deste trabalho é relatar um caso raro de fistula gástrica em ângulo de His diagnosticada no décimo dia de pós-operatório.A fístula foi tratada com drenagem cirúrgica e suporte nutricional, com boa evolução e resolução da fístula após 32 dias de internação.Após 3 anos de follow up, houve recidiva da fístula durante o terceiro mês de gestação da paciente ,com drenagem de restos alimentares pelo orificio cutâneo. Foi estudada com ressonância magnética, apresentando pertuito bem formado sem coleções intracavitárias. Como a paciente não apresentava sinais sistêmicos de infecção e como não temos acesso a tratamentos endoscópicos, resolvemos acompanhar a evolução da paciente durante a gestação, com suporte proteico e vitamínico. A criança nasceu com peso e biometria normais e teve bom desenvolvimento durante a lactação. Após seu desmame procedemos tratamento cirúrgico com abordagem direta do orifício fistuloso, ressecção do antro remanescente e reconstrução em y de Roux. A paciente evoluiu bem no pós-operatório tendo alta após cinco dias, mantendo quadro clinico sem sinais de fistulização e com bom controle nutricional após 5 meses de acompanhamento.ConclusãoA fístula gástrica após a gastrectomia vertical continua sendo um grande desafio diagnóstico e terapèutico, sendo a complicação mais temida pelo cirurgião bariátrico. Recidivas tardias são pouco descritas e seu tratamento deve ser individualizado, a depender das condições clinicas do paciente e dos métodos terapèuticos disponíveis.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1824

TÍTULO DO TRABALHO: Gastroplastia em paciente portadora de paraplegia por mielite esquistossomótica

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: THIAGO AUGUSTUS BLASCO E SILVA; RODRIGO FABIANO GUEDES LEITE; LEONARDO MOREIRA DE CARVALHO. HOSPITAL MADRE TERESA, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução:Trata-se de um relato de caso, descrevendo a experiência da equipe ao submeter uma paciente portadora de paraplegia à cirurgia bariátrica.Houve melhora importante da qualidade de vida, inclusive com aumento da sua capacidade motora, demonstrada por testes neurológicos.Relato de caso:Trata-se da paciente T. S. D., 27 anos, diagnosticada com mielite esquistossomótica, apresentando rápida redução da capacidade motora dos membros inferiores.Inicialmente portadora de obesidade grau I associada à HAS, DM2 e dislipdemia, a paciente evoluiu com ganho de peso durante os dois anos seguintes, até que foi encaminhada ao ambulatório de cirurgia bariátrica, onde foi constatada obesidade grau III (IMC 51,82).Após passar por todo o protocolo pré-operatório habitual, a paciente foi submetida a uma gastroplastia vertical à Sleeve por videolaparoscopia.Atualmente, com dois anos de pós-operatório, a paciente encontra-se com um IMC de 31, relatando melhora considerável na sua qualidade de vida e independência para atividades de vida diária, como tomar banho, trocar de roupas e cuidados domiciliares.Associado ao tratamento neurológico e fisioterápico, com o emagrecimento, a paciente atualmente caminha coi auxílio de andador, tarefa que não era possível anteriormente.Além disso, foram suspenso seus anti-hipertensivos e hipoglicemiante oral.Conclusão:Apesar de pouco usual, a gastroplastia em pacientes portadores de deficit motor pode estar muito bem indicada e ser responsável por grande impacto positivo na vida do paciente.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1934

TÍTULO DO TRABALHO: Hérnia de Petersen: Complicação Pós-Operatória da Cirurgia Bariátrica

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JORGE ROBERTO MARCANTE CARLOTTO1; LUCAS DUDA SCHMITZ1; JUAREZ ANTONIO DAL VESCO1; YURI GOERSCH FERREIRA ANDRADE2; MATHEUS DA SILVA STEDILE3. 1. EXOBEX - TRATAMENTO DA OBESIDADE, PASSO FUNDO - RS - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - HOSPITAL DA CIDADE DE PASSO FUNDO, PASSO FUNDO - RS - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO, PASSO FUNDO - RS - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A obesidade é um importante problema de saúde pública alcançando níveis de proporções epidêmicas na sociedade ocidental. A cirurgia bariátrica é, atualmente, a única modalidade que fornece uma perda de peso sustentada para obesos mórbidos, contribuindo na melhora e no controle das comorbidades relacionadas à obesidade. Hérnias internas são complicações tardias que podem ocorrer após um bypass gástrico em Y-de-Roux. Nós descrevemos um caso de hérnia interna tardia após bypass gástrico em Y-de-Roux.Relato de caso: Mulher, 36 anos, submetida bypass gástrico em Y-de-Roux há 5 anos atrás para tratamento de obesidade mórbida. Paciente atendida na unidade de emergência com epigastralgia há 2 dias, acompanhada de náuseas, vômitos e parada da eliminação de gazes e fezes. Ao exame: sinais vitais estáveis (PA 120/80 mmHg, FC 80 bpm), apresentando diminuição dos RHA e dor a palpação profunda de abdome superior. A tomografia computadorizada evidenciou distensão importante de intestino delgado com ponto de transição em jejuno proximal. Paciente levada à laparotomia exploradora, onde constatou-se alças de intestino delgado distendidas, várias aderências densas e ponto de perfuração na alça alimentar transmesocólica, com herniação interna da alça alimentar pela brecha mesentero-mesentérica aberta. Optou-se pela correção de hérnia interna com rotação de segmento intestinal, enterorrafia da alça alimentar perfurada e fechamento da brecha mesentérica do orifício de Petersen. Paciente apresentou boa evolução após procedimento cirúrgico, com dieta oral no primeiro dia de pós-operatório e alta hospitalar no quarto dia.Conclusão: O fechamento da brecha mesentérica na cirurgia bariátrica reduz a incidência de hérnias internas, sem aumento significativo do tempo operatório. O cirurgião deve conhecer e estar atento a esta possível complicação pós-operatória da cirurgia bariátrica, para realizar o diagnóstico precoce e rápida intervenção, diminuindo a morbimortalidade relacionadas a esta complicação.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 3015

TÍTULO DO TRABALHO: Hipoacusia unilateral no pós-operatório imediato de cirurgia redutora

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FELIPE ALVES PIMMEL1; DANIELA GHIZONI DACOREGIO1; RICARDO REIS DO NASCIMENTO2; JÉSSICA THAYNARA DUARTE BARROS2; FLÁVIA COAN ANTUNES2; FRANCISCO HENRIQUE CAVALLI MARCONATO2; FLAVIA SALVAN2; THAINA PAOLA WARPECHOWSKI2; EDUARDO GUAREZI CALEGARI2. 1. UNISUL - UNIDADE TUBARÃO/SC, TUBARÃO - SC - BRASIL; 2. HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO, TUBARÃO - SC - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O tratamento mais efetivo diante da obesidade mórbida é a cirurgia redutora e a técnica operatória, considerada padrão-ouro, é o bypass gástrico em Y-de-Roux. Mesmo com segurança bem documentada, esta técnica possui complicações do ato operatório. Porém, o relato a ser apresentado demonstra um caso incomum no pós-operatório de cirurgias bariátricas: hipoacusia. A hipoacusia por definição é a perda parcial ou total da audição podendo ser passageira ou definitiva. Na literatura, existem estudos que correlacionam deficiências da tuba auditiva com a perda aguda de peso pós-cirurgias bariátricas, porém há uma escassez de estudos que correlacionam sintomas auditivos com o pós-operatório imediato nas cirurgias redutoras. Relato do Caso: Paciente feminina, 27 anos, apresentou no pós-operatório imediato de uma cirurgia bariátrica de bypass gástrico em Y-de-Roux quadro de hipoacusia em ouvido direito associado à sensação de pressão em ouvido ipsilateral e vertigem. Nega quaisquer outros sintomas e comorbidades. Descartado causas neurológicas através de exames de imagem a paciente foi encaminhada para o serviço de otorrinolaringologia. Realizou audiometria que demonstrou hipoacusia por distúrbio neurossensorial moderado à direita. Prescrito tratamento com corticoide e pentoxifilina durante 10 dias demonstrando melhora do quadro. Solicitada nova audiometria, porém a paciente não retornou em consulta de acompanhamento. Conclusão: A hipoacusia unilateral é um evento inesperado no pós-operatório imediato de cirurgias bariátricas. Há escassez de relatos semelhantes ao exposto. O que se evidencia na literatura é que pacientes obesos com sintomas auditivos prévios tendem a melhorar após cirurgias redutoras e também há relatos de casos de pacientes obesos que tinham normalidade auditiva pré-operatória e que apresentam complicações auditivas no pós-operatório tardio devido à perda aguda de peso e, por conseguinte, perda de gordura peritubária. Não é possível afirmar que a hipoacusia no pós-operatório imediato seja decorrente de uma complicação do ato operatório ou das novas condições fisiológicas/metabólicas criadas com o procedimento.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1288

TÍTULO DO TRABALHO: Impacto da cirurgia bariátrica na qualidade de vida, perda de peso e comorbidades

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CHRISTIANE RAMOS CASTANHA; LUCIO VILAR; ALVARO ANTONIO BANDEIRA FERRAZ; ALESSANDRA RAMOS CASTANHA; ROSANA MARIA RESENDE LACERDA; GISELLE DE QUEIROZ MENEZES BATISTA BELO; HELYSÂNIA SHÁDYLLA SANTOS DE FARIAS; BEATRIZ GLEYSE MARINHO SILVA. UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, RECIFE - PE - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: A definição do sucesso do tratamento cirúrgico para a obesidade não deve estar limitada apenas a mensuração da curva de peso, pois não engloba todos os fatores que são importantes de serem avaliados, como a melhora das comorbidades associadas e a melhoria da Qualidade de Vida (QV). Diante desse contexto, este estudo teve por objetivos: 1- mensurar a eficácia da perda de peso (PEP% > 50%) após cirurgia bariátrica; 2- analisar a evolução de comorbidades; 3- investigar a QV; e 4- avaliar protocolo BAROS no pós-operatório. Método: A amostra foi composta por 103 pacientes de ambos os sexos com idade entre 22 a 63 anos submetidos à Gastrectomia Vertical SLEEVE (n=40) ou à Derivação Gástrica em Y de Roux (n=63) no seguimento pós-cirúrgico a partir de 4 meses. Os pacientes foram atendidos no Ambulatório de Cirurgia Geral do Hospital das Clínicas da UFPE. Foram utilizados os estudos: transversal e quantitativo com força da verdade de 95% (P = 0.05). O instrumento utilizado para o estudo foi o protocolo Bariatric Analysis and Reporting Outcome System (BAROS). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Pernambuco. Resultados: A maioria dos pacientes foi do sexo feminino (89,3%). A média de idade, índice de massa corpórea (IMC) inicial e excesso de peso foram 44,23 anos, 48,11 kg/m² e 65,17 kg respectivamente. Com relação à perda de peso, verificou-se que a média de IMC antes da cirurgia e após a cirurgia foi de 48,10 kg/m² e 31,05 kg/m², respectivamente. A média de perda percentual do excesso de peso foi de 69,35%. A maioria dos pacientes apresentou resolução das seguintes comorbidades: hipertensão (70,8%), diabetes mellitus (80,7%), dislipidemia (68,8%) e apneia do sono (90,2%). As complicações mais frequentes foram queda de cabelo (79,6%), deficiência nutricional (37,9%) e anemia (35,0%). A análise do protocolo BAROS demonstrou que a qualidade de vida foi avaliada de forma positiva (?excelente?, ?muito boa? ou ?boa?) em 93,2% dos casos. A classificação do questionário sobre qualidade de vida Moorehead-Ardelt demonstrou que a qualidade de vida ?melhorou? ou ?melhorou muito? para 94,1% dos pacientes, e que apenas 5,9% avaliaram como ?diminuída? ou ?sem alteração?. Conclusões: A cirurgia bariátrica demonstrou ser um procedimento eficaz no tratamento da obesidade mórbida e no controle das comorbidades. A análise da qualidade de vida foi avaliada de forma positiva por meio do protocolo BAROS.

CODIGO DO TRABALHO: 1993

TÍTULO DO TRABALHO: MANEJO DA TORÇÃO APÓS GASTRECTOMIA VERTICAL LAPAROSCÓPICA: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOSÉ VICTOR GOMES LOPES1; ANNA LUIZA PORTELA TARGINO2; ADRIANO DIAS TRAJANO3; GIULIA PAIVA DE OLIVEIRA COSTA4; RENATA MIRANDA MOREIRA2; MARIANA MELO GADELHA SARMENTO2; THAÍS CARVALHO PIRES DE SÁ2; JOÃO ANTÔNIO ALVES GONCALVES2. 1. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 3. CIRURGIÃO GERAL. MESTRE EM CIRURGIA PELA UNICAMP. MEMBRO ADJUNTO DO COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 4. UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A Gastrectomia Vertical é indicada como tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, e embora associada a bons resultados pode ter complicações que são pouco frequentes, tais como estenose, refluxo gastroesofágico e mais raramente a torção gástrica. A torção gástrica é caracterizada por uma rotação anômala do estômago sobre os seus eixos. Sua forma aguda é representada por dor abdominal súbita, vômitos e a tríade de Borchadt (distensão epigástrica; incapacidade de passar a sonda gástrica e inúteis esforços para vomitar), sendo considerada uma emergência cirúrgica. Pode ser diagnosticado por TC, no entanto o padrão ouro é o exame fluoroscópico contrastado. RELATO: Paciente JPS, feminina, 30 anos, apresentava obesidade grau II, índice de massa corporal (IMC) de 35,36 com altura de 169 cm e peso de 101 Kg, por cerca de 10 anos. Foi realizado tratamento clínico prévio para obesidade por cinco anos e apresentava comorbidades (dislipidemia, esteatose hepática moderada e hérnia discal entre L4 e L5). Antecedentes de atividade física regular e baixa ingesta de doces. Foi submetida à gastrectomia vertical laparoscópica com grampeamento iniciado a 6 cm do piloro e calibrado com sonda de Fouchet 32, não houve fixação gástrica. Alta hospitalar no segundo dia de pós-operatório (DPO) aceitando dieta liquida completa sem queixas. Retorna no 21° DPO com queixa de dificuldade de ingesta de dieta pastosa e vômitos esporádicos que persistiram até o 28° DPO. Sendo então submetida a exame contrastado do esôfago, estômago e duodeno onde foi constatada torção gástrica ao nível da transição antro e corpo. Foi submetida à endoscopia digestiva alta que evidenciava passagem difícil para o antro e rotação gástrica, sendo optado por dilatação endoscópica com balão. Após três dilatações sem melhora da sintomatologia, foi indicado gastroplastia com desvio intestinal em Y de Roux, que foi realizada 60 dias após a primeira cirurgia. Paciente recebeu alta com 2 dias aceitando dieta e sem queixas. Permaneceu com perda de peso adequada e sem queixas gástricas 1 ano após a cirurgia. CONCLUSÃO: A torção gástrica após gastrectomia vertical laparoscópica é uma complicação rara que requer manejo adequado. A maioria dos casos pode ser tratada com dilatação endoscópica. O caso apresentado necessitou de tratamento cirúrgico, gastroplastia em Y de Roux, após tentativas de dilatação.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2677

TÍTULO DO TRABALHO: Obesidade como fator desencadeante da colecistite calculosa

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARIA GRAZIELLA BRILHANTE ANDRADE; GABRIELA NETO RODRIGUES; ISADORA BENEVIDES SILVA GONDIM NASCIMENTO; BRUNA BATISTA MESQUITA DE CARVALHO. FAMENE, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
IIntrodução: A colelitíase constitui uma das alterações mais frequentes na árvore biliar e é um dos principais fatores desencadeantes da colecistite, inflamação da vesícula biliar. A inflamação ocorre quando a saída da vesícula ou o lúmen biliar é obstruído por cálculos de colesterol, os quais são formados devido a saturação da bile. Dessa forma o colesterol antes disperso, passa a precipitar-se na forma de cristais dentro da vesícula onde a bile é armazenada e concentrada. Essa doença biliar é comum nos obesos mórbidos, população que desenvolve de 25% a 45% de casos e tem a obesidade como maior fator de risco. Objetivo: O trabalho tem como objetivo relacionar casos de colecistite com quadros de obesidade, explanando seus tratamentos e complicações. Metodologia: Foi realizada uma pesquisa baseada na forma como o distúrbio alimentar da obesidade pode tornar-se um fator desencadeante para a doença colecistite calculosa, assim como também foi brevemente abordado o tratamento e algumas complicações da colecistite calculosa . Esse estudo consistiu na busca de informações em artigos científicos cujas referencias são qualificadas e reconhecidas pela comunidade médica. Resultados: O índice de massa corpórea (IMC), quando elevado, indica o excesso de vários componentes da bile, os quais podem precipitar e cristalizar, originando cálculos biliares. A colecistite tem como tratamento a colecistectomia videolaparoscópica, a qual apresenta pós-operatório curto e menos doloroso. Alguns médicos retardam a intervenção cirúrgica, enquanto outros a realizam imediatamente, devido a novos estudos que apontam benefícios para tal conduta. Em obesos que realizam redução gástrica, também há probabilidade de desenvolvimento de cálculos biliares, devido ao rápido emagrecimento. Pesquisas mostram a redução dos mesmos através do uso de ácido ursodeoxicólico, durante seis meses após a cirurgia, ou até pela colecistectomia profilática. Conclusão: Concluiu-se que a obesidade contribui para o desenvolvimento da patologia, uma vez que o colesterol, principal integrante dos cálculos biliares, está presente em abundância. Além disso, esclareceu o tratamento adequado, baseado na sintomatologia e análise clínica.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1041

TÍTULO DO TRABALHO: Obstrução intestinal após cirurgia bariátrica: causas e soluções

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ROCLIDES CASTRO DE LIMA1; ANDERSON MATHEUS MEDEIROS DE ARAÚJO2; EINART EUDES GUEDES DE SOUZA2; CHRISTIAN LAMAR SCHEIBE1; GIULIANO PEIXOTO CAMPELO1; ABDON JOSE MURAD JUNIOR1; LUIS EDUARDO VERAS PINTO3; JOSE APARECIDO VALADAO1. 1. HOSPITAL SÃO DOMINGOS, SAO LUIS - MA - BRASIL; 2. UFMA, SAO LUIS - MA - BRASIL; 3. HOSPITAL SAO DOMINGOS, SAO LUIS - MA - BRASIL.

RESUMO:
Presenciamos uma epidemia mundial de obesidade com cerca de 600 milhões de pessoas obesas (IMC>30kg/m²). No brasil, 17,9% da população é obesa. O tratamento cirúrgico é o mais efetivo para tratar pacientes com IMC > 40 ou >35 associado a comorbidades e o procedimento mais realizado é gastroplastia com derivação em Y de Roux (GDYR). Uma complicação bem documentada da GDYR é a obstrução intestinal, que ocorre em 1,3% a 5% dos casos, pincipalmente em pacientes submetidos a vídeolaparoscopia.As principais causas de obstrução intestinal pós-cirurgia bariátrica são as aderências e as hérnias internas, sendo estas últimas mais comuns em procedimentos laparoscópicos. As hérnias internas de Petersen são a principal causa de obstrução intestinal após a GDYR, com uma incidência de 0,5% a 8,8%. Outros sítios de hérnia menos comuns são a brecha mesentérica da anastomose jejunojejunal e o espaço do mesocólon transverso.Sempre deve-se suspeitar de hérnia interna nos pacientes operados por GDYR com dor abdominal intermitente ou aguda de forte intensidade e, na ausência de um diagnóstico específico, esses pacientes devem ser levados à laparoscopia diagnóstica. O tratamento da hérnia de Petersen é iminentemente cirúrgico e a gravidade do quadro clínico do paciente determinará a urgência do procedimento. A via de acesso inicial é a videolaparoscópica e a conduta é a redução do conteúdo herniário e fechamento do espaço com sutura contínua, preferencialmente com fio inabsorvível.A hérnia interna deve ser identificada e tratada correta e rapidamente, pois sua evolução para isquemia intestinal com perfuração ocorre em cerca de 9,1% dos casos e a mortalidade pode chegar a 1,6%. Em casos de obstrução intestinal pós cirurgia bariátrica é essencial o diagnóstico precoce, a implementação correta de medidas terapêuticas bem como a indicação e condução correta para o tratamento cirúrgico.Referências:1. Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. O que é obesidade. 2015. Disponível em: http://www.sbcbm.org.br/wordpress/obesidade/causa2. Murad Jr, A.; Valadao, J. A.; Lima, R. C. de; Scheibe, C. L.; Campelo, G. P. Manobra de fixação jejunal para a prevenção de hernia de Petersen em by pass gástrico, 2015. Artigo original. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva, Volume 28, suplemento 01, p. 69-72.3. Silva, L. G. O. Conduta na obstrucao intestinal pos cirurgia bariatrica. Programa de atualizacao em cirurgia. Ciclo 12. Volume 2. p. 09-33.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 995

TÍTULO DO TRABALHO: Pneumoperitoneo de grandes proporções após Bypass em Y de Roux tratado clinicamente.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOSE FERNANDO MARQUES CARDOSO; MONICA MAZZURANA BENETTI; GUINES ANTUNES ALVAREZ; BRUNO BARREIRO; AMER ABDUL BASSET EL KHATIB; DANIEL FORTES; MARIANE TONIN JATOBÁ. HOSPITAL GUILHERME ALVARO, SANTOS - SP - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoA obesidade severa é uma doença crônica metabólica que aumenta o risco de mortalidade por doenças cardiovasculares. A cirurgia bariátrica é seu tratamento mais eficaz já que leva a perda de peso sustentada em 90% dos casos e controle ou reversão das comorbidades associadas, reduzindo esse risco e devolvendo expectativa de vida ao doente. A deiscência de anastomose ou da linha de grampeamento é a complicação precoce mais comum. Possui uma incidência de 0 a 5,6% em grandes séries. Tem uma mortalidade associada de 37,5-50%, representando a segunda causa de morte no pós-operatório precoce.Relato de casoJ.N.M.P., 33 anos, sexo feminino, procedente do Guarujá, submetida à Bypass gástrico em Y de Roux por videolaparoscopia devido à obesidade severa, IMC 41 kg/m² e esteatose hepática. No sétimo dia de pós-operatório (PO), queixou-se de dor no ombro direito e esquerdo. Encontrava-se sem alterações significativas ao exame físico, com pulso normal e afebril. A secreção presente no dreno era serosa e após ingerir azul de metileno o teste foi negativo. Os exames laboratoriais evidenciaram leucocitose de 13 mil, sem outras alterações. A tomografia de abdome com administração de contraste via oral (VO) e endovenoso, diagnosticou a presença de pneumoperitoneo de grande volume, desproporcional ao sétimo dia de PO, ausência de extravasamento de contraste VO, líquido livre intracavitário ou coleções associadas. Com hipótese de fístula, condizente com o achado indireto tomográfico, instituiu-se o tratamento com jejum, antibioticoterapia e nutrição parenteral, devido ausência de critérios clínicos de sepse e ou liquido livre em cavidade abdominal. No terceiro dia de tratamento, a paciente já apresentava boa evolução, com melhora de 80 a 90% do quadro clinico de dor no ombro, e redução da leucocitose. No oitavo dia de tratamento conservador, em imagem de controle tomográfico, houve importante redução do volume de pneumoperitoneo, o que possibilitou a realimentação VO. A paciente teve boa evolução e após quinze dias da alta hospitalar fez outro controle tomográfico que não mais evidenciou penumoperitoneo.Discussão e ConclusãoO pneumoperitoneo desproporcional ao tempo de pós-operatório é critério tomográfico indireto de fistulas digestivas, na gastroplastia não é diferente. Atualmente, nessas situações o tratamento clínico conservador tem sido considerado uma das opções, diminuindo a morbimortalidade da reoperação e oferecendo um tratamento seguro ao doente.

CODIGO DO TRABALHO: 1205

TÍTULO DO TRABALHO: PREVALÊNCIA DA DIABETES MELLITUS TIPO 2 EM PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANDRÉ GIL1; SERGIO TSURUSAWA MENDES2; MARIA ANGÉLICA PAIVA3; MARIANA GONÇALVES FERREIRA3; JOSÉ EDUARDO CHRISTOFOLETTI3. 1. UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULSITA - SP - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE SÃO FRANSICO, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: A Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2), doença endócrino-metabólica prevalente na população geral, sobretudo em idosos, é caracterizada por glicemia de jejum maior a 125 mg/dl e HbA1C maior que 6,5%, compondo uma comorbidade de alto risco cardiovascular e elevada morbi-mortalidade. Assim, coloca-se a Cirurgia Bariátrica e Metabólica, especificamente a técnica de gastroplastia com desvio intestinal em ?Y-de-Roux?, como intervenção que reduz significativamente os riscos associados a DM2 em pacientes selecionados. Observa-se que esses benefícios não são apenas da perda de peso, mas de alterações endócrino-metabólicas inerentes à tecnica com, em alguns casos, total remissão da doença, definida como a independência de todas as medicações anti-diabéticas. Método: Este trabalho é uma revisão bibliográfica que abrangeu artigos científicos publicados desde 2012 até 2017 feita na base de dados Scielo, Pubmed e do New England Journal of Medicine. Resultados: Foi constatado que a Cirurgia Bariátrica e Metabólica, especificamente a técnica de gastroplastia com desvio intestinal em ?Y-de-Roux?, tem ação no controle da obesidade e na modificação endócrino-metabólica, que reduz os valores de glicemia dos pacientes e contribui com a remissão da DM2. Conclusão: Conclui-se que a Cirurgia Bariátrica e Metabólica, técnica de gastroplastia com desvio intestinal em ?Y-de-Roux?, se mostrou uma intervenção efetiva na DM2.
Bibliografia:OLIVEIRA et al. "Comportamento glicêmico no pós-operatório de 48 horas de pacientes diabéticos tipo 2 ou não diabéticos submetidos à cirurgia bariátrica". Arq Bras Cir Dig; 28(Supl.1):26-30, 2015. GIRUNDI, Marcelo Gome. ?Remissão do Diabetes Mellitus Tipo 2 dezoito meses após gastroplastia com derivação em Y-de-Roux.?. Rev Col Bras Cir; 43(3):149-153; 2016. ZEVE et al. ? Obesos diabéticos tipo 2 submetidos à derivação gástrica em Y de ROUX: análise de resultados e influência nas complicações?. Arq Bras Cir Dig.; 26: 47-52, 2013. CAZZO et al. ?Impact of Roux-en-Y gastric bypass on metabolic syndrome and insulin resistance parameters?. Diabetes Technology & Therapeutics: 16(4): 262-265, 2014. SCHAUER et al. ?Bariatric surgery versus intensive medical therapy for Diabetes ? 3-year outcomes? .New England Journal of Medicine: 370: 2002-2013, 2014. MINGRONE et al. ?Bariatric surgery versus conventional medical therapy for type 2 Diabetes?. New England Journal of Medicine: 366:1577-1585, 2012.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1989

TÍTULO DO TRABALHO: PREVALÊNCIA DE ANEMIA EM PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RAFAEL ROBERG DA SILVA1; GUSTAVO PAES SILVANO1; THAINA PAOLA WARPECHOWSKI1; ELISA ZANATTA PIVA1; ANA CAROLINA CARVALHO1; MARIA ZÉLIA BALDESSAR1; FABIANA SCHUELTER TREVISOL2; DAISSON JOSÉ TREVISOL3. 1. UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA (UNISUL), TUBARÃO - SC - BRASIL; 2. PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA, TUBRÃO - SC - BRASIL; 3. CENTRO DE PESQUISAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA E DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA, TUBARÃO - SC - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Verificar a prevalência de anemia em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica e comparar o hematócrito e hemoglobina do pré e pós-operatório no 1°, 3°, 6° e 12° mês após o procedimento. Métodos: Coorte prospectiva composta por pacientes submetidos à cirurgia bariátrica em hospital terciário do Sul do Brasil entre agosto de 2006 e dezembro de 2010. Os pacientes foram entrevistados para coleta de informações sobre dados sociodemográficos, abandono ao seguimento multiprofissional, índice de massa corporal pré e pós-operatório e hemograma realizado no pré-operatório e nos meses subsequentes. Resultados: A amostra final foi constituída por 106 pacientes, sendo 74 (69,8%) mulheres. A média de idade foi de 40,3±11,6 anos. Quanto a etnia, 93 (87,7%) eram caucasianos. Em relação a escolaridade, 60 (56,6%) pacientes estudaram até o ensino superior. Do total da amostra, 78 (73,6%) indivíduos eram casados. A variação do índice de massa corporal em um ano foi de 13,3 m/kg2. A prevalência de anemia foi de 30,2% em seis meses e 54,7% ao final de um ano. A diferença média de hemoglobina e hematócrito no período pré-operatório comparado aos meses subsequentes teve aumento gradativo, sendo esta diferença estatisticamente significativa. A taxa de abandono de seguimento com equipe multiprofissional foi de 43,4%. Conclusão: Na amostra estudada houve predominância de indicação de cirurgia bariátrica em mulheres no início da quinta década de vida. Grande parte dos pacientes estavam casados, eram caucasianos e possuíam ensino superior. A variação média do índice de massa corporal em um ano esteve dentro do esperado. No entanto, a prevalência de anemia foi alta, maior que a relatada na literatura para o período estudado. A alta taxa de abandono ao seguimento com equipe multiprofissional alerta para a necessidade de intervir com medidas de educação quanto a necessidade de acompanhamento após a realização do procedimento cirúrgico, já que as carências nutricionais, quando não corrigidas, podem afetar de maneira importante a saúde destes pacientes. Bibliografia: 1.Gloy VL, Briel M, Bhatt DL, et al. Bariatric surgery versus non-surgical treatment for obesity: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ. 2013;347:f5934. 2.Scabin VM, Eluf-Neto J, Tess BH. Adesão ao seguimento nutricional ambulatorial pós-cirurgia bariátrica e fatores associados. Rev. Nutr 2012;25(4):497-506.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2245

TÍTULO DO TRABALHO: PROPOSTA CIRÚRGICA PARA TRATAMENTO DE DESNUTRIÇÃO SEVERA APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA: RELATO DE CASO.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANA THERESA SOARES DE OLIVEIRA ROSA1; MAYARA BOTELHO CARLETTO1; BRUNA MARIA AREDE PACHECO1; FRANCINE JULIENE DE MATTIAS SIVIERI1; THIAGO SIVIERI2; JOÃO VICTOR POLEGATO BERNICHI1. 1. FACERES, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL; 2. FAMERP, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O crescente número de cirurgias bariátricas realizadas no mundo intensificou a preocupação sobre os seus efeitos a longo prazo, principalmente em relação às alterações nutricionais. Isto porque a base para redução e manutenção de peso é a restrição da ingesta alimentar e má absorção de nutrientes, que podem proporcionar deficiências nutricionais de micro ou macronutrientes favorecendo o quadro de anemia, perda de massa óssea, desnutrição proteica, entre outros. O uso de polivitamínicos é fundamental no pós-operatório de qualquer técnica de cirurgia bariátrica. Porém quando existe perda excessiva de macronutrientes nem sempre se consegue reposição adequada e em alguns casos pode ser necessária a revisão da cirurgia. Alguns quadros de desnutrição só podem ser corrigidos com cirurgia. Neste relato será descrita uma técnica revisional: gastroenteroanastomose entre o estômago excluso e a alça alimentar associada à estenose cirúrgica da alça distal. RELATO DE CASO: ACGO, Mulher, 42 anos. Foi submetida à cirurgia bariátrica by-pass em Y-Roux (BGYR) em 2008 e até setembro de 2015 apresentava episódios diarreicos de leve a moderado. Não fazia uso de polivitamínicos. A partir de novembro de 2015 os episódios intensificaram-se e houve piora progressiva do quadro, quando a paciente com 60 Kg iniciou terapia polivitamínica - mantida durante um ano - se mostrando ineficaz, com queda significativa dos valores de colesterol total e albumina. Durante o seguimento de 12 meses: peso 43 Kg, altura 1,58, IMC 17,22, descorada (++/4), edema (+++/4), apresentava ainda diarreia intensa, perda ponderal significativa (16 Kg), e aspecto kwashiorkor, sugestivo de um quadro de síndrome disabsortiva. Diferentemente da técnica usual, foi sugerido pelo cirurgião uma técnica de reversão parcial da BGYR, que consiste em uma gastroenteroanastomose entre o estômago excluso e a alça alimentar associada à estenose cirúrgica da alça eferente, pensando em manter o componente restritivo (pounch) intacto. Após a cirurgia a paciente evoluiu bem com a normalização dos exames e resolução da diarreia e desnutrição. CONCLUSÃO: A terapia cirúrgica revisional do tipo gastroenteroanastomose entre o estômago excluso e a alça alimentar associada à estenose cirúrgica da alça distal à anastomose como alternativa para amenizar ou solucionar déficits nutricionais instalados após BGYR gerou bons resultados visto a mudança no perfil dos exames e condição clínica.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1948

TÍTULO DO TRABALHO: PROPOSTA DE PROTOCOLO PARA O SUPER-SUPEROBESO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: VANESSA DE SOUZA CABRAL1; PATRÍCIA MAIA BARRETO MEDEIROS1; VANESSA MOREIRA SOUSA2; FELLYPE ALVES DOS SANTOS2; FELLIPE EDUARDO DE MEDEIROS NUNES2; VALESKA MOREIRA SOUSA3; EVELINE DE ABRANTES SILVA1; MARCELO GONÇALVES SOUSA1. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 3. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS, CAMPINA GRANDE - PB - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A obesidade é uma doença cada vez mais comum, com alta morbimortalidade e vem se apresentando com níveis de índice de Massa Corporal (IMC) bastante elevados. Há dados insuficientes na literatura sobre o melhor manejo para o pacientes com IMC ? 60 kg/m² ou super-superobesos, porém um número significativo desses doentes são atendidos no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), João Pessoa/Paraíba, sem um protocolo padronizado no serviço para orientação. Objetivo: Implantar o protocolo para o super-superobeso no HULW. Método: Revisão da literatura na base de dados PubMed e Scielo. Resultados: Algumas recomendações gerais que são estipuladas para a cirurgia bariátrica devem ser mantidas para os casos de superobesidade e super-superobesidade. As recomendações específicas para níveis de IMC extremamente elevados ainda não são muito bem definidas na literatura. A equipe deve ser multiprofissional e capacitada para assistir o paciente nos períodos pré e transoperatório e fazer o seguimento do mesmo. A avaliação pré-operatória deve conter uma história médica abrangente, história psicossocial, exame físico e testes laboratoriais apropriados para avaliar o risco cirúrgico. Os procedimentos bariátricos laparoscópicos são preferíveis aos procedimentos abertos devido à menor morbimortalidade pós-operatória precoce. O sleeve laparoscópico é um procedimento seguro e eficaz para tratar super-superobesidade. Conclusões: O HULW é o centro de referência do estado da Paraíba para cirurgia bariátrica e os pacientes super-superobesos necessitam, portanto, de um protocolo atualizado e baseado na literatura, para um seguimento adequado. É fundamental uma avaliação pré-operatória detalhada, acompanhamento multiprofissional, suporte do serviço adequado e preferência por cirurgia laparoscópica, em especial o Sleeve, que se mostrou eficaz na super-superobesidade.

CODIGO DO TRABALHO: 2369

TÍTULO DO TRABALHO: Protocolo de Atendimento Inicial ao Indivíduo com Obesidade Mórbida do Serviço de Cirurgia Bariátrica e Metabólica do HC-Unicamp: Relato de experiência

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ELAINE CRISTINA CANDIDO; ELINTON ADAMI CHAIM; EVERTON CAZZO; ALESSANDRA REGGIO FREIRE; CAMILA BACAN; LETICIA BALTIERI; ANA MARIA NEDER DE ALMEIDA; RENATA GOBATTO; DÉBORA MODENA; LUCIANA DA SILVEIRA BUENO JAROSLAVSKY. HC UNICAMP, CAMPINAS - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Denomina-se obesidade, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o acúmulo anormal ou excessivo de reserva energética sob a forma de gordura em um indivíduo, levando a incremento na frequência de doenças por ela ocasionadas ou agravadas. Hoje a saúde brasileira tem se encontrado em crise, fazendo com que se busque alternativas para minimizar o impacto a população, diante disso o Serviço de Cirurgia Bariátrica e Metabólica do Hospital de Clínicas da Unicamp introduziu uma proposta integrada de assistência e triagem populacional de indivíduos com obesidade moderada a grave que necessitem assistência multidisciplinar. Métodos: Estudo descritivo observacional, cujo objetivo é descrever o protocolo assistencial do Serviço de Cirurgia Bariátrica e Metabólica do HC-Unicamp, bem como a metodologia pela qual é operacionalizada a inscrição de pacientes e seu acompanhamento pré-operatório e posterior. Resultados: O Ambulatório realiza um trabalho diferenciado onde planeja, organiza e executa anualmente o encontro de prevenção de obesidade em lugares públicos, possibilitando aos clientes a inscrição para a realização da cirurgia bariátrica e/ ou ainda a recuperação de sua qualidade de vida. E neste mesmo dia, os indivíduos atendidos têm acesso à realização da mensuração dos seus parâmetros de saúde e orientações de como proceder para iniciar seu tratamento. Essas inscrições são planilhadas e através da mesma realizamos a convocação destes clientes para iniciação no programa que é realizada diariamente com 25 a 30 clientes no mesmo espaço, onde recebem orientações da equipe multidisciplinar, em formato de reuniões onde os pacientes são mantidos na sala e os profissionais que realizam a trocas. Após a permanência mínima necessária para a mudança de comportamento e a perda de peso que garanta a segurança cirúrgica deste cliente, têm-se a sua cirurgia marcada e seus exames pré operatório realizados, lembrando que é buscado pela equipe a participação dos familiares nesta mudança, portanto antes da cirurgia se é convocado quatro membros onde recebem orientações tanto da cirurgia, quanto do seus cuidados no pós operatório imediato e tardio, assim como a importância na adesão ao tratamento. Conclusão: Com a realização deste trabalho inovador o ambulatório tem se deparado com um redução de mortalidade e comorbidades nos pacientes pós operados de bariátrica quando comparados ao descrito na literatura tendo ainda, a recuperação da qualidade de vida.

CODIGO DO TRABALHO: 335

TÍTULO DO TRABALHO: REINTERVENÇÃO BARIÁTRICA POR CIRURGIA ROBÓTICA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: OLAVO NAPOLEAO DE ARAUJO NETO1; OLAVO NAPOLEAO DE ARAUJO JUNIOR2; DANIEL LINHARES CARDOSO3. 1. UNICHRISTUS, FORTALEZA - CE - BRASIL; 2. HOSPITAL MONTE KLINIKUM, FORTALEZA - CE - BRASIL; 3. UNIFOR, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Abordagem cirúrgica robótica proporciona pequenas incisões abdominais, benefícios estéticos, além de menor tempo cirúrgico, internação e recuperação. Tal método é recente no Brasil, sendo mais estabelecido em especialidades como Urologia, Cirurgia Geral e Cirurgia Colo-Retal, onde precisão é uma das grandes vantagens se comparada a outros métodos.RELATO DE CASO:Paciente feminino, 65 anos, realizou cirurgia bariátrica (by-pass gástrico) há 13 anos, evoluindo com pneumonia de repetição e sintomas de DRGE nos últimos 6 anos, com piora principalmente durante a noite e ao decúbito horizontal. Em 11/07/2016 com 1,65m de altura e 88 kg, realizou EDA que evidenciou esofagite não erosiva de refluxo, hiato diafragmático bastante alargado e status pós-gastrectomia redutora, com coto gástrico longo medindo cerca de 9 cm, permitindo retrovisão do aparelho. Submetida à seriografia confirmando os achados. Diante da persistência e gravidade dos sintomas optou-se pelo tratamento cirúrgico, definindo-se por hiatoplastia e reintervenção sobre o estômago remanescente. Em 01/08/2016 realizou cirurgia robótica (equipamento Da Vinci S), nova técnica introduzida em Fortaleza no segundo semestre de 2015. Foram utilizados cincos portais, sendo quatro para o docking do robô e um para o cirurgião auxiliar. A cirurgia durou cerca de 4 horas, sem intercorrências, dificultada pela presença de aderências frouxas, necessitando de lise cuidadosa das mesmas. Dissecção do ?grande e pequeno estômago?, sendo observado pouch e cajado longos. Individualizados os pilares. Realizada hiatoplastia com dois pontos duplos de seda, secção do cajado e ressecção de segmento do pequeno estômago, grampeado. Por fim, foi realizada fundoplicatura à Nissen, utilizando-se o grande estômago, com confecção de válvula frouxa. Paciente teve ótima evolução sem queixas importantes. No 1º dia pós-operatório deambulou, iniciou dieta com alta no dia seguinte. No 21º dia PO, a paciente mantinha evolução favorável, evoluindo para dieta liquida completa.CONCLUSÃO: Reintervenção em cirurgia bariátrica exige uma rigorosa avaliação clínica do paciente, auxiliada por exames de imagens, para que a tática cirúrgica seja bem estabelecida, diante de tantas variáveis envolvidas nessas situações. Nesse caso, além da hiatoplastia, optou-se por diminuir o pequeno estômago e utilizar o grande estômago para a confecção da válvula antirrefluxo. Atualmente, após seis meses, a paciente evolui assintomática.

CODIGO DO TRABALHO: 2020

TÍTULO DO TRABALHO: RELAÇÃO DO GLP-1 NO DESENVOLVIMENTO DA SÍNDROME DE DUMPING TARDIO PÓS DERIVAÇÃO GÁSTRICA EM Y DE ROUX: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DANIVAL FERREIRA DE CASTRO JÚNIOR1; WALMIRTON BEZERRA D`ALESSANDRO1; LORENA PASSOS SOARES1; KENNY ROGERS MARCONDES PINTO1; DIEGO NEVES OLIVEIRA1; CAIO TULIO VALE FRAZÃO1; LUIS CARLOS MARTINS BADU1; GENTIL AUGUSTO FRAZÃO JÚNIOR2. 1. CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIRG, GURUPI - TO - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Analisar a relação do hormônio glucagon-like peptide-1 (GLP-1) e o desenvolvimento de sintomas tardios da síndrome de dumping. Métodos: Realizou-se uma revisão sistemática nas plataformas de pesquisas científicas online: PubMed e Scielo com seguintes descritores: GLP-1, Late Dumping Syndrome, diabetes e Somatostatin Analogue. Inicialmente foram encontrados 18 artigos? ao restringir a busca para os últimos 5 anos e leitura para aplicar critérios de exclusão, como incompatibilidade com o tema, restaram 10. Resultados: Uma das complicações da Derivação Gástrica em Y de Roux (DGYR) é a Síndrome de Dumping Tardio, provocando hipoglicemia pós-prandial tardia (PPHG). A participação do GLP-1 tem sido sugerida por vários estudos no desenvolvimento deste efeito tardio. Salehi et al.(2013) demonstram que há resposta positiva de controle da hipoglicemia com uso de bloqueadores do receptor do GLP-1 pós DGYR, o que corrobora para sua atuação na fisiopatologia. Já De Heide et al.(2014) referiram que análogos de somatostatina e inibidores de GLP-1 oferecem controle da PPHG pós DGYR, enquanto, Wang et al.(2013) denotaram uso da acarbose para tratamento de Dumping tardio que ao inibir a alfa-glicosidase, reduziria a hiperglicemia pós-prandial, liberação de insulina e GLP-1. Craig et al.(2016), por sua vez, mostrou em seu trabalho com antagonista do receptor GLP-1, em 8 pacientes, elevação do nadir pós-prandial em mais de 70%, evitando a hipoglicemia pós-bariátrica. Jorgensen et al.(2013) observou num estudo prospectivo com 9 pacientes diagnosticados com diabetes mellitus tipo 2 que após DGYR a ação do GLP-1 se elevou muito, bem como o bloqueio do receptor do GLP-1 afetou a tolerância à glicose. Conclusão: Os estudos são sugestivos para a factível relação dos efeitos do GLP-1 pós DGYR como um dos mediadores que fomenta o estado de hipoglicemia reativa, inclusive em pacientes diabéticos. O controle glicêmico pode ser normalizado com uso de bloqueadores do receptor de GLP-1 (GLP-1R), bem como pelo aumento do feedback deste hormônio em resposta a hiperglicemia. Portanto, é indicativo que seja um colaborador fundamental para eliminação intensa de insulina, gerando a PPGH tardio em pacientes DGYR. Há evidências de possível efeito do antagonismo do GLP-1R na secreção de insulina pós DGYR, sendo este fato importante por apontar para uma estratégia terapêutica futura para o tratamento da síndrome.

CODIGO DO TRABALHO: 2107

TÍTULO DO TRABALHO: RELAÇÃO ENTRE A DERIVAÇÃO BILIOPANCREÁTICA COM DUODENAL DE SWITCH E EFEITOS CARDIOMETABÓLICOS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DANIVAL FERREIRA DE CASTRO JÚNIOR1; RODRIGO COSTA CARVALHO1; LORENA PASSOS SOARES1; GUSTAVO PIMENTEL FLORENTINO FERREIRA1; JOSÉ LUCAS PONTIERI MELAZO2; CONJETO LUIZ DA SILVA NETO2; ANA PAULA DE SANTANA1; MARCELO HENRIQUE MENEZES3. 1. CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIRG, GURUPI - TO - BRASIL; 2. UNIEVANGÉLICA, ANAPÓLIS - GO - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS, PALMAS - TO - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Analisar os efeitos cardiometabólicos (CMs) em pacientes submetidos a Derivação Biliopancreática com Duodenal de Switch (DBPDS). Métodos: Realizou-se um levantamento bibliográfico dos últimos 5 anos, avaliando índices glicêmicos, pressóricos e dislipidêmicos pós DBPDS. Utilizou-se as bases de dados eletrônicas, LILACS e PubMed, cruzando os seguintes descritores: Biliopancreatic shunt with duodenal Switch, Cardiometabolic effects. Resultados: A obesidade mórbida está associada a distúrbios CMs como hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes melitus tipo II (DM II) e dislipidemia. A DBPDS é uma cirurgia bariátrica que promove discreta restrição e intensa disabsorção, SABISTON.,2014. Em um acompanhamento por 2 anos, pós DBPDS VAGE.,2013, obteve remissão de 94% para DM II, 54% para HAS e 86% para LDL. MARCEAU et al.,2015, em um elegante estudo retrospectivo de 20 anos com 2.615 pacientes submetidos a DBPDS, com seguimento pós-operatório de 8 anos, mostrou significativa melhora no DM II, HAS e dislipidemia, exceto o HDL-c que permaneceu estável, havendo suspenção dos antidislipidêmicos em 80% dos pacientes. Trabalhando com roedores diabéticos pós Sleeve Vertical KUMAR.,2016 mostrou benefícios plurimetabólicos mediados pelo aumento do Glucagon-like peptide-1 (GLP-1). Num seguimento de 5 anos, pós DBPDS, RISSTAD.,2015, comparou efeitos CMs entre o By-pass Gástrico em Y Roux (BGYR) e a DBPDS em 60 pacientes. Esta última mostrou maior redução no IMC e melhores resultados nas frações lipídicas. Apenas o HDL foi superior com o BGYR. Houve diminuição importante da glicemia, semelhante aos resultados de MINGRONE et al.,2015, além de redução na síndrome metabólica pós DBPDS de 79,3% para 3,6% (p=0,28). BOLCKMANS et al.,2016, avaliaram 113 pacientes submetidos a DBPDS por 10 anos registrando remissão do DM II/HAS e dislipidemia de 80% e 92% respectivamente. Como no estudo de MARCEU et al.,2015, o HDL-c exibiu menor variação. Para AMINIAN et al., 2015, a melhora do HDL-c está mais relacionada a perda de peso do que a técnica utilizada. Conclusão: O presente estudo mostrou significativa melhora no perfil cardiometabólico pós DBPDS, isoladamente ou em comparação com BGYR, possivelmente relacionado ao aumento de GLP-1. O HDL-c mostrou-se estável independente da técnica. Admite-se então que a DBPDS seja uma alternativa para atenuar ou barrar a progressão da síndrome metabólica.

CODIGO DO TRABALHO: 1449

TÍTULO DO TRABALHO: RELATO DE CASO: AVCi no pós-operatório de bypass gástrico em Y-de-Roux.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FELIPE ALVES PIMMEL1; DANIELA GHIZONI DACOREGIO1; EDUARDO GUAREZI CALEGARI2; RICARDO REIS DO NASCIMENTO2; JÉSSICA THAYNARA DUARTE BARROS2; DIEGO APARECIDO GASPAR2; FLÁVIA COAN ANTUNES2. 1. UNISUL - UNIDADE TUBARÃO/SC, TUBARÃO - SC - BRASIL; 2. HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO, TUBARÃO - SC - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Pacientes obesos possuem maiores riscos de desenvolver diabetes mellitus, dislipidemia e hipertensão arterial, condições estas que aumentam as possibilidades de ocorrência de futuros eventos cardiovasculares. Perante a obesidade mórbida, estudos demonstram que a cirurgia bariátrica é o tratamento mais eficaz para resolução da patologia, com possibilidade de melhora completa das comorbidades resultantes. Quanto à técnica operatória nas cirurgias da obesidade, o bypass gástrico em Y-de-Roux é a operação mais realizada mundialmente e ainda é considerada a técnica padrão-ouro. Mesmo com segurança bem documentada, o bypass gástrico pode apresentar complicações relacionadas ao procedimento. O relato de caso a ser apresentado demonstra uma condição incomum no pós-operatório de uma cirurgia de bypass gástrico: Acidente Vascular Cerebral isquêmico (AVCi).Relato de caso: Paciente feminina, 34 anos, apresentou, desde o pós-operatório imediato de cirurgia bariátrica de bypass gástrico em Y-de-Roux, quadro de vertigem rotatória persistente sem náuseas, vômitos e queixas álgicas associadas. Paciente obesa, com hipertensão arterial sistêmica em tratamento e com história familiar positiva para AVC. No 15º dia pós-operatório realizou exames complementares sendo demonstrado em ressonância magnética lesão cerebelar isquêmica à esquerda, leucocitose em hemograma (21000 leucócitos) e níveis de anti-trombina III abaixo dos valores de referência, apresentou eco doppler com insuficiência mitral discreta e hipertrofia ventricular esquerda de grau moderado. Após ser afastado a hipótese de complicações infecciosas relacionadas ao procedimento, foi determinado o diagnóstico de AVCi de provável etiologia de forame oval patente. Paciente encaminhada para realização de ecocardiograma trans-esofágico para confirmação de provável etiologia.Conclusão: O AVCi é uma patologia inesperada no pós-operatório de cirurgias redutoras. Estudos demonstram que apenas 2% a 4% dos pacientes submetidos a bypass gástrico em Y-de-Roux evoluem com quadro de Tromboembolismo Pulmonar ou Trombose Venosa Profunda. Este relato de caso possui menor probabilidade de acontecimento, pois aliada a formação e desprendimento do trombo, possivelmente a paciente apresente forame oval patente. Não é possível afirmar que o AVCi seja uma complicação decorrente das novas condições fisiológicas e metabólicas consequentes do procedimento.

CODIGO DO TRABALHO: 699

TÍTULO DO TRABALHO: RELATO DE CASO: PANCREATITE AGUDA COMO COMPLICAÇÃO DA CIRURGIA BARIÁTRICA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANDRÉ LUIZ PEREIRA PAES LEME1; LUCAS RODRIGUES DA CUNHA PAES LEME2; KARINE REBELATTO MUNIZ3. 1. UFU, RIO VERDE - GO - BRASIL; 2. UFF, NITERÓI - RJ - BRASIL; 3. PUC-GO, GOIÂNIA - GO - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A gastroplastia em y de roux é o padrão-ouro para tratamento da obesidade severa, com taxa de mortalidade de 0.03% e baixo índice de complicações. As principais complicações incluem: fístula de anastomose, atelectasia, pneumonia, tromboembolismo e obstrução intestinal. No entanto, a incidência de pancreatite associada a esse tipo de cirurgia é pouco descrita. No presente caso, apresentamos um paciente com pancreatite aguda no pós-operatório. RELATO DE CASO: S.C.I.C, feminino, 37 anos, peso de 147 kg, IMC de 55 kg/m², hipertensa, colecistectomizada, foi submetida a gastroplastia em y de roux pré-cólico e pré-gástrico videolaparoscópica. A cirurgia transcorreu sem intercorrências, evoluindo no pós-operatório imediato com dores lombares e torácicas posteriores e com piora no segundo dia, com taquicardia (120 bpm) e irritação peritoneal. Ultrassonografia pré-operatória normal. Submetida a nova laparoscopia, devido ao alto grau de suspeição de fístula anastomótica. No procedimento, foram encontrados sinais de pancreatite aguda, tais como, transudato citrino-turvo, pingos de vela típicos; e ausência de fístula. Realizado lavagem da cavidade e drenagem. No ato operatório realizou-se o teste de amilase (1040 U/L), confirmando o diagnóstico. Paciente evoluiu com remissão do quadro. CONCLUSÃO: A incidência da pancreatite aguda pós cirurgia bariátrica é de 1,04%, porcentagem muito maior do que a reportada na população em geral, que é de 0,017%. A rápida perda de peso no pós-operatório e a presença de cálculos ou barro biliar na via biliar em exame de imagem pós-operatório são considerados fatores de risco para tal complicação. Contudo, acredita-se que as causas no seguinte caso devam ter sido traumáticas ou medicamentosas. A primeira pode ser explicada pela utilização de energia ultrassônica no procedimento, gerando um possível aquecimento sobre o pâncreas enquanto se disseca próximo ao estômago, levando a um trauma cirúrgico. Na segunda, por outro lado, enquadra-se nos critérios de Badalov, que é um sistema de classificação da pancreatite induzida por fármacos. No pré-operatório, foram utilizados omeprazol e dexamentasona, fármacos com pelo menos um caso relatado com teste de provocação positivo para pancreatite, além do uso do cetoprofeno também com relatos associados à pancreatite na literatura médica, porém sem teste de provocação. Os autores apresentam a evolução do caso desde o diagnóstico ao tratamento em conjunto com uma revisão da literatura.

CODIGO DO TRABALHO: 1522

TÍTULO DO TRABALHO: RESULTADOS INICIAIS DO TRATAMENTO DA OBESIDADE MÓRBIDA COM GASTRECTOMIA VERTICAL VIDEOLAPAROSCÓPICA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RODRIGO DE AZEVEDO; LIGIA MARIA MARTINS V.GUIMARAES; PAULINO ALBERTO ALONSO; RAPHAEL CAMERINI MACIEL; ANA FLÁVIA SARACENI; LEONARDO HENRIQUE DOS SANTOS. HOSPITAL PROFESSOR EDMUNDO VASCONSCELOS, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Este estudo tem por objetivo apresentar a experiência em gastrectomia vertical videolaparoscópica no tratamento da obesidade no Hospital Professor Edmundo Vasconcelos. Método: Trata-se de um estudo individuado, descritivo e retrospectivo realizado através da análise e revisão de 79 prontuários de pacientes obesos submetidos à gastrectomia vertical videolaparoscópica durante o período de 01/01/2015 a 29/02/2016. Foram analisados dados de perfil epidemiológico e dados como tempo de internamento, intercorrências cirúrgicas intra-operatórias, complicações pós-operatórias, necessidade de UTI e evolução pós-operatória. Também foi avaliado os resultados dos parâmetros pondero-estaturais após 6 meses da cirurgia. Resultados: Do total de pacientes analisados, 79% eram do gênero feminino, a idade média foi de 42 anos. O índice de massa corporal médio foi de 40,7 kg/m2. A principal comorbidade associada foi a hipertensão arterial sistêmica (53,1 %) seguida pela dislipidemia (35,4%). Todas as cirurgias procederam-se sem intercorrências no intra-operatório. O tempo médio de internação foi de 3 dias. Como evolução pós-operatória, 2 pacientes necessitaram de cuidados em unidade de terapia intensiva (UTI), porém sem prolongar o período de internação. Quanto às complicações pós-operatórias observou-se evolução com fístula e abscesso intracavitário em 2 casos (2,53%). Com relação aos parâmetros pondero-estaturais pós cirúrgicos, observou-se que a perda de peso média foi de 28 kg e o IMC médio de 29,71 kg/m2 após 6 meses de seguimento. Nenhum óbito foi constatado. Conclusão: A gastrectomia vertical é um procedimento cirúrgico seguro, tecnicamente rápido com baixos índices de complicações, e morbidades pós-operatórias. Bons resultados foram observados com relação aos parâmetros pondero-estaturais dos pacientes. Foi notado também um baixo índice de fístulas como complicação pós-operatória. Não foi evidenciado mortalidade no período avaliado. Bibliografia: 1-The Impact of Different Surgical Techniques on Outcomes in Laparoscopic Sleeve Gastrectomies. Elizabeth R. Berger, MD et. al. Annals of Surgery. 2016;264(3):464-473. 2- Sleeve Gastrectomy Dominates in Weight-Loss Surgeries in U.S. Reuters Health Information. November 10, 2015 http://www.medscape.com/viewarticle/854136. 3- Sjöström L, Peltonen M, Jacobson P, Sjöström CD, Karason K, Wedel H, et al. Bariatric surgery and long-term cardiovascular events. JAMA. 2012 Jan 4. 307(1):56-65.

CODIGO DO TRABALHO: 2662

TÍTULO DO TRABALHO: Revisão sistemática: controle glicêmico em pacientes com diabete Mellitus tipo 2 pós cirurgia bariátrica mista.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GIVÂNIA LEITE SANTOS; ANA CAROLINA OLIVEIRA DA SILVA; ANA CLARA OLIVEIRA DA SILVA; CAMILA DE ANDRADE MONTENEGRO FERNANDES; FRANCISCA ISABELA SAMPAIO MIRANDA; IURI DE BRITO NÓBREGA SILVA; MARCELO GONÇALVES SOUSA. FAMENE, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVO: A cirurgia bariátrica através de técnica desabsortiva e restritiva em pacientes com diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), visa melhora dos níveis glicêmicos por influenciar de maneira positiva a produção dos hormônios que atuam diretamente nas células ? do pâncreas, aumentado os níveis de insulina e por provável diminuição da resistência periférica através da derivação intestinal .Dessa forma, por a DM2 ser uma doença de alta prevalência, esse trabalho objetiva analisar a eficácia da cirurgia bariátrica no controle da sua progressão, que é responsável por diversas consequências sistêmicas graves. METOLOGIA: Revisão bibliográfica sistemática dos últimos cinco anos das bases de dados Google acadêmico, Pubmed e Scielo, através dos descritores ? cirurgia bariátrica? ?controle glicêmico? ?diabetes Mellitus tipo2?. RESULTADOS: A análise de 11 artigos, mostrou resultados significativos positivos quanto a resposta metabólica dos paciente pós derivação gástrica em Y de Roux (DGYR). Estudo feito com 17 pacientes apenas 11,8% continuaram com necessidade de medicamento e apresentaram perda de peso relevante em um mês, quando ocorreu redução significante da glicemia de jejum, do índice HOMA-IR, HbA1c e percentual de neuropatia. Com resultado semelhante, em estudo com 70 pacientes, a remissão completa foi encontrada em 35 (50%), parcial em sete (10%) e não houve remissão em 28 (40%). Em trabalho feito com 31 pacientes obesos submetidos a DGYR e gastrectomia vertical, acompanhou-se o hemoglicoteste e observou-se que os pacientes diabéticos reduziram significativamente a glicemia após a operação independentemente do uso de insulina exógena ou drogas hipoglicemiantes orais. Pesquisa feita com 63 pacientes, uma média de 84% desses tiveram remissão do DM2. Em análise feita com 59 pacientes, Houve remissão do DM2 e da dislipidemia em 81% e 94% dos casos, respectivamente. Outros estudos apontam resposta dependente do IMC em que cirurgia metabólica vem apresentando adequado controle do diabete em obesos grau I; todavia, o grupo não obeso ainda aguarda avaliação em longo prazo, considerando o risco de recidiva associado ao reganho de peso. Três estudos mostraram que o reganho de peso está associado à recidiva do diabete, enquanto o terceiro não confirma este fato, na comparação entre o grupo com e sem reganho; CONCLUSÃO: A DGYR mostrou ser procedimento eficaz em longo prazo, com resultados persistentes na perda de peso, remissão do DM2 e da dislipidemia.

CODIGO DO TRABALHO: 1395

TÍTULO DO TRABALHO: SANGRAMENTO DE ORIGEM OBSCURA EM PACIENTE NO PÓS-OPERATÓRIO TARDIO DE BARIÁTRICA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PALOMA ALVES BEZERRA MORAIS; RENAN TORRES CAETANO DA SILVA; PAULO ALVES BEZERRA MORAIS; THIAGO DUQUE GRIPP; MARCELO MARTINS DE MOURA; JOSE ALBERTO DA MOTTA CORREIA; ALBERTO BUGE STEIN; DOGLAS GOBBI MARCHESI. UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO, VITÓRIA - ES - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A obesidade grave leva à crise de saúde pública no mundo industrializado.1 A cirurgia bariátrica é o único tratamento em obesos mórbidos que causa perda efetiva de peso2. Gastroplastia redutora com bypass em Y-de-Roux tem mostrado excelentes resultados na perda de peso e na redução de comorbidades3, entretanto, não é isenta de complicações. Em estudo com 18.926 pacientes que realizaram cirurgia bariátrica, 55,1% fizeram gastroplastia redutora com bypass gástrico em Y-de-Roux. 45% das readmissões foram causadas por disfunções gastrointestinais, 33,5% por complicações dietéticas e apenas 6,57% ocorreram por sangramento.4 Relato do caso: Paciente do sexo feminino, 43 anos, admitida em Hospital Universitário em outubro de 2016 com quadro de melena, anemia e astenia há quinze dias. Relato de quatro internações prévias com quadros semelhantes de melena e enterorragia no último ano. Portadora de hepatopatia crônica por cirrose biliar primária (Child B 8, Meld 11), doença hemorroidária e fissura anal, síndrome de Sjögren, traço falcêmico e alfa talassemia. Relato de histerectomia, ooforectomia e hernioplastia de Spiegel prévias. Bypass gástrico em γ-de-roux com anel e colecistectomia há 13 anos. Em uso de ácido ursodesoxicólico, hidroxizine e hidroxicloroquina.À propedêutica, evidenciou-se nível de hemoglobina crítico e em queda apesar de múltiplas transfusões. Endoscopia digestiva alta (EDA) evidenciou varizes de fino calibre sem ?red spots?. Colonoscopia sem alterações. Aortografia e arteriografia seletiva de vasos esplâncnicos não permitiram identificar o foco do sangramento. Acesso laparoscópico do estômago excluso para EDA sem alteração. Optou-se por laparotomia exploradora com enterotomia a 40 cm do ligamento de Treitz e enteroscopia proximal, a qual evidenciou lesão pediculada com sangramento ativo em pequeno volume imediatamente abaixo do piloro, o qual se encontrava intransponível. Realizada polipectomia e gastrectomia total do estômago excluso. Histopatológico concluiu tratar-se de pólipo inflamatório na transição gastro-duodenal.Conclusão: A dificuldade de acessar o estômago excluso após a gastroplastia redutora com bypass gástrico em Y-de-Roux reforça a necessidade de excluir doenças gástricas no pré-operatório assim como lesões pré-malignas1. Além disso, cabe destacar que o estômago excluso pode ser uma provável fonte de sangramento tardio após a cirurgia bariátrica apesar de todo preparo pré-operatório adequado.

CODIGO DO TRABALHO: 2955

TÍTULO DO TRABALHO: SENSIBILIDADE DA ULTRASSONOGRAFIA NO DIAGNÓSTICO DE ESTEATOSE HEPÁTICA EM OBESOS MÓRBIDOS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: THIAGO PICOLLI MORSCH1; ALEXANDRE VONTOBEL PADOIN1; CLAUDIO CORA MOTTIN1; ALINE GRIMALDI LERIAS1; LETICIA BISCAINO ALVES1; RAFAEL JACQUES RAMOS2; DANIELE DOS SANTOS ROSSI1; RODRIGO PETERSEN SAADI1. 1. PUCRS, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 2. PUCRS, PORTO ALEGRE - RN - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Avaliar a sensibilidade da ultrassonografia de rotina na avaliação do grau de esteatose hepática.Método: Foram avaliados todos os laudos de ultrassonografia abdominal realizados rotineiramente na avaliação pré-operatória de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica. Todos os pacientes foram submetidos a biópsia hepática com uso de agulha fina no início do procedimento cirúrgico. Nenhum tipo de dieta especial foi utilizado no preparo destes pacientes.Resultados: Foram avaliados 1479 pacientes, sendo 1142 (77,2%) mulheres, idade de 38,1 ± 10,4 anos, IMC 46 ± 7 Kg/m2, cintuara 130 ± 15 cm. Entre as comorbidades destacamos DM2 354 (23,9%), HAS 807 (54,6%) e dislipidemia 742 (50,2%). Os laudos da ultrassonografia indicaram presença de esteatose hepática em 69% dos casos. Foi utilizada a classificação descrita por Burt para avaliar as biópsias hepáticas. Todos os pacientes avaliados apresentaram algum grau de esteatose hepáca na avaliação histológica, sendo 25,7% grau leve, 30,6% moderado e 43,7% severa. Quanto a sensibilidade na ultrassonografia observamos um aumento da sensibilidade diretamente proporcional ao grau de esteatose sendo de 50% na esteatose leve, 67% na moderada e 80% na severa, p,0,001.Conclusões: A sensibilidade da ultrassonografia de rotina tem relação direta ao grau de doença.Bibliografias:1: Ali Khan R, Kapur P, Jain A, Farah F, Bhandari U. Effect of orlistat on periostin, adiponectin, inflammatory markers and ultrasound grades of fatty liver in obese NAFLD patients. Ther Clin Risk Manag. 2017 Feb 20;13:139-149. doi: 10.2147/TCRM.S124621.2: Popescu M, Popescu IA, Stanciu M, Cazacu SM, Iano?i NG, Com?nescu MV, Singer CE, Neagoe CD. Non-alcoholic fatty liver disease - clinical and histopathological aspects. Rom J Morphol Embryol. 2016;57(4):1295-1302.3: Barros F, Setúbal S, Martinho JM, Ferraz L, Gaudêncio A. CORRELATION OF NON-ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE AND FEATURES OF METABOLIC SYNDROME IN MORBIDLY OBESE PATIENTS IN THE PREOPERATIVE ASSESSMENT FOR BARIATRIC SURGERY. Arq Bras Cir Dig. 2016 Nov-Dec;29(4):260-263. doi: 10.1590/0102-6720201600040011.

CODIGO DO TRABALHO: 3005

TÍTULO DO TRABALHO: TERAPIA DE ASPIRAÇÃO: UMA NOVA ABORDAGEM CIRÚRGICA PARA O TRATAMENTO DA OBESIDADE

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCOS VINÍCIUS MENDES DE OLIVEIRA1; CARLOS ROMERO FRANCO DE ALMEIDA LEMOS2; CARLOS FREDERICO DUAYER PICARDI1; FELIPE XAVIER CLÓ1; LEONARDO MOURÃO LACERDA1; MARLON HEBERT DE AQUINO1; MATHEUS TAVARES TÔRRES MIRANDA1; RICCARDO CASAROTTI1. 1. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS, BETIM - MG - BRASIL; 2. HOSPITAL VILA DA SERRA; HOSPITAL BELO HORIZONTE; SOCOR, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Com elevada prevalência, a obesidade é hoje um dos grandes problemas de saúde pública no mundo. Indivíduos obesos possuem risco aumentado de desenvolver patologias cardiovasculares, cerebrovasculares e endócrino-metabólicas. A cirurgia bariátrica é hoje o padrão-ouro para o tratamento cirúrgico da obesidade, porém conta com um número significativo de adversidades.OBJETIVO: Descrever e disseminar informações a respeito da nova técnica desenvolvida no campo da cirurgia bariátrica e metabólica - AspireAssist®/Terapia Aspirativa.MATERIAIS E MÉTODOS: Busca por periódicos indexados nas bases de dados Lilacs, Medline, PubMed e SciELo. Foram selecionados 17 artigos, sendo 9 utilizados para elaboração do resumo.RESULTADOS/DISCUSSÃO: Apesar de ser amplamente utilizada e apresentar bons resultados, as cirurgias bariátricas convencionais demandam uma intervenção invasiva, irreversível, passível de importantes complicações intraoperatórias e pós-operatórias e elevados custos. A terapia endoscópica por aspiração para a obesidade (AspireAssist®) surge então como um procedimento rápido, não-invasivo e reversível. Realiza-se uma gastrostomia endoscópica percutânea, com a colocação de um tubo de politetrafluoroetileno expandido (A-Tube) no quadrante superior esquerdo do abdome disposto ao fundo do estômago do paciente. À pele do indivíduo acopla-se uma válvula que permite a conexão de um dispositivo especializado para aspirar parte do conteúdo gástrico 20 minutos após a alimentação. De acordo com o estudo piloto de Sullivan et al. e outros ensaios, o aparelho elimina cerca de 30% do conteúdo de uma refeição que varie de 450 a 800 kcal e, a longo prazo, demonstra resultados satisfatórios, com perda de cerca de 50% do excesso de peso em um ano, quando associada a mudanças no estilo de vida.CONCLUSÃO: Aprovada pelo Food and Drug Administration (FDA) nos Estados Unidos e já disponível no mercado, a terapia por aspiração para obesidade é uma nova opção acessível, porém carece de estudos de maior seguimento, amostragem, populações distintas e com comorbidades associadas.

CODIGO DO TRABALHO: 2708

TÍTULO DO TRABALHO: ÚLCERA PÉPTICA PERFURADA PÓS GASTROPLASTIA Y-ROUX TARDIO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MAXLEY MARTINS ALVES1; LEONARDO EMILIO DA SILVA1; FELIPE ARAÚJO LACERDA2; LUDMILLA DA SILVA BATISTA2; CAIO CASTRO MENDANHA BARROS2; ALEX BESSA2; PHELIPE GONÇALVES MENDES PIMENTEL2; GUILHERME SERONNI2. 1. INSTITUTO DE CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO, OBESIDADE E METABÓLICA, GOIANIA - GO - BRASIL; 2. COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES CAPÍTULO GOIÁS, GOIANIA - GO - BRASIL.

RESUMO:
V.E.S., 30 anos, 26 de janeiro de 2016. AP: Gastroplastia com by-pass intestinal em Y-Roux em 2014, com perda de 40 Kg.Realizado implante de próteses mamárias de silicone há 07 dias, com uso de AINES e analgésicos em altas doses. Evoluiu com dor abdominal forte e súbita na madrugada do 6 PO, sendo encaminhada a pronto socorro e realizado hipótese de colecistite aguda pelo plantonista. Internada e solicitado avaliação cirúrgica.Durante a avaliação no dia posterior apresenta quadro de dor abdominal de forte intensidade na região hipocôndrio direito, mas dor pélvica associada. PCR elevado, mas leucograma sem alterações. Solicitado USG e TC abdominal. Vesícula biliar distendida mas sem presença de cálculos com parede pouco espessada. TC evidência líquido pélvico, mas SEM pneumoperitôneo. Devido quadro de dor, discutido e optado com paciente e familiares de realizar laparoscopia no mesmo dia.Achado cirúrgico de líquido de aspecto esverdeado bíleo-pancreático e suco gástrico na cavidade. Bloqueio omental sobre região duodenal.Após aspiração de todo conteúdo e irrigação copiosa da cavidade com 16 litros de SF0,9% pré aquecido, encontrado úlcera duodenal pós pilórica, com bordos inflamados mas vivificados, sendo realizado rafia em pontos separados com Vicryl 3,0, em um único plano devido friabilidade da região, posicionado dreno tubular.Mantida em dieta parenteral por 07 dias, devido hipoalbuminemia, albumina pré operatória 1,8. E liberado dieta oral no 2 PO, pois aprensentava by-pass em Y-Roux.Permaneceu iternada até 8 PO com antibioticoterapia, sendo liberada com dieta oral e dreno. Este último retirado no 10 PO ambulatorialmente.Evolução pós operatória sem intercorrências, histopatológico de biópsia sem lesões malignas, e mantida com doses altas de IBP por 6 meses. Sem evidência de H. pylori.Até momento, 1 ano de seguimento, sem intercorrências.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 967

TÍTULO DO TRABALHO: Vagotomia troncular como opção terapêutica para úlcera marginal refratária após cirurgia bariátrica: uma série de casos

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FÁBIO HENRIQUE MENDOÇA CHAIM1; EVERTON CAZZO1; FELIPE DAVID MENDONCA CHAIM1; MARTINHO ANTONIO GESTIC1; MURILLO PIMENTEL UTRINI1; MARCIO APODACA-RUEDA2; ELINTON ADAMI CHAIM1. 1. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL; 2. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL.

RESUMO:
Contexto Dentre as complicações tardias da cirurgia bariátrica, a ocorrência de úlcera marginal da anastomose gastrojejunal é descrita como uma das mais frequentes, com incidência na literatura variando de um a 16%. Com a crescente prevalência da obesidade e o aumento do número de procedimentos cirúrgicos realizados, cada vez mais os cirurgiões têm se deparado com esta complicação e recorrido a diferentes procedimentos visando à sua resolução. Objetivo Apresentar uma série de 03 casos de úlcera marginal em pacientes em pós-operatório de cirurgias bariátricas que foram refratárias ao tratamento medicamentoso e para os quais foi indicada a vagotomia troncular. Métodos Revisão retrospectiva de dados coletados prospectivamente em arquivos médicos. As informações coletadas incluíram: dados demográficos, índice de massa corporal (IMC) pré e pós-operatório, sintomatologia, tempo decorrido entre a realização da cirurgia e o diagnóstico, bem como a presença dos fatores de risco de úlcera marginal descritos na literatura. Resultados Todos os pacientes participaram de programa multidisciplinar e realizaram no pré-operatório endoscopia digestiva alta e pesquisa de Helicobacter pylori. A pesquisa resultou positiva em apenas um dos casos. Duas pacientes haviam sido submetidas ao bypass gástrico em Y de Roux e uma à derivação biliopancreática à Scopinaro. O diagnóstico de úlcera marginal foi realizado, respectivamente, 20, 37 e 50 meses após o procedimento cirúrgico em cada um dos casos relatados. Apenas uma das pacientes apresentava fatores de risco (tabagismo e uso de antiinflamatórios). Em nenhum dos casos a pesquisa de H. pylori resultou positiva no momento do diagnóstico da úlcera. Nos três casos, não se observou resposta clínica ou endoscópica após 08 semanas de tratamento com inibidor de bomba de prótons em dose plena. A vagotomia foi realizada por via toracoscópica em 02 dos casos e laparotômica em um dos casos. Após o procedimento, os pacientes permaneceram internados de 2 a 7 dias e apresentaram como complicações a ocorrência de quilotórax e pneumonia. Controle endoscópico realizado de 25 a 60 dias após a vagotomia demonstrou resolução da úlcera. Os pacientes permanecem em seguimento ambulatorial, com melhora das queixas. Conclusão A vagotomia troncular é uma alternativa terapêutica efetiva e segura para úlceras marginais refratárias ao tratamento clínico, podendo ser realizada por via toracoscópica, com menor potencial de ocorrência de complicações.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2643

TÍTULO DO TRABALHO: A ocorrência de pneumomediastino pós colecistectomia videolaparoscópica em paciente pediátrico

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PEDIÁTRICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANA BEATRIZ PEREIRA DE SOUZA1; AMANDA LUIZA AGUIAR TAQUARY ALVARENGA2; EDUARDO JOSÉ FERREIRA SALES2; RAFAEL SANTINI TEIXEIRA FRACON2; WALLACE ACIOLI FREIRE DE GOIS3; MARIANA DIAS ZANCHETTA3; GUSTAVO WERNECK EJIMA2. 1. UNICEUB, BRASILIA - DF - BRASIL; 2. UNICEUB, BRASÍLIA - DF - BRASIL; 3. HMIB, BRASÍLIA - DF - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO ? A colecistite aguda se define pela inflamação da vesícula biliar estando majoritariamente associada à presença de cálculos biliares. O tratamento preconizado é a colecistectomia laparoscópica, que permite redução do tempo cirúrgico e hospitalar. Apesar de constituir um procedimento minimamente invasivo, possui, como qualquer ato cirúrgico, riscos inerentes.Dentre as complicações respiratórias, destaca-se o pneumomediastino isolado, com incidência de 0,02%, que pode ser explicado pela passagem de ar da cavidade abdominal para a torácica através de defeitos congênitos no hiato aórtico e esofágico, efeitos da anestesia, manuseio abdominal e administração intra-abdominal de elevada pressão parcial de CO_2.Os sintomas de pneumomediastino mais prevalentes são: dor torácica, dispneia e febre, sendo o diagnóstico e a terapêutica baseados nas evidências clínicas e radiológicas. Vale ressaltar que a real incidência dessa complicação pode estar subestimada, principalmente pelo fato de não serem clinicamente evidentes.RELATO DO CASO - Paciente do sexo masculino, 11 anos, 73 kg, com quadro clínico de colecistite aguda, confirmado por tomografia computadorizada de abdômen com presença de microcálculos no interior da vesícula biliar e um cálculo de 1 cm impactado no ducto cístico. Para preparação do procedimento cirúrgico realizou-se antibioticoterapia por sete dias. A colecistectomia videolaparoscópica ocorreu sem intercorrências e evidenciou vesícula biliar edemaciada, de paredes espessadas e aderida ao leito hepático. No pós-operatório, antibioticoterapia foi mantida por 14 dias e o paciente evoluiu clinicamente estável. Além disso, foi realizada radiografia de abdômen constatando ausência de alterações abdominais relevantes, enquanto a radiografia de tórax evidenciou pneumomediastino pequeno, que, por não ter provocado repercussão clínica e hemodinâmica, foi adotada abordagem expectante associada à avaliação radiológica periódica. Paciente recebeu alta 5 dias após cirurgia com observações devido a persistência de pequeno pneumomediastino.CONCLUSÃO ? O pneumomediastino isolado é uma intercorrência extremamente rara da colecistectomia laparoscópica. A partir da definição diagnóstica, o tratamento deve ser individualizado, levando em consideração as evidências clínicas, laboratoriais e radiológicas. Vale ressaltar que a real incidência dessa complicação pode estar subestimada, principalmente pelo fato de não serem clinicamente evidentes.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 323

TÍTULO DO TRABALHO: ABDOME AGUDO INFANTIL OCASIONADO POR TORÇÃO DE TERATOMA OVARIANO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PEDIÁTRICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RONI LEONARDO TEIXEIRA; JULIANA FERREIRA LOBO DOS SANTOS. HOSPITAL REGIONAL DE SINOP/ FUNDAÇÃO COMUNITÁRIA DE SINOP, SINOP - MT - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVO: Conforme a literatura, a torção ovariana no paciente pediátrico é um evento incomum e um diagnóstico desafiador. Os pediatras devem estar cientes dos sintomas e dos achados diagnósticos de torção, para uma abordagem rápida e eficaz, e menos comum ainda , é esta mesma situação, porém com a presença de um teratoma cistico, torcido e manifestando abdome agudo inflamatório, como será relatado abaixo.RELATO DE CASO: Menina de 4 anos dá entrada na emergencia do Hospital regional de Sinop, proveniente da Unidade de Pronto Atendimento local, apresenta-se com dor pélvica, sem febre e/ou vomitos há 3 dias. Solicitado exames laboratoriais sem alterações, no entanto, a tomografia, mostra massa complexa, cistica em pelve, com calcificação e pequena area de atenuação adiposa, medindo cerca de 42,6 cm?. Criança foi submetida a laparotomia exploradora, com evidencia de massa ovariana esquerda, não aderida a planos profundas, porém torcida no eixo de sua trompa correspondente, com necrose de toda tumoração. Realizado ooforectomia esquerda, sem intercorrencias, obtendo alta no 2 PO, com excelente evolução clínica no pós operatório.O exame anatomopatologico mostrou tratar-se de um teratoma ovariano cistico maduro, com necrose em toda sua extensão, sendo a cirurgia curativa, apos avaliação da oncologia pediatrica.CONCLUSÃO: É fato que se faz necessário, o diagnóstico precoce do abdome agudo na criança, independente de sua idade e causa, mas esta afirmativa é inaltecida, quando nos deparamos com uma torção ovariana, onde o tempo é o principal fator prognóstico, no que disrespeito a preservação ou não do anexo acometido; no entanto, nesta situação apresentada, pelo fato da presença de uma grande lesão tumoral germinativa, a preservação ovariana seria praticamente impraticável.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS: Geimanaite, Lina; Trainavicius, Kestutis. Ovarian torsion in children: management and outcomes. J Pediatr Surg; 48(9): 1946-53, 2013. Schmitt, Eric R; et al. Twist and shout! Pediatric ovarian torsion clinical update and case discussion.Pediatr Emerg Care; 29(4): 518-23; quiz 524-6, 2013. Poonai, Naveen; Poonai, Caroline; Lim, Rodrick; Lynch, Tim. Pediatric ovarian torsion: case series and review of the literature.Can J Surg; 56(2): 103-8, 2013 .

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1640

TÍTULO DO TRABALHO: Abdome Agudo Perfurativo por Ascaris lumbricoides: Relato de caso.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PEDIÁTRICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DELÚBIO GOMES MACHADO NETO; JOSÉ ARRUDA SILVA LIMA; RONE ANTONIO ALVES ABREU. ITPAC, ARAGUAÍNA - TO - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOO abdome agudo obstrutivo é causado pela presença de um obstáculo mecânico ou de uma alteração da motilidade intestinal que impede a progressão normal do bolo fecal. A obstrução intestinal compreende dois grandes grupos: causa mecânica, que leva aos quadros de obstrução mecânica (ex. bolo de áscaris), e distúrbio da motilidade intestinal, que leva aos quadros de íleo adinâmico ou paralítico ou neurogênico (pseudo-obstrução). A ascaridíase tem como agente etiológico o Ascaris lumbricoides (A. lumbricoides) e é a helmintíase com maior incidência e prevalência mundial. É endêmica em regiões tropicais e subtropicais com condições sanitárias precárias.RELATO DE CASOMasculino, 5 anos, reside no norte do Tocantins às margens do Rio Araguaia, procurou atendimento na UPA de Araguaína com queixa de dor abdominal difusa com três dias de evolução e com piora nas últimas 24 horas. Acompanhante relatou episódios de febre não aferidos. Além da piora da dor, nas últimas horas o paciente evoluiu com episódios de vômitos de aspecto esverdeado e diarréia com fezes liquidas, odor fétido, sem muco e sangue. Cartão de vacina atualizado e sem internações prévias. Ao exame: REG, dispneico, febril (37,9°c), anictérico, desidratado, hipocorado, emagrecido, taquicárdico e normotenso (PA 110x70). Aparelho pulmonar: MV diminuído em bases, sem ruídos adventícios; Aparelho cardiovascular: normal; Abdome: RHA ausentes, globoso, distendido, doloroso a palpação difusamente, timpânico, sem irritação peritoneal e visceromegalias. Exames laboratoriais evidenciaram discreta leucocitose e eosinofilia importante. A RRAA demostrava cólon dilatado, edema de alça, aspecto de ?miolo de pão?, níveis hidroaéreos e ausência de gases na ampola retal. O USG revelou imagens cilíndricas formando aglomerado no mesogastro e flanco esquerdo. Encaminhado para HMA com queda do estado geral, taquicárdico, hipotenso e torporoso. Realizado laparotomia exploradora identificando perfuração em alça de delgado e grande quantidade de Ascaris lumbricoides (157). Paciente evolui com melhora clínica e aceitação da dieta no 3° DPO. Alta no 7° DPO após concluir ciclo de antibiótico.CONCLUSÃODevido à endemicidade da ascaridíase no Brasil e no Tocantins e ao fato de as complicações constituírem emergências na pediatria, é fundamental a familiarização com os achados clínicos e imaginológicos presentes nos casos de ascaridíase complicada, para que seja instituído tratamento clínico-cirúrgico adequado em tempo hábil.

CODIGO DO TRABALHO: 904

TÍTULO DO TRABALHO: Abordagem Cirúrgica da Síndrome Compartimental Abdominal em Neonato com Neuroblastoma 4S

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PEDIÁTRICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GABRIEL LUNARDI ARANHA1; MATHEUS OLIVEIRA CARLOTA2; LUÍS AUGUSTO PRAZIM BEZERRA3; HEMELI GEANINE BERTOLDI1; JULIANA COELHO XAVIER4; FELIPE AUGUSTO FERREIRA SIQUELLI5; TATYANE RIBEIRO DE CASTRO PALITOT6; VILANI KREMER5. 1. FCMS/JF, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL; 2. PUC CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL; 3. UESB, VITORIA DA CONQUISTA - BA - BRASIL; 4. UNINASSAU, RECIFE - PE - BRASIL; 5. FACISB, BARRETOS - SP - BRASIL; 6. UFRN, NATAL - RN - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O neuroblastoma é o tumor sólido extracraniano mais comum da infância, origina-se de células da crista neural que formam a medula da glândula adrenal e os gânglios simpáticos. O espectro de sua diferenciação e a validade de sua localização resultam em uma grande diversidade de manifestações e complicações, como a Síndrome Compartimental Abdominal (SCA). Relato de caso: Paciente S.A.M.V., pré-termo, com 4 dias de vida, encaminhada ao HCB infanto-juvenil devido a massa abdominal palpável, com presença de circulação colateral e fígado palpável do rebordo costal direito até fossa ilíaca direita. Realizado ultrassonografia e TC abdominal que evidenciaram tumor sólido, com áreas calcificadas em adrenal direita e fígado com aumento de volume, heterogêneo por infiltração neoplásica. Neonato foi internado em unidade de terapia intensiva, submetido à radioterapia e posteriormente apresentou Síndrome de Lise Tumoral, cursando com hipercalemia, hiperpotassemia, anúria, instabilidade hemodinâmica, ventilação mecânica ineficaz devido à alta pressão abdominal sendo diagnosticado SCA. Encaminhado ao Centro Cirúrgico para realização de peritoneostomia com tela de Gore®. Paciente apresentou melhora hemodinâmica, extubação e redução da lesão com tratamento quimioterápico e radioterápico. Após 30 dias em peritoniostomia, foi realizada adrenalectomia direita, biópsia hepática e fechamento da cavidade abdominal. O paciente exibiu melhora progressiva do estado geral, com regressão das lesões hepáticas. Teve alta hospitalar e permanece em acompanhamento ambulatorial, estando fora de terapia oncológica há 22 meses. Conclusão: Os tumores retroperitoneais representam a maioria das neoplasias sólidas extracranianas em crianças. O tratamento padronizado por protocolos recentes cria um cenário com uma relação balanceada entre baixa morbidade e alta possibilidade de cura.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1129

TÍTULO DO TRABALHO: Abordagem endoscópica retrógrada (gastrostomia) da subestenose esofágica pós-cirúrgica: uma opção terapêutica

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PEDIÁTRICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RAFAEL SANTINI TEIXEIRA FRACON1; ANA BEATRIZ PEREIRA DE SOUZA1; GUSTAVO WERNECK EJIMA1; WALLACE ACIOLI FREIRE DE GOIS2; EDUARDO JOSÉ FERREIRA SALES1; AMANDA LUIZA AGUIAR TAQUARY ALVARENGA1; FLÁVIO HAYATO EJIMA3. 1. UNICEUB, BRASILIA - DF - BRASIL; 2. HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASILIA, BRASILIA - DF - BRASIL; 3. HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL, BRASILIA - DF - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A atresia esofágica (AE) é uma má formação congênita caracterizada pela ausência de um segmento do esôfago, podendo ser classificada de acordo com a localização e pela presença ou não de fístula traqueoesofágica. Trata-se da afecção congênita mais comum desse órgão, com incidência global que varia de 1 em cada 2.500 a 5.000 nascidos vivos. O tratamento primário consiste no estabelecimento do trânsito esofágico através de anastomose esôfago-esofágica término terminal, ou pela substituição por segmento intestinal ou pelo estômago. A complicação mais prevalente do procedimento consiste na subestenose no local da anastomose, cursando com salivação aerada, sialorreia, disfagia, perda de peso e, eventualmente, aspiração pulmonar. A técnica preconizada para a correção da subestenose baseia-se na dilatação por via endoscópica alta através do uso de sondas ou balões dilatadores. Devido à alta taxa de reobstrução, pode ser necessária reabordagem terapêutica.Relato de caso: Recém-nascido, sexo masculino, com atresia congênita de esôfago com fistula traqueoesofagica distal, submetido à cirurgia reparadora (anastomose esôfago-esofágica término terminal) e à gastrostomia cirúrgica ao nascer. Um mês após o procedimento, evoluiu com quadro clínico de subestenose esofágica, confirmada por radiografia contrastada. Utilizou-se sonda de replogle para assegurar a adequada aspiração da saliva na bolsa esofágica superior. Foi solicitada endoscopia digestiva alta para dilatação da subestenose, procedimento terapêutico padrão, que, neste caso, não obteve acesso à anastomose devido ao pequeno calibre da subestenose, presente a 10 cm da arcada dentária superior. Como recurso alternativo, utilizou-se o acesso por via retrógrada, através do orifício da gastrostomia prévia usando de aparelho pediátrico (5,8 mm de diâmetro) com passagem de fio guia e dilatação com balão de via biliar de 6mm, havendo melhora clínica dos sintomas anteriormente apresentados. Devido à possibilidade de reincidência da subestenose e a necessidade de nova dilatação, o paciente ficou internado por 20 dias em observação, sem intercorrências no período.Conclusão: A terapêutica escolhida (abordagem retrógrada por gastrostomia prévia) mostrou-se eficaz, possibilitando a correção da subestenose secundária a cirurgia reparadora por meio da dilatação, podendo ser uma opção terapêutica em casos que a abordagem anterógrada não é possível. Além disso, evitou-se uma nova cirurgia e comorbidades associadas.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 342

TÍTULO DO TRABALHO: ADENOMA VIRILIZANTE DE SUPRARENAL EM MENINA: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PEDIÁTRICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RONI LEONARDO TEIXEIRA; EVANDRO GARCIA. HOSPITAL REGIONAL DE SINOP/ FUNDAÇÃO COMUNITÁRIA DE SINOP, SINOP - MT - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVO:Os tumores do córtex de supra renal são mais raros em crianças e adolescentes do que em adultos, e o objetivo deste trabalho, é o de apresentar o relato de um caso, de uma menina com tumor benigno virilizante de córtex supra renal, evoluindo de forma satisfatória no pós operatório.RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, com 3 anos de idade, oriunda da cidade de Lucas do Rio Verde ? MT, vem ao serviço com historia de pilificação e hipertrofia clitoriana há cerca de 3 meses,realizando em sua cidade de origem exames laboratoriais, com alteração hormonal significativa(testosterona e androstenediona) e tomografia de abdome mostrando nódulo em supra renal esquerda, bem delimitado , com contornos regulares, e medindo 15mmX19mm. Programado uma laparotomia exploradora, com identificação de nódulo de aproximadamente 1,6 cm em topografia de adrenal esquerda, com dissecção e exérese sem intercorrências , com alta no segundo pós operatório. O resultado do anatomopatológico mostra características de benignidade compatível com adenoma de supra renal. A criança manteve acompanhamento com a oncologia pediátrica com excelente evolução clínica.CONCLUSÃO: Diante da situação atípica da virilização da genitália ou exacerbações de características sexuais secundárias, se faz necessário o diagnóstico de forma precoce de tumores secretores de supra renal, para melhor abordagem cirúrgica, seguimento pós operatório adequado e resultados satisfatórios.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICASFlynt, Kelsey A; et al. Pediatric adrenocortical neoplasms: can imaging reliably discriminate adenomas from carcinomas?Pediatr Radiol; 45(8): 1160-8, 2015. Wang, Cuiping; et al. Distinguishing adrenal cortical carcinomas and adenomas: a study of clinicopathological features and biomarkers. Histopathology; 64(4): 567-76, 2014. Chatterjee, Gaurav; et al. Myxoid adrenal cortical adenoma in an infant: An unusual morphology. J Cancer Res Ther; 11(4): 1040, 2015.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1152

TÍTULO DO TRABALHO: Análise comparativa do manejo na estenose hipertrófica de piloro: Uma revisão da literatura

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PEDIÁTRICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CRISTIANO DE FREITAS GOMES1; ELIS OLIVEIRA2; ALESSANDRO SILVESTRE1; DANIELLE BAPTISTA LIVRARI FARINA1; GUILHERME PENNA FELÍCIO1; CAMILA MAYUMI YONEYA1; ALEXANDRE VILLAR COLLINO1; TAYNÁ FREGONEZE FARIAS1. 1. MEDICINA - CENTRO UNIVERSITARIO SÃO CAMILO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. PUC- SP MEDICINA SOROCABA, SOROCABA - SP - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVO: O presente estudo visa apresentar uma revisão atual sobre o manejo da estenose hipertrófica de piloro (EHP), realizando uma comparação entre os tratamentos propostos na literatura, uma vez que a EHP tem incidência de 1-4/1000 nascidos vivos e a condução inadequada do caso leva a impactos negativos sobre o desenvolvimento do paciente. MÉTODOS: Revisão narrativa produzida a partir da consulta às bases de dados Medline/Pubmed, LILACS/Scielo e Scopus selecionando artigos publicados entre 2012 e 2017. Os descritores foram: ?hypertrophic pyloric stenosis?; ?pyloromyotomy?; ?atropine?; ?treatment?. Dos 23 artigos pré-selecionados, um total de 11 continham a abordagem do manejo da EHP, sendo portanto, utilizados. Para realizar a comparação entre a videolaparoscopia (VDL) e a laparotomia (LP) as seguintes variáveis foram utilizadas: Tempo de internação hospitalar, tempo para reintrodução da alimentação e complicações.RESULTADOS: Os artigos analisados colocam a piloromiotomia como padrão ouro para o tratamento definitivo da EHP. Os estudos baseados na análise comparativa entre os dois tipos de procedimentos, afirmaram não existir diferenças entre as técnicas de abordagens cirúrgicas. Entretanto, uma minoria dos trabalhos confirmam que o tempo de internação e a reintrodução da dieta são menores na VDL comparada a LP. Por fim, no que diz respeito às complicações gerais, os métodos são semelhantes, porém o menor número das revisões relataram que a VDL apresenta uma porcentagem maior de complicações graves, devido provavelmente a dificuldades inerentes a técnica por vídeo, levando a uma maior chance (4%) de perfuração mucosa. Uma alternativa encontrada foi o uso de Atropina, pela maior segurança do tratamento medicamentoso, devido a diminuição dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico. Sua eficácia depende da aplicação em um grupo de pacientes específicos. Contudo, o tratamento farmacológico apresenta uma alta porcentagem de falha terapêutica (49,2%), uma vez que os critérios de seleção do grupo que se beneficiariam do mesmo, ainda não estão bem definidos.CONCLUSÃO: Tendo em vista os aspectos observados nos artigos analisados para esta revisão, podemos entender que, entre manejos para a EHP, a piloromiotomia é o tratamento de maior resolutividade, sendo que o procedimento cirúrgico aberto e a VDL não apresentam diferenças significativas no desfecho. O uso de uma abordagem farmacológica ainda não é bem estabelecido, necessitando de mais estudos.

CODIGO DO TRABALHO: 2191

TÍTULO DO TRABALHO: APENDICITE AGUDA COM PERITONITE EM LACTENTE - RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PEDIÁTRICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PAULA REGINA DA SILVA TAVARES. UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ, MARABÁ - PA - BRASIL.

RESUMO:
A apendicite aguda é a emergência cirúrgica mais frequente na criança, ocorre desde o período neonatal até a adolescência, sendo mais comum entre os 4 e os 14 anos, e rara nos primeiros 2 anos de vida. A obstrução da luz do apêndice é o principal agente desencadeante. O quadro clínico na pediatria é por vezes pouco evidente e de evolução rápida, dificultando o diagnóstico e facilitando complicações, como peritonite, obstrução intestinal e abscessos pélvicos ou subfrênico. É necessário que o médico conheça a história natural da doença e as várias formas de apresentações de acordo com as faixas etárias, bem como as indicações e necessidade de rápida intervenção cirúrgica. Relato de Caso: P.H.S.T., sexo masculino, 1 ano e 11 meses, deu entrada em emergência pediátrica com dor abdominal difusa e recusa alimentar, e histórico de febre baixa nos 2 dias anteriores. O hemograma, veio sem alterações. Paciente teve alta com prescrição de analgésico e antigases. Ao quinto dia de doença, apresentou febre de 38°C, dor ao defecar e fezes pastosas. Retornou a emergência pediátrica, foi realizado hemograma, EAS e USG de abdome total, os dois primeiros sem alterações e o último com grande meteorismo intestinal difuso. Paciente foi transferido e internado em um hospital com serviço cirúrgico. Foi solicitado TC de abdome total com contraste e hemograma, o primeiro evidenciando apendicite aguda com sinais de peritonite, e o segundo, leucocitose. Ex físico: REG, fáscies de dor e irritabilidade, taquipnéia. Abdome distendido, doloroso difusamente a palpação, timpânico à percussão. Nega-se a deambular. Conduta: Analgesia e antigases, Ceftriaxona e Metronidazol EV, Apendicectomia com drenagem de cavidade abdominal, via aberta com incisão de Rockey-Davis, anestesia geral, fechamento total da incisão operatória, e emprego de um dreno Pen Rose. Acréscimo de Cefepime por Pneumonia Hospitalar. Ex. Subsidiários: Hemograma que evidenciou leucocitose só no sexto dia de doença, PCR em 192 mg/L. Evolução: Penrose retirado no 7° dia de pós operatório, e drenagem de abcesso de parede. Após drenagem, houve sucesso na cicatrização. Alta hospitalar 16 dias após a internação. Atualmente, o paciente está no segundo mês de seguimento pós-operatório, hígido e realizando atividades diárias normalmente. O caso relatado evidencia que a agilidade diagnóstica, garante um procedimento cirúrgico de menor complexidade, diminui complicações e riscos para o paciente, e reduz o tempo de internação hospitalar.

CODIGO DO TRABALHO: 2703

TÍTULO DO TRABALHO: Apendicite Aguda em Criança

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PEDIÁTRICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCUS VINICIUS BARROS BORBA; MIRELLA PEREIRA OLIVEIRA BORBA; HIGOR VINICIUS ALMEIDA MIRANDA; JOSE CELSO DE CARVALHO JÚNIOR; LUIS FELIPE DE OLIVEIRA MACEDO RIBEIRO. HOSPITAL CLINICARE, BETIM - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O apêndice é um prolongamento do ceco de forma filiforme com fundo cego, localizado há, aproximadamente, 2,5 cm abaixo da válvula íleo-cecal, na convergência das três tênias colônicas, que é uma referência anatômica cirúrgica com tamanho variado de 5 a 30 cm de extensão. . Relato de caso: Paciente P.G.T, 2 anos, com quadro de dor abdominal de incio súbito em região peri-umbilical com posterior piora da dor e se localizando em fossa ilíaca direita, anorexia sem náuseas e vômitos. Exame fisíco: Dor a palpação em fossa iliaca direita e Blumberg positivo. Exames: laboratorias: Leucócitos: 16.710 e exame de urina normal. USG: Cavidade abdominal - Ao rastreamento da fossa ilíaca direita, observamos imagem de fundo cego cujo o diâmetro de serosa a serosa atinge 7 mm de diâmetro. Achados sugerem abdome agudo inflamatório de origem apendicular. Escore de Alvarado: Sintomas: Migração da dor -1 ponto; Anorexia - 1 ponto; Náusea e/ou vômitos - 1 ponto; Sinais: Defesa de parede no quadrante inferior do abdome - 2 pontos; Dor a descompressão - 1 ponto; Elevação da temperatura - 1 ponto; Laboratório: Leucocitose - 2 pontos; Desvio a esquerda - 1 ponto, com um total de 10 pontos. Paciente obteve 7 pontos. Resultados: Apendicectomia pela incisão de MacBurney. Anatomopatológico que evidenciou apendicite por hiperplasia linfóide. Conclusão: A apendicite resulta de um processo mecânico de obstrução da luz do apêndice, sendo o fecalito e a hiperplasia linfóide os mais comuns e tendo como outros, corpo estranho, parasitas, tumor, êmbolos sépticos, muco desidratado, torção, invaginação, doença de Crohn, processos infecciosos ileocecais ou peritoneais, podendo sua localização variar de acordo com o posicionamento de sua extremidade, podendo ser retrocecal, pélvico, subcecal e na goteira parietocólica. Referencias Bibliograficas: J Emerg Med. 2017 Feb 28. pii: S0736-4679(17)30003-3. doi: 10.1016/j.jemermed.2017.01.003. [Epub ahead of print]Ultrasound for Diagnosis of Appendicitis in a Community Hospital Emergency Department has a High Rate of Nondiagnostic Studies; Drake FT, Mottey NE, Farrokhi ET, Florence MG, Johnson MG, Mock C, Steele SR, Thirlby RC, Flum DR Time to appendectomy and risk of perforation in acute appendicitis. JAMA Surg. 149(8):837-844, 2014;Goulart RN. Achados principais de exames laboratoriais no diagnóstico de apendicite aguda: uma avaliação prospectiva. ABCD, Arq. Bras. Cir. Dig. 25(2): 88-90, 2012

CODIGO DO TRABALHO: 1878

TÍTULO DO TRABALHO: ATRESIAS JEJUNO-ILEAIS MÚLTIPLAS EM RECÉM-NASCIDO: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PEDIÁTRICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LEONARDO GETÚLIO PIOVESAN1; JOSÉ ALFONSO MONESTEL MONTOYA2; GUILHERME AVELAR FERREIRA2; TUAMI VANESSA WERLE2; MARIANA ZAMPROGNO TEZZA2; JOÃO AUGUSTO DOS REIS GUERRA3. 1. UNIVALI, ITAJAÍ - SC - BRASIL; 2. UNIVALI, ITAJAI - SC - BRASIL; 3. UNOESC, JOAÇABA - SC - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A atresia de jejuno proximal é uma causa comum de obstrução intestinal em recém-nascidos, sendo que a associação desta com múltiplas atresias intestinais é uma entidade mais rara. O achado radiológico de ?tripla bolha? numa obstrução de jejuno proximal leva a um diagnóstico precoce. Porém, um diagnóstico mais tardio pode ocorrer devido à ausência de clínica específica, resultando em maior morbimortalidade. O tratamento de escolha é a intervenção cirúrgica precoce. Embora grande parte dos pacientes evoluam bem após a correção cirúrgica, alguns necessitam de apoio nutricional parenteral prolongado, sofrem de síndromes de má absorção, estenose intestinal e síndrome do intestino curto.CASO CLÍNICO: RN de O.R., 2º dia de vida, encaminhado ao Hospital Infantil Pequeno Anjo ? Itajaí/SC ? Brasil, apresentando vômitos biliares, recusa do leite materno e ausência de eliminação de mecônio desde o nascimento, evoluindo com distensão abdominal. Gestação sem intercorrências, a termo, com história de polidrâmnio. Na radiografia simples de abdome, evidenciou-se presença de ?tripla bolha? e ausência de ar em intestino grosso e reto, com diagnóstico de atresia de jejuno proximal, sendo encaminhado à cirurgia. No transoperatório, visualizada dilatação de jejuno proximal e sete atresias jejuno-ileais (seis do tipo I e uma do tipo III), sendo a primeira localizada a 8 cm de ângulo de Treitz. Realizada ressecção e anastomoses término-terminais em todas as obstruções. Na primeira foi realizada modelagem da alça pela técnica de De?loremier, devido a dilatação do jejuno proximal. O diagnóstico pós-operatório foi atresia jejuno-ileal múltipla. No 12º dia pós-operatório houve deiscência de sutura de duas anastomoses, necessitando de reintervenção. A paciente recebeu alta hospitalar após 14 dias, com total alimentação via oral.DISCUSSÃO: Os sintomas mais comuns descritos na literatura foram também os apresentados pelo paciente. O diagnóstico precoce é muito importante para uma intervenção cirúrgica precoce. Como os sinais/sintomas clínicos são inespecíficos, o raio-x simples de abdome é um método rápido e simples, e foi utilizado para confirmação diagnóstica deste caso, com a presença do sinal da ?tripla-bolha?. Apesar do uso de múltiplas anastomoses apresentar maior chance de deiscência, é de fundamental importância para evitar a síndrome do intestino curto, comum quando realizada ressecção total e anastomose.

CODIGO DO TRABALHO: 1051

TÍTULO DO TRABALHO: AVALIAÇÃO DA ACURÁCIA DO ESCORE DE ALVARADO NO DIAGNÓSTICO DE APENDICITE AGUDA EM PACIENTES PEDIÁTRICOS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PEDIÁTRICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DANIELA GHIZONI DACOREGIO; FELIPE ALVES PIMMEL; ANDRÉ DE FIGUEIREDO CALANDRINI BRANCO; AMANDA COLPANI BELLEI; ANA CAROLINA LOBOR CANCELIER. UNISUL - UNIDADE TUBARÃO/SC, TUBARÃO - SC - BRASIL.

RESUMO:
A apendicite aguda é a maior causa de cirurgia abdominal de urgência na infância e adolescência e seu diagnóstico é baseado principalmente no quadro clínico do paciente. Devido a sua alta prevalência e a gravidade das complicações, o estudo objetivou avaliar a acurácia do escore de Alvarado para o diagnóstico de apendicite aguda em pacientes pediátricos.Objetivo: Avaliar a acurácia do Escore de Alvarado no diagnóstico de apendicite aguda em pacientes pediátricos. A alta prevalência de apendicite aguda em pacientes pediátricos e a gravidade de suas complicações motivaram este estudo. Métodos: Estudo observacional com delineamento transversal. A amostra foi composta por 98 crianças menores de 14 anos com dor abdominal e suspeita de apendicite aguda que passaram por avaliação do cirurgião pediátrico no período de fevereiro a julho de 2015. Os pacientes foram avaliados quanto ao escore de Alvarado, sexo e idade.Resultados: Adotando--se os pontos de corte 5, 6 e 7, observou--se que com a elevação do ponto de corte ocorreu aumento do valor preditivo positivo e da especificidade do teste, com consequente redução do valor preditivo negativo e da sensibilidade.Conclusão: A acurácia do escore de Alvarado para o diagnóstico de apendicite aguda nos pacientes pediátricos foi relativamente alta para os três pontos de corte adotados, sendo a melhor acurácia verificada para o ponto de corte ? 6.Bibliografias: Son, Chang Sik, Byoung Kuk Jang, Suk Tae Seo, Min Soo Kim, and Yoon Nyun Kim. "A Hybrid Decision Support Model to Discover Informative Knowledge in Diagnosing Acute Appendicitis." BMC Medical Informatics and Decision Making 12, no. 1 (March 13, 2012): 17. doi:10.1186/1472-6947-12-17. Drake FT, Flum DR. Improvement in the Diagnosis of Appendicitis. Adv Surg. 2013?47:299-328.Kariman H, Shojaee M, Sabzghabaei A, Khatamian R, Derakhshanfar H, Hatamabadi H. Evaluation of the Alvarado score in acute abdominal pain. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2014 Mar?20(2):86-90

CODIGO DO TRABALHO: 1761

TÍTULO DO TRABALHO: BOLETIM DE APGAR PARA PARALISIA CEREBRAL EM RECÉM-NASCIDOS DE BAIXO PESO: Artigo de Revisão

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PEDIÁTRICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOSE WILLIAM VAVRUK. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ, MARINGÁ - PR - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo. Fornecer subsídios para melhor compreensão, por meio de parâmetros técnicos, dentre os quais pela utilização do Boletim de Apgar para monitorar e observar a ocorrência de paralisia cerebral em recém-nascidos de baixo peso.Métodos. Breve sinopse envolvendo avaliação da ocorrência de paralisia cerebral em recém-nascidos de baixo peso, pelo uso do boletim de Apgar.Discussão: Apresentação e comparação da ocorrência de paralisia cerebral, através da utilização do Boletim de Apgar em recém-nascidos de baixo peso.Conclusões. Definitivas: constatamos efetivamente a importância e relevância do correto uso e emprego estatístico do Boletim de Apgar que estabelece riscos quanto ao nascimento de baixo peso e sua direta ocorrência de paralisia cerebral. APGAR BULLETIN FOR CEREBRAL PALSY IN NEWBORN LOW WEIGHT Objective. Provide subsidies for better understanding, through technical parameters, among which the use of the Apgar score to monitor and observe the occurrence of cerebral palsy in infants of low birth weight.Methods. Brief synopsis involving assessing the occurrence of cerebral palsy in infants of low birth weight, by using the Apgar score.Discussion: Presentation and comparison of the occurrence of cerebral palsy, using the Apgar score in newborns with low weight.Conclusions. Final: effectively verified the importance and relevance of the correct use and use of statistical Apgar score establishing risks relating to low birth weight and its direct occurrence of cerebral palsy.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1267

TÍTULO DO TRABALHO: Cirurgia de Foker por videotoracoscopia - Atresia de esôfago long gap

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PEDIÁTRICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARIANA OLIVEIRA FERREIRA; LIA YUMI OMORI NISHIKAWA; ROBSON AZEVEDO DUTRA; ADRIANA CARTAFINA PEREZ-BÓSCOLLO. UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO, UBERABA - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A atresia de esôfago sem fístula com grande distância entre os cotos é sempre um desafio para o cirurgião pediátrico. A substituição esofágica pode ser realizada pelo estômago (tubo gástrico) ou pelo cólon (esofagocoloplastia). A melhor solução é o próprio esôfago cujos cotos demonstraram crescimento potencial após o nascimento. Porém é necessário estímulo fisiológico adequado: aspiração intermitente do esôfago proximal, posicionamento de Tredenlemburg para o crescimento do esôfago distal e pensar na tração esofágica externa de Foker.RELATO DO CASO: JCN, masculino, primeiro gemelar, branco, nasceu em 16/07/2013, parto cesárea, com atresia de esôfago sem fistula (long gap), apresentava hipersecreção salivar, sem progressão da sonda orogástrica. Radiografia de tórax com sonda esofágica contrastada evidenciou atresia de esôfago sem fistula, com coto na altura de T2. Submetido à sondagem ?de Reploge? com aspiração intermitente e gastrostomia, encaminhado à UTI neonatal após crise convulsiva seguida de PCR de 5 minutos com reversão. Após seis meses foi encaminhado à Disciplina de Cirurgia Pediátrica para avaliar uma substituição esofágica uma vez que não foi possível o crescimento desse esôfago observado pelas repetidas radiografias contrastadas mensalmente. A equipe decidiu pela cirurgia videolaparoscópica de Foker. À exploração do coto distal notou-se ausência de hiato esofágico. Optou-se por mini laparotomia transversa em epigástrico, para dissecção do coto distal e realização de um orifício diafragmático ao lado da aorta. Tração do coto distal pelo trocar da linha axilar anterior pela videotoracostomia. Após estabilização do quadro, 24º dia P.O., foi possível a esofagoplastia.CONCLUSÃO: A técnica Foker realizada em primeiro tempo por videotoracoscopia permitiu o diagnóstico de ausência do hiato esofágico eentender o porque não se deu o encontro dos dois cotos mesmo após 6 meses. Foi possível o reparo e tração dos dois cotos após realização do orifício diafragmático, sob visão ao lado dos nervos vagos e aorta torácica. A cirurgia videotoracoscópica foi imprescindível para a observância da ausência de hiato esofágico nesse caso. Esse sistema forneceu a aplicação de tração, facilitando o reparo primário e poderia ter sido realizado logo no segundo mês de vida, evitando complicações do tratamento expectante. Foi possível esse procedimento porque o RN não foi submetido à esofagostomia cervical, que desviaria a rota do crescimento.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 340

TÍTULO DO TRABALHO: CISTO DE DUPLICAÇÃO GÁSTRICO: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PEDIÁTRICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RONI LEONARDO TEIXEIRA; JULIANA FERREIRA LOBO DOS SANTOS; DANIEL PARIZE FERNANDES. HOSPITAL REGIONAL DE SINOP/FUNDAÇÃO COMUNITÁRIA DE SINOP, SINOP - MT - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVO: As duplicações do trato gastrointestinal são raras anomalias congênitas que podem ocorrer em qualquer lugar, ao longo do trato gastrointestinal. Estas anomalias podem apresentar-se como patologias únicas ou múltiplas. Diagnosticar e tratar estas doenças, podem ser difíceis em alguns pacientes. Neste trabalho apresentamos o relato de uma criança com cisto de duplicação gástrico.RELATO DE CASO: Criança do sexo feminino, com 7 anos de idade. Chega ao serviço com quadro de dor abdominal e vômitos há cerca de 60 dias, interna para investigação, e durante a mesma, realizou ultrassonografia e posterior tomografia de abdome que evidenciou massa cistica complexa em hipocondrio direito, com íntima relação a grande curvatura gastrica duodeno e pancreas, com volume estimado de 230 cm?. Foi submetida a laparotomia com evidencia de grande massa cistica com conteudo purulento em seu interior, sendo realizado o desbridamento da mesma e drenagem percutanea.Criança apresentou boa evolução clinica no pos operatorio com alta para ambulatório. Após 40 dias, a criança retorna com os mesmos sintomas de antes, dor abdominal e vomitos, sendo realizado nova TC e recidiva da lesão cistica. Novamente a menor foi submetida a laparotomia , agora com toda dissecção da lesão, sem plano de clivagem com a grande curvatura gastrica, realizado hemigastrectomia, com preservação do fundo, pequena curvatura e antro gástrico. Criança apresentou excelente evolução clínica, com anatomopatologico confirmando cisto de duplicação gástrico e alta ambulatorial.CONCLUSÃO: Apesar de sua raridade em nosso meio, o cisto de duplicação gastrico sempre deve ser considerado como hipotese diagnóstica em dores abdominais, ainda mais na observância de lesões císticas em topografia de andar superior do abdome, o qual, deve ser tratado cirurgicamente, de preferencia com sua excisão completa.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICASOkur, M H; et al. Gastrointestinal tract duplications in children. Eur Rev Med Pharmacol Sci; 18(10): 1507-12, 2014. Lopez-Fernandez, Sergio; et al. Pyloroduodenal duplication cysts: treatment of 11 cases. Eur J Pediatr Surg; 23(4): 312-6, 2013. Takazawa, Shinya; et al. Laparoscopic partial gastrectomy of a huge gastric duplication cyst in an infant. Nagoya J Med Sci; 77(1-2): 291-6, 2015.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1877

TÍTULO DO TRABALHO: CISTO ESPLÊNICO COM METAPLASIA ESCAMOSA EM PACIENTE PEDIÁTRICO: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PEDIÁTRICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LEONARDO GETÚLIO PIOVESAN1; JOSÉ ALFONSO MONESTEL MONTOYA2; GUILHERME AVELAR FERREIRA2; TUAMI VANESSA WERLE2; MARIANA ZAMPROGNO TEZZA2; JOÃO AUGUSTO DOS REIS GUERRA2. 1. UNIVALI, ITAJAÍ - SC - BRASIL; 2. UNIVALI, ITAJAI - SC - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Cistos esplênicos não-parasitários (CENP) derivam do revestimento celular mesotelial da cápsula do baço e são considerados raros, ocorrendo em 0,5 ? 2% da população. Podem permanecer assintomáticos por anos e, geralmente, são descobertos incidentalmente em exames de imagem ou durante a investigação de dor abdominal recorrente.RELATO DE CASO: Paciente feminina, 10 anos, apresentando queixa de dor abdominal difusa, por vezes se concentrando em região epigástrica, há cerca de um ano, com início insidioso e piora progressiva da intensidade. Na investigação, a tomografia e ultrassonografia de abdome demonstraram massa cística localizada em topografia de grande curvatura do estômago próximo ao baço. Foi optado pela videolaparoscopia, onde identificou-se presença de um cisto na face ventral do baço. No intra-operatório foi decidido pela esplenectomia. Na análise anatomopatológica, identificada cavidade cistóide preenchida com material mucoso e com superfície interna lisa com achados histopatológicos compatíveis com cisto esplênico de inclusão mesentérica associado à metaplasia escamosa do epitélio. Paciente evoluiu sem complicações, recebendo alta hospitalar após 48 horas.DISCUSSÃO: O primeiro caso de cisto esplênico não-parasitário foi descrito por Andral em 1929. Os cistos esplênicos primários correspondem à 10% dos CENP, podendo ter origem congênita ou neoplásica. Ocorrem predominantemente em crianças e adolescentes e costumam ser assintomáticos até adquirirem grande dimensão, momento em que causam dor abdominal local ou referida. Podem ocasionar, também, distensão abdominal e compressão de estruturas adjacentes. O diagnóstico pré-operatório é raro, mas pode ser suspeitado em casos de cisto uniloculado sem história de trauma anterior, infecção ou exposição à infecção hidática. Exames de imagem podem ser úteis evidenciando a topografia da massa cística, porém o diagnóstico é firmado pelo exame histopatológico. Os exames laboratoriais usualmente são normais. O tratamento convencional é cirúrgico, porém o tratamento conservador pode ser opção em cistos com até 5 cm de diâmetro, totalmente assintomáticos e com características absolutamente típicas de CENP. Nos casos com indicação cirúrgica, com a crescente indicação da conservação do baço para preservação da sua função imunológica, bons resultados e baixa recorrência tem sido obtidas com a esplenectomia parcial e cistectomia parcial, inclusive com métodos laparoscópicos.

CODIGO DO TRABALHO: 1867

TÍTULO DO TRABALHO: Coletitíase associada ao uso de ceftriaxona para gastrenterite em criança: Relato de caso e revisão da literatura

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PEDIÁTRICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CARLOS TEIXEIRA BRANDT1; MARIA CECÍLIA SANTOS CAVALCANTI MELO2; MONIZE NAARA LOURENÇO DE MORAIS SOARES2; DANIELLA BANDIM CRUZ2. 1. FACULDADE DE MEDICINA DE OLINDA, OLINDA - PE - BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA DE OLINDA, RECIFE - PE - BRASIL.

RESUMO:
Ceftriaxona é usada para tratamento de gastrenterite em criança quando há internamento hospitalar, tendo como complicação possível a ocorrência de colelitíase nos primeiros dias da administração desse antimicrobiano. O manuseio desse efeito colateral permanece discordante entre cirurgiões. O relato atual tem por objetivo abordar visões distintas entre dois cirurgiões pediátricos e interrogar o peso da evidência entre as condutas propostas. Relato do caso: MSAS, leucoderma, gênero feminino, idade de 3,5 anos, admitida em hospital por gastrenterite e desidratação. No plano terapêutico houve a inclusão de ceftriaxona. Após três dias, a criança curou a gastrenterite, entretanto passou a apresentar dor abdominal que requeria analgésico e antiespasmódico. Uma ultrassonografia do abdômen revelou presença de múltiplos cálculos com tamanho médio de 0,4cm. Na evolução, as dores abdominais se tornaram mais frequentes e intensas. Após 10 dias de alta hospitalar, nova ultrassonografia evidenciou a presença de imagem ecogênica medindo 1,5cm, compatível com cálculo. A presunção era de que a colelitiase estaria relacionada ao uso de ceftriaxona. As opiniões dos cirurgiões pediátricos divergiam quanto à necessidade de colecistectomia de urgência. O quadro de dor abdominal importante e persistente continuou. Ultrassonografias de seguimento evidenciaram mudança de aspecto do cálculo passando do aspecto multilobulado sugerindo conglomerado de bile compacta. Na última, foram observados três pequenos cálculos, o maior deles medindo 0,3cm (?pseudolitiase?). O argumento de um dos cirurgiões de que essa situação era mais grave, pois acrescentava a possibilidade de produzir icterícia ou pancreatite pesou na aceitação pelos pais da colecistectomia. A criança foi operada com sucesso e a evolução foi satisfatória. Comentários: O manuseio da pseudolitiase por ceftriaxona ainda é controverso e evidências adicionais são necessárias para a conduta padrão ouro na resolução desses casos. Síndrome pós colecistectomia necessita estar incluída nessa tomada de decisão.

CODIGO DO TRABALHO: 1876

TÍTULO DO TRABALHO: CORPO ESTRANHO FIXO EM PALATO: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PEDIÁTRICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LEONARDO GETÚLIO PIOVESAN1; JOSÉ ALFONSO MONESTEL MONTOYA1; GUILHERME AVELAR FERREIRA1; TUAMI VANESSA WERLE1; MARIANA ZAMPROGNO TEZZA1; JOÃO AUGUSTO DOS REIS GUERRA2. 1. UNIVALI, ITAJAÍ - SC - BRASIL; 2. UNOESC, JOAÇABA - SC - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Corpos estranhos no trato aerodigestivo constituem um problema freqüente em serviços de emergência, sobretudo na faixa etária pediátrica. Embora raro, um corpo estranho deglutido ou aspirado, pode ser projetado, impactar e fixa-se na orofaringe, mantendo-se clinicamente silencioso, dificultando o pronto diagnóstico e aumentando o risco de morbidade.RELATO DE CASO: J.B.S., 1 ano e 1 mês de idade, encaminhada ao serviço de Cirurgia Pediátrica (CIPE) do Hospital Universitário Pequeno Anjo em Itajaí/SC ? Brasil, por apresentar uma tumoração inespecífica e imóvel, de coloração amarelada localizada entre o palato duro e o mole, percebida pela genitora há dois meses. Possuía exames radiográficos de tórax e pescoço, ambos sem alterações. Avaliada pela CIPE que optou pela biópsia da lesão. Durante o procedimento, estando a paciente sob anestesia geral inalatória e intubação orotraqueal, ao pinçar-se a lesão, um corpo estranho desprendeu-se. Tratava-se de um objeto circular de plástico, provavelmente um lacre de segurança contido em latas de condimentos. Tal objeto encontrava-se fixo pelas projeções que a mucosa fazia sobre o mesmo. Durante o seguimento ambulatorial a criança não mostrou qualquer sequela.CONCLUSÃO: A presença de corpo estranho na via aérea da criança continua sendo uma importante causa de morbimortalidade. A população pediátrica entre dois e quatro anos é responsável por 80% dos corpos estranhos ingeridos. Como a ingestão normalmente ocorre em períodos sem supervisão, o diagnóstico torna-se complicado, pois nenhuma história clara é obtida.

CODIGO DO TRABALHO: 2188

TÍTULO DO TRABALHO: DIVERTÍCULO DE MECKEL COM FISTULIZAÇÃO PARA CICATRIZ UMBILICAL ? RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PEDIÁTRICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BEATRIZ DURANTE PASIN; FABRICIO NUNES ZACCA; MARJORYE DA FONSECA ZACCA; MAURICIO GIUSTI CALDERON; LEONAN TAVARES GALVAO; ANA FLAVIA SACCARDO RATTI. HOSPITAL DO SERVIDOR PUBLICO ESTADUAL DE SAO PAULO, SAO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO O divertículo de Meckel (DM) origina-se da falha na obliteração e absorção do ducto onfalomesentérico durante o primeiro trimestre de vida fetal. Localiza-se na borda antimesentérica do íleo a aproximadamente 60 a 90 cm da válvula ileocecal. Em aproximadamente 50% dos casos possui tecidos ectópicos, sendo os mais encontrados aqueles de origem gástrica e pancreática.O DM é a anomalia gastrintestinal congênita mais comum, com prevalência que varia de 1 a 4% na população geral.As principais complicações nos adultos são as obstruções, a diverticulite aguda e as neoplasias, já na população pediátrica, o sangramento gastrintestinal baixo é a principal complicação. A formação de fístulas (entre os órgãos abdominais), a herniação (da parede abdominal) e a hérnia de Littre (protrusão do divertículo de Meckel através de um defeito da parede abdominal) são complicações bem descritas. Entretanto, a herniação umbilical do divertículo de Meckel é extremamente rara, sendo encontrado poucos casos na literatura. O tratamento cirúrgico, sempre indicado na sintomatologia e/ou complicações, consiste em exérese propriamente dita do divertículo ou ressecção envolvendo segmento ileal maior. RELATO DE CASOPaciente do sexo masculino, 4 meses de idade, bom estado geral, em acompanhamento com a pediatria desde o nascimento por granuloma em região umbilical com saída de secreção serosa (semelhante a urina). Realizado fistulografia que evidenciou contraste em alças intestinais, sendo assim, indicado laparotomia exploradora. No intra-operatório foi identificado um divertículo de Meckel fistulizado para cicatriz umbilical. Foi optado por ressecção em cunha do divertículo. Iniciado dieta no 2º pós-operatório com boa aceitação e alta hospitalar no 4º pós-operatório sem complicações. Criança assintomática até o momento. CONCLUSÃO O DM com fistulização em cicatriz umbilical, por ser muito rara, é de difícil diagnóstico. O reconhecimento precoce da patologia permite o tratamento cirúrgico e minimiza os riscos de complicações.

CODIGO DO TRABALHO: 1766

TÍTULO DO TRABALHO: DOENÇA DA MEMBRANA HIALINA: Artigo de Revisão

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PEDIÁTRICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOSE WILLIAM VAVRUK. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ, MARINGÁ - PR - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo. Fornecer subsídios para melhor compreensão sobre a doença da membrana hialina, patologia tipicamente de acometimento em população pediátrica com idade gestacional inferior a 32 semanas e estabelecer o correto emprego de tratamento, de acordo com a literatura médica atual.Métodos. Breve sinopse envolvendo revisão de literatura aplicável ao conhecimento acadêmico médico relativo à doença da membrana hialina e esclarecer o leitor quanto ao correto tratamento, obedecendo à literatura moderna atual disponível.Discussão: Apresentação da doença da membrana hialina, conhecimento teórico e embasamento ao correto tratamento.Conclusões. Definitivas: constatamos efetivamente a importância e relevância do correto emprego das técnicas de salvaguarda do paciente pediátrico envolvido acometido pela doença da membrana hialina. O correto emprego de técnicas médicas visam salvar e preservar a vida do paciente pediátrico com idade gestacional inerior a 32 semanas de vida. HYALINE MEMBRANE DISEASE Objective. Provide grants to better understanding of hyaline membrane disease , pathology typically affected in pediatric population with gestational age less than 32 weeks and establish the correct use of treatment , according to current medical literature .Methods . Brief synopsis involving literature review applicable to the medical academic knowledge on the hyaline membrane disease and enlighten the reader as to the correct treatment , according to current modern literature available.Discussion : Presentation of hyaline membrane disease , theoretical knowledge and foundation to the correct treatment .Conclusions . Final : effectively verified the importance and relevance of the correct use of technical safeguard of pediatric patients involved affected by hyaline membrane disease. The correct use of medical techniques aim to save and preserve life of pediatric patients with inerior to 32 weeks of gestational age life

CODIGO DO TRABALHO: 1767

TÍTULO DO TRABALHO: DOPPLERVELOCIMETRIA NA AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA MATERNO-FETAL: Artigo de Revisão

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PEDIÁTRICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOSE WILLIAM VAVRUK. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ, MARINGÁ - PR - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo. Fornecer subsídios para melhor compreensão da utilização de método de imagem com Doppler e seu emprego quanto à avaliação hemodinâmica materno-fetal.Métodos. Breve sinopse envolvendo revisão de literatura aplicável à utilização de Doppler e seu emprego quanto à avaliação hemodinâmica materno-fetal.Discussão: Apresentação da adequada associação de métodos de imagem e avaliação da dinâmica materno-fetal pela utilização de método de imagem com o uso de Doppler.Conclusões. Definitivas: constatamos efetivamente a importância e relevância do correto emprego da técnica de Doppler e a possibilidade de evitar consequências futuras materno-fetais.Palavras-chave: Doppler. Avaliação hemodinâmica. DOPPLER HEMODYNAMIC EVALUATION MATERNAL-FETAL Objective. Provide grants to better understand the use of Doppler imaging method and its use as maternal and fetal hemodynamic evaluation.Methods. Brief synopsis involving literature review on the use of Doppler and its use as maternal and fetal hemodynamic evaluation.Discussion: Presentation of the appropriate combination of imaging methods and evaluation of maternal-fetal dynamics by using imaging method using Doppler.Conclusions. Final: effectively verified the importance and relevance of the correct use of the Doppler technique and the ability to prevent future maternal-fetal consequences.

CODIGO DO TRABALHO: 2742

TÍTULO DO TRABALHO: EMBOLIA DE CATETER PICC EM RN ? RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PEDIÁTRICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PEDRO BASTOS DE SOUZA MONTEIRO; LUCAS CORREIA LINS. UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ALBERTO ANTUNES, MACEIÓ - AL - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFERICA (PICC) É UM DISPOSITIVO DE ACESSO VASCULAR INSERIDO PERIFERICAMENTE, TENDO A PONTA LOCALIZADA EM NÍVEL CENTRAL, NA ALTURA DO TERÇO DISTAL DA VEIA CAVA. DENTRE OS BENEFÍCIOS DO PICC TEM-SE O NÚMERO REDUZIDO DE PUNÇÕES DIÁRIAS, ESTABILIDADE DE ACESSO VENOSO, FACILIDADE DE INSERÇÃO, LONGA PERMANÊNCIA, MENOR RISCO DA OCORRÊNCIA DE FLEBITE QUÍMICA, EXTRAVASAMENTO E INFILTRAÇÃO DE LÍQUIDOS. NO ENTANTO, PODEM SER OBSERVADAS COMPLICAÇÕES, DENTRE ELAS A EMBOLIA O CATETER.RELATO DO CASO: RN PREMATURO, 12º DIA DE VIDA, GEMELAR, NASCIDO DE PARTO CESAREANO, POR ECLÂMPSIA GRAVE NA 35º SEMANA DE GESTAÇÃO, EM ANTIBIOTICOTERAPIA. NO 9º DE USO DE PICC, APRESENTOU FRATURA DO MESMO NA SUA INSERÇÃO EM PÉ DIREITO. REALIZADA RADIOGRAFIA SIMPLES DE ABDOME, CONSTATADA A EMBOLIA DO CATATER. INICIALMENTE SUBMETIDO A INGUINOTOMIA DIREITA, APRESENTAVA EXTREMIDADE DISTAL EM NIVEL DE FEMORAL, SEM SUCSSO DE REMOÇÃO. NO DIA SEGUINTE, SUBMETIDA A LAPAROTOMIA COM ACESSO EXTRAPERITONEAL, ISOLAMENTO DA CAVA INFRARENAL E SUPRA ILIACAS, COM INDENTIFICAÇÃO E RETIRADA DO PICC, ATRAVÉS DE INCISÃO TRANSVERSA EM VEIA CAVA. CONTROLE RADIOLOGICO SEM ALTERAÇÕES. RECEBENDO ALTA HOSPITLAR 12 DIAS APOS PROCEDIMENTO PARA TERMINO DE MEDICAÇÕES.CONCLUSÃO: A CATETERIZAÇÃO VENOSA É PRÁTICA FUNDAMENTAL NA CRIANÇA GRAVE INTERNADA EM UTI. APESAR DE PROCEDIMENTO ROTINEIRO, ELE NÃO É ISENTO DE RISCOS, DURANTE SUA REALIZAÇÃO E TAMBÉM DURANTE A SUA MANUTENÇÃO, PODENDO OCORRER COMPLICAÇÕES MECÂNICAS OU INFECCIOSAS. O SUCESSO DA CATETERIZAÇÃO VENOSA SÓ É POSSÍVEL GRAÇAS À OBSERVAÇÃO E CUMPRIMENTO DE NORMAS PREESTABELECIDAS QUANTO AO MANUSEIO DOS CATETERES VENOSOS CENTRAIS. FRATURA DE CATETERES DE ACESSO VENOSO, EMBORA RARAS, PODEM LEVAR A SEPSE, ARRITMIA CARDÍACA, EFUSÃO PERICÁRDICA, LESÃO MIOCÁRDICA, ENDOCARDITE, PERFURAÇÃO DO CORAÇÃO E GRANDES VASOS E EMBOLIA PULMONAR. A RETIRADA PERCUTÂNEA É PROCEDIMENTO DE ELEIÇÃO, ENTRETANDO NEM SEMPRE É FACTIVEL, HAVENDO NECESSIDADE DE PROCEDIMENTO CIRURGICO PARA REMOÇÃO.

CODIGO DO TRABALHO: 2611

TÍTULO DO TRABALHO: ENTEROCOLITE NECROSANTE COMPLICADA POR PERFURAÇÃO INTESTINAL EM RECÉM NASCIDO PREMATURO GEMELAR COM DESFECHO CLÍNICO FAVORÁVEL

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PEDIÁTRICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GABRIELLE MÁIRA DE LIMA MATIJASCIC; NAOMÍ MAGALHÃES ROUQUET SEMINARI. UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL.

RESUMO:
A evolução da enterocolite necrosante complicada por abdômen agudo perfurativo, com peritonite fecal, em recém-nascido prematuro, com desfecho favorável, é um achado raramente descrito. O objetivo do presente painel é apresentar o caso de um recém-nascido com enterocolite necrosante complicada por perfuração em íleo terminal e peritonite fecal, que apresentou evolução clínica satisfatória após tratamento cirúrgico. Recém-nascido prematuro, do sexo feminino, gemelar 1, pesando 1.380 g, nascido por cesariana após 30 semanas de gestação, parto sem intercorrências, Apgar 8/9. No segundo dia de vida desenvolveu icterícia neonatal sendo encaminhado para fototerapia. No 9º. dia, a criança mostrou-se prostrada, com mucosas descoradas, desidratada, taquicárdica, febril, sendo hidratada e introduzida antibioticoterapia sistêmica de amplo espectro por suspeita de sepse neonatal e hemotransfusão com concentrado de hemácias para correção da anemia. No 15º. dia de tratamento evoluiu com queda dos níveis de saturação de oxigênio, distensão abdominal cuja sondagem gástrica deu saída a secreção de coloração amarelo-esverdeada. Apesar das medidas instituídas, no dia seguinte apresentou piora do estado geral, cianose, dificuldade respiratória que necessitou intubação orotraqueal, eliminação de fezes liquidas com muco e sangue de odor fétido e aumento do débito de secreção pela sonda nasogástrica. No 21º. dia, o exame do abdômen identificou hiperemia e edema da parede abdominal, ascite e parada da eliminação de fezes. Os exames laboratoriais mostravam leucocitose com desvio à esquerda, plaquetopenia e PCR elevada. A radiografia simples do abdômen mostrou importante distensão de estômago e intestino delgado com pneumoperitônio. Com suspeita clínica de enterocolite necrosante complicada foi submetida à laparotomia exploradora que identificou, ascite, presença de bloqueio inflamatório no íleo terminal com perfuração no bordo anti-mesenterial da alça intestinal que requereu enterectomia com aproximadamente 10 cm de extensão. Como havia peritonite purulenta/fecal, optou-se pela não reconstituição do trânsito intestinal primariamente sendo confeccionada ileostomia terminal com fístula mucosa distal. Depois de exaustivamente lavada com soro fisiológico, a cavidade abdominal foi fechada por planos deixando-se dreno laminar. Após o tratamento cirúrgico, a recém-nascida evolui com melhora lenta e progressiva, recebendo alta hospitalar após 83 dias de internação hospitalar.

CODIGO DO TRABALHO: 1783

TÍTULO DO TRABALHO: ENTEROSTOMIAS TEMPORÁRIAS EM RECÉM-NASCIDOS: QUANDO FECHAR?

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PEDIÁTRICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BIANCA LISA DE FARIA1; HENRIQUE AUGUSTO LINO2; DANILO NADAL RODRIGUES1; SÍURA APARECIDA BORGES SILVA3. 1. FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE ITAÚNA, DIVINÓPOLIS - MG - BRASIL; 2. FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE ITAÚNA, ITAÚNA - MG - BRASIL; 3. FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE ITAÚNA, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Abdome agudo complicado em recém nascidos pode culminar na necessidade de uma enterostomia temporária (ENT). Considerando suas consequências pós-operatórias, o momento ideal para o fechamento dessa ostomia ainda é controverso. OBJETIVOS: Determinar, baseando-se em evidências, se há um momento ótimo para o fechamento da enterostomia (FE) em lactentes (LA). MÉTODO: Revisão bibliográfica com os descritores DeCS/MeSH ?Ostomy;closure?, ?Timing?, ?Infants?, no ACCESSSS, PubMed, Scielo e Cochrane Library sendo selecionados sete artigos.RESULTADOS: As complicações relacionadas ao FE em LA ocorrem em até 20% dos casos. Tradicionalmente, o FE não é realizado antes de 6 semanas a partir da ENT. Entretanto, após esse período, o momento ideal para sua realização é questionável. Alguns autores defendem FE precoce (até 8 semanas após a ENT) visando minimizar potenciais complicações metabólicas e nutricionais. Enquanto alguns estudos demonstraram que a cirurgia no intestino pode ser segura em LA com pesos tão baixos quanto 2Kg, defendendo, assim, o FE precoce, outros sugerem maior segurança quando o FE ocorre entre 3 a 6 meses, devido ao maior peso e maturidade da criança. Segundo Kim (2014), o peso inferior a 2,660Kg no momento do FE é um fator de risco significativo para complicações após essa intervenção cirúrgica. Ademais, estudos concluíram que FE precoce associou-se à maior tempo de ventilação e nutrição parenteral, além de mais reintervenções. No entanto, duas revisões sistemáticas e metanálises publicadas por Struijs (2012) e Zani (2016) concluíram que as taxas de complicações em LA que realizaram FE precocemente X FE tardiamente não diferiram. CONCLUSÃO: O melhor momento para realizar o FE em LA, ainda é controverso e, portanto, estudos com um nível mais elevado de evidência são necessários. Enquanto isso, a definição do melhor momento para FE deve basear-se superação do trauma cirúrgico anterior e na avaliação das repercussões nutricionais e metabólicas da ENT para cada paciente.

CODIGO DO TRABALHO: 917

TÍTULO DO TRABALHO: Espectro óculo-aurículo-vertebral (síndrome de Goldenhar) e sua associação com anormalidades gastrointestinais

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PEDIÁTRICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARIENE CENTENO ABEL; RODOLFO DOS SANTOS MONTEIRO; LUIZ HENRIQUE SANTANA DE ARAÚJO; HENRIQUE OLIVEIRA PIRES; THOMAS KELM; ROSANA CARDOSO MANIQUE ROSA; PAULO RICARDO GAZZOLA ZEN; RAFAEL FABIANO MACHADO ROSA. UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE - UFCSPA, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: verificar a frequência e os tipos de anormalidades gastrointestinais em uma amostra de pacientes portadores de espectro óculo-aurículo-vertebral (EOAV), dando-se ênfase àquelas com necessidade de abordagem cirúrgica.Método: a amostra foi composta por 34 indivíduos, todos atendidos em um mesmo centro, no período de janeiro de 1975 a dezembro de 2007. 22 deles eram do sexo masculino e 12 do feminino e suas idades variaram de 1 dia a 17 anos. Todos apresentavam avaliação cariotípica normal por bandas GTG e preenchiam os critérios clínicos de Strömland e cols. (2007), ou seja, envolvimento de pelo menos duas das seguintes regiões: oro-crânio-facial, ocular, auricular e vertebral. Realizou-se uma coleta dos seus dados clínicos, dando-se ênfase aos achados gastrointestinais.Resultados: metade dos pacientes (n= 17) apresentava pelo menos uma anormalidade gastrointestinal. As principais alterações observadas foram o distúrbio da deglutição (32%) e o refluxo gastroesofágico (26%). Anormalidades verificadas com envolvimento cirúrgico consistiram de atresia de esôfago (12%), fístula traqueoesofágica (9%), estenose hipertrófica de piloro (3%) e imperfuração anal (3%).Conclusões: o EOAV, ou síndrome de Goldenhar, é uma condição heterogênea caracterizada por anormalidades dos primeiros arcos branquiais e um espectro clínico amplo e variável. Como observado em nosso estudo, alterações gastrointestinais com necessidade cirúrgica são frequentes entre pacientes com EOAV. Portanto, uma avaliação precoce à procura por achados relacionados a estas alterações seria importante para o adequado manejo dos pacientes.Referências bibliográficas1. Beleza-Meireles A, Clayton-Smith J, Saraiva JM, Tassabehji M. Oculo-auriculo-vertebral spectrum: a review of the literature and genetic update. J Med Genet. 2014 Oct;51(10):635-45.2. Beleza-Meireles A, Hart R, Clayton-Smith J, Oliveira R, Reis CF, Venâncio M, Ramos F, Sá J, Ramos L, Cunha E, Pires LM, Carreira IM, Scholey R, Wright R, Urquhart JE, Briggs TA, Kerr B, Kingston H, Metcalfe K, Donnai D, Newman WG, Saraiva JM, Tassabehji M. Oculo-auriculo-vertebral spectrum: clinical and molecular analysis of 51 patients. Eur J Med Genet. 2015 Sep;58(9):455-65.3. Silva AP, Rosa RF, Trevisan P, Dorneles JC, Mesquita CS, Mattos VF, Paskulin GA, Zen PR. Clinical and cytogenetic features of a Brazilian sample of patients with phenotype of oculo-auriculo-vertebral spectrum: a cross-sectional study. Sao Paulo Med J. 2015 May-Jun;133(3):191-8.

CODIGO DO TRABALHO: 1607

TÍTULO DO TRABALHO: ESPLENECTOMIA COMO OPÇÃO DE TRATAMENTO À DOENÇA DE CASTLEMAN (DC)

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PEDIÁTRICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BEATRIZ FERREIRA CARVALHO1; GUSTAVO SIMÃO SOUZA2; ACIMAR GONÇALVES DA CUNHA JUNIOR3; JULIANA QUEIROZ XAVIER1; FELIPE CARNEIRO KRIER2; GUILHERME SIMÃO SOUZA1; FRANCIOLLY ROBERTO PIRES4; CAIO CASTRO MENDANHA BARROS1. 1. UNIEVANGÉLICA, GOIÂNIA - GO - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA, BRASÍLIA - DF - BRASIL; 3. UNIDADE DE CLÍNICAS CIRÚRGICAS PEDIÁTRICAS - HMIB, BRASÍLIA - DF - BRASIL; 4. FACIPLAC, BRASÍLIA - DF - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOA DC, caracterizada pela disfunção do sistema linfoproliferativo, pode ser classificada em duas formas clínicas, que possuem padrões histológicos característicos: unicêntrica (90%) ou multicêntrica (10%), com dois subtipos patológicos, hialino-vascular (85%) e plasmocítico (15%). A apresentação multicêntrica, padrão hialino-vascular, descrita no relato, revela polilinfadenopatia, com envolvimento de múltiplos órgãos e sintomas sistêmicos, tendo curso mais agressivo. Sua epidemiologia é de difícil precisão, devido à raridade e heterogeneidade clínica, sendo a incidência de 5-6/milhão/ano. A associação de pacientes HIV-positivos com a forma multicêntrica foi estabelecida, e os que não possuem o vírus foram considerados idiopáticos. O relato de caso destaca a esplenectomia, para pacientes com DC multicêntrica, que não apresentaram resposta satisfatória à quimioterapia.RELATO DE CASOS.S.S.F., feminino, 13 anos, natural do Gama ? DF, chegou ao serviço de saúde em dezembro de 2014 apresentando febre, dor no corpo, adinamia e vômitos. Ao exame físico, regular estado geral, hipocorada (3+/4+), taquipneica, sem linfadenomegalia, apresentando abdome globoso com baço e fígado palpáveis, sem sinais de irritação peritoneal. À ecografia de abdome, constatou-se hepatoesplenomegalia e ao exame de sangue, anemia e plaquetopenia. Encaminhada para o hospital de referência, iniciou-se a investigação diagnóstica. Durante dois meses, foram feitas radiografia e tomografia de tórax e abdome, transfusões, exames laboratoriais e biópsia de medula. À tomografia, notou-se, além da hepatoesplenomegalia, linfonodomegalia mediastinal, axilar e retroperitoneal. Ao ser realizada a biópsia de mediastino posterior, constatou-se compatibilidade com Doença de Castleman Multicêntrica, padrão hialino-vascular. Realizou-se 6 ciclos de quimioterapia, de março a julho de 2015 de acordo com o Protocolo R-CHOP, sem alterações significativas. Foi indicada esplenectomia, havendo melhora do estado geral.CONCLUSÃO:Apesar de a esplenectomia levar à diminuição da atividade fagocitária (menor depuração sanguínea de partículas, principalmente as não opsonizadas), aumentar o tempo de permanência dos linfócitos no sangue, reduzir IgM sérica, diminuir atividade da via alternativa do complemento e da formação de substâncias ligadas à ativação dos macrófagos, fez-se necessária. Evita-se, assim, retenção de células no baço e sua eventual destruição.

CODIGO DO TRABALHO: 344

TÍTULO DO TRABALHO: EXTROFIA CLOACAL

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PEDIÁTRICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JULIANA DE OLIVEIRA FIGUEIRÓ1; PATRÍCIA MACHADO VICENZI1; KAUANA LINDEMANN WALLAUER1; EDSON DE PIERI1; RAFAEL MIRANDA LIMA2. 1. ULBRA, CANOAS - RS - BRASIL; 2. HOSPITAL JOANA DE GUSMÃO, FLORIANÓPOLIS - SC - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO:Os distúrbios de diferenciação sexual (DDS) englobam heterogêneas manifestações fenotípicas com diferentes causas, em que defeitos genéticos semelhantes podem resultar em apresentações clínicas completamente diferentes, enquanto manifestações clínicas semelhantes podem ser causadas por mutações genéticas distintas. RELATO DE CASO: T.D.G., 16 anos, criada no sexo feminino, acompanhada em ambulatório de urologia pediátrica desde os 13 anos de idade. Nascera com extrofia de cloaca, submetida, no período neonatal, à ileostomia terminal, cistoplastia e colectomia total. Queixava-se de seu genital e do uso de fralda. Ao exame físico: sem telarca, abdome com ileostomia terminal, sem ânus, gônadas impalpáveis, 2 pênis, à direita com ?uretra? pérvia até 5cm e à esquerda pérvia 2,5cm; colo vesical aberto. Possuía ultrassom de abdome com rim esquerdo normal e direito atrofiado, sem estruturas müllerianas; cintolografia renal DMSA com exclusão à direita; uretrocistografia com refluxo vésico-ureteral grau II bilateral; testosterona basal CONCLUSÃO: A paciente é considerada um DDS 46, XY - extrofia de cloaca (1:400.000 nascidos-vivos). Os DDS são uma urgência, seja biológica ou social, sendo fundamental uma equipe multidisciplinar no acompanhamento, devendo-se liberar para registro somente após elucidação do caso e entendimento familiar. A definição de gênero deve ser realizada após avaliação do genital externo, do genital interno, da função gonadal e adrenal, da genética e da avaliação psicossocial do paciente e dos familiares. O momento em que deve ser feita a operação é motivo de discussão na literatura atualmente, alguns defendendo que seja mais precoce possível e outros mais tardiamente, com críticas e benefícios em ambas as correntes.

CODIGO DO TRABALHO: 341

TÍTULO DO TRABALHO: EXTROFIA DE CLOACA: UM COMPLEXO E RARO DEFEITO DE PAREDE ABDOMINAL

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PEDIÁTRICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RONI LEONARDO TEIXEIRA1; OSVALDO CESAR PINTO MENDES2; ANDRÉ VIEIRA DA CRUZ1. 1. FUNDAÇÃO COMUNITÁRIA DE SINOP / HOSPITAL SANTO ANTONIO, SINOP - MT - BRASIL; 2. HOSPITAL SANTA ROSA, CUIABÁ - MT - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVO: Também conhecida como fissura vésico intestinal, extrofia esplâncnica ou fissura ileovesical, a extrofia cloacal é uma anomalia congênita complexa, rara, com uma incidência de 1: 200.000 a 1: 400.000 nascidos vivos, envolvendo os sistemas genito ? urinários e intestinal, sendo a forma mais grave dos defeitos ventrais de parede abdominal. Neste relato apresentamos esta enfermidade, abordagem adotada e desfecho.RELATO DE CASO: Primigesta, de 29 semanas procura serviço de cirurgia pediátrica, por indicação do obstetra, devido há uma alteração da ultrassonografia mostrando alteração condizente com onfalocele, e uma alteração na parte final da coluna vertebral , sugerindo mielomenigocele ou teratoma. Foi realizado uma ressonância magnética gestacional, que de fato, mantiveram as mesmas hipóteses. Aguardado até em torno das 36 semanas, onde a mãe entrou em trabalho de parto, e submetida a cesariana, e ao nascimento, observou, uma criança do sexo feminino com onfalocele associada à uma placa vesical totalmente aberta,?bipartida? pela linha média corporal, uma protrusão intestinal (íleo), ânus imperfurado e diástase púbica, o que mostrava ser um caso raro de extrofia de cloaca. Diante de uma patologia , com tamanha complexidade, encaminhamos o caso para referência de uropediatria, onde foi submetida à confecção de bexiga ileal, colostomia e fechamento da parede(onfalocele). Pelo fato de ter sido encaminhada após 5 dias de vida, a aproximação da sínfise púbica ficou prejudicada. A menor oscilava com períodos de melhora e piora clínica, mantendo-se em regime de UTI por todo o tempo. Com aproximadamente 70 dias a menor desenvolveu um quadro séptico grave, vindo a óbito.CONCLUSÃO: Um aconselhamento familiar rigoroso,com estudo de imagem minucioso, durante o pré natal se faz necessário, quando se há, a hipótese diagnóstica de extrofia de cloaca, referenciando estas gestantes para centros de referência em urologia pediátrica, com uma abordagem adequada e imediatista, melhorando o fator prognóstico destes pacientes.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:Macedo Jr,A., et al. Cloacal Exstrophy: a complex disease. Int. braz j urol. 39 (6), 2013. Allam ES, Shetty VS, Farmakis SG. Fetal and neonatal presentation of OEIS complex. J Pediatr Surg. 50(12):2155-8, 2015. Pakdaman R, Woodward PJ, Kennedy A. Complex abdominal wall defects: appearances at prenatal imaging. Radiographics. 35(2):636-49, 2015.

CODIGO DO TRABALHO: 1768

TÍTULO DO TRABALHO: FIBROSE CÍSTICA: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PEDIÁTRICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOSE WILLIAM VAVRUK. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ, MARINGÁ - PR - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo. Fornecer subsídios para melhor compreensão da fisiologia envolvida na ocorrência da fibrose cística em grupos considerados e que merecem atenção especial.Métodos. Breve sinopse envolvendo revisão de literatura aplicável à fibrose cística.Relato de caso. No presente trabalho é descrita a clínica de paciente envolvido em patologia concernente à fibrose cística.Discussão: apresentação da fisiologia e fisiopatologia concernente à ocorrência da fibrose cística e manejo técnico de suas comorbidades.Conclusões. Definitivas: constatamos efetivamente a importância e relevância do correto emprego das técnicas de tratamento a grupo de pessoas que se encontram em categoria peculiar de cuidados médicos portadoras de fibrose cística. CYSTIC FIBROSIS: CASE REPORT Abstract. Provide grants to better understanding of the physiology involved in the occurrence of cystic fibrosis in groups considered that deserve special attention.Methods. Brief synopsis involving literature review applicable to cystic fibrosis.Case report. In this work we describe the clinical patient concerning the pathology involved in cystic fibrosis.Discussion: the presentation of the physiology and pathophysiology regarding the occurrence of cystic fibrosis and technical management of its comorbidities.Conclusions. Final: effectively verified the importance and relevance of the correct use of treatment techniques to a group of people who find themselves in a peculiar category of healthcare with cystic fibrosis.Keywords: cystic fibrosis. Treatment.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1780

TÍTULO DO TRABALHO: Hamartoma fibroso paratesticular da infância: raro relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PEDIÁTRICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANDRÉ FAINSTEIN; PEDRO DA JUSTA ALBANO DE ARATANHA; ADRIANA CRUXEN DAEMON ATOGUIA MASSOTO; HELENA NERY LEMOS; RICARDO SILVA GUIMARAES. HOSPITAL NAVAL MARCILIO DIAS, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: descrito pela a primeira vez em 1956 por Reye, o Hamartoma Fibroso da Infância (HFI) é uma rara condição, mais comumente encontrado em pacientes do sexo masculino e até os 2 anos de idade. Indolor e de crescimento imprevisível, usualmente manifesta-se na porção superior do tronco, braço e axila, podendo ou não causar alterações de pele, como hiperpigmentação e crescimento de pêlos mais grosseiros no local. Nota-se um período de rápido crescimento, cessando próximo aos 5 anos de idade, alcançando tamanho médio entre 1-8 cm, podendo ultrapassar 20cm, como já descrito na literatura. O acometimento da região genital é ainda mais incomum, representando apenas 20% dos casos diagnosticados do HFI. Não se relaciona a síndromes ou história familiar. O diagnóstico diferencial envolve adenopatias e tumores de partes moles, inclusive neoplasias malignas como os sarcomas.Relato de Caso: masculino, 1 ano e 9 meses, sem comorbidades, é trazido por sua mãe ao ambulatório de Cirurgia Pediátrica, relatando aumento do volume em bolsa escrotal à direita. Nega febre, dor, alteração do comportamento, linfonodomegalias ou demais sintomas. Ao exame palpa-se massa fibroelástica, indolor e localizada em face posterior do testículo direito. A ultrassonografia revelou nódulo heterogêneo, mal delimitado, medindo 26 x 14mm posterior ao testículo direito, compondo as estruturas do funículo espermático correspondente e avascular ao Doppler. Foi indicada a cirurgia, realizando a exerése da massa e congelação per-operatória, sem evidência de malignidade. A anatomopatologia favoreceu o diagnóstico de HFI.Conclusão: com menos de 10 casos relatados de HFI genital até o momento, esta entidade de histogênese indefinida, apresenta-se de forma benigna e sem disseminação metastática. O diagnóstico correto é determinante para que não haja tratamento excessivo, com prejuízos ao paciente. A excisão completa da massa permanece como o tratamento de escolha, apresentando 12-16% de recorrência local. Referências:1- Yu G. et al. Fibrous hamartoma of infancy: a clinical pathological analysis of seven- teen cases. Int J Clin Exp Pathol. 20152- J. Stensby et al. Benign fibrous hamartoma of infancy: a case of MR imaging paralleling histologic findings. Skeletal Radiol. 20143- Shahrazard T. et al. Fibrous hamartoma of infancy: a clinicopathologic analysis of 60 Cases. Am J Surg Pathol. 20144- Sengar M. et al. Paratesticular fibrous hamartoma in an infant. Singapure Med Journal. 2012

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 325

TÍTULO DO TRABALHO: Hérnia de Amyand : um relato de caso cirúrgico pediátrico

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PEDIÁTRICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PATRÍCIA ALINE DE ANDRADE RODRIGUES1; ISABELA BARBOSA MENDONÇA2. 1. CENTRO UNIVERSITARIO UNIEVANGELICA, ANÁPOLIS - GO - BRASIL; 2. CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEVANGÉLICA, ANÁPOLIS - GO - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A presença do apêndice cecal dentro do saco herniário inguinal se denomina Hérnia de Amyand .O termo se refere a um apêndice inflamado, perfurado ou simplesmente não inflamado dentro de uma hérnia inguinal irredutível.É considerada uma entidade rara, a incidência reportada na literatura está em torno de 1% de todas as hérnias. Tal hérnia é mais frequente no sexo masculino e o diagnóstico pré-operatório é incomum, sendo realizado de forma prevalente no intra-operatório. Relato do caso: Criança, 2 anos de idade, sexo masculino , previamente hígida, foi levada pela mãe ao serviço de cirurgia pediátrica da Santa Casa de Anápolis para avaliação de uma massa na região inguinal direita notada há cerca de 5 meses ,sem dor e ausência de associação com qualquer outro sintoma, que culminou com indicação de tratamento cirúrgico para correção de hérnia inguinal indireta à direita . O paciente permaneceu plenamente assintomático e foi então admitido no dia 15/02/2016 para realização de uma herniorrafia inguinal direita de caráter eletivo. Foi realizada uma inguinotomia à direita, com abertura da região inguinal por planos, abertura do canal inguinal e dissecção do saco herniário. Foi visualizado o apêndice cecal no interior do saco herniário, prossegui-se com a abertura do mesmo e a redução do apêndice herniado para a cavidade abdominal seguido de ligadura alta do saco herniário. O apêndice não apresentava quaisquer sinais de inflamação, portanto não foi realizada a apendicectomia. A criança seguiu o pós operatório com adequada evolução , sem intercorrências e recebeu alta 24 horas após a realização do ato operatório, com as devidas orientações . Na consulta de revisão para retirada de pontos realizada sete dias após a alta hospitalar o paciente se apresentava em ótimo estado.Conclusão: O presente relato se enquadra na categoria I da classificação de Losanoff e Basson. Não se recomenda apendicectomia nos casos com apêndice normal, apenas a redução da víscera e tratamento do saco herniário como realizado no caso descrito.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1772

TÍTULO DO TRABALHO: ICTERÍCIA NEONATAL: Artigo de Revisão

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PEDIÁTRICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOSE WILLIAM VAVRUK. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ, MARINGÁ - PR - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo. Fornecer subsídios para melhor compreensão da fisiologia envolvida na ocorrência da Icterícia Neonatal.Métodos. Breve sinopse envolvendo revisão de literatura aplicável à icterícia neonatal.Discussão: apresentação da fisiopatologia envolvida na ocorrência e manejo da icterícia neonatal.Conclusões. Definitivas: constatamos efetivamente a importância e relevância do correto emprego das técnicas de tratamento especial a grupo de pacientes que apresentem icterícia neonatal.Palavras-chave: Icterícia neonatal. Tratamento. Técnicas. ABSTRACTObjective. Provide grants to better understanding of the physiology involved in the occurrence of Neonatal Jaundice.Methods. Brief synopsis involving literature review applicable to neonatal jaundice.Discussion: presentation of the pathophysiology involved in the occurrence and management of neonatal jaundice.Conclusions. Final: effectively verified the importance and relevance of the correct use of treatment techniques particular group of patients who present with neonatal jaundice.

CODIGO DO TRABALHO: 2010

TÍTULO DO TRABALHO: INFECÇÃO DE FERIDA OPERATÓRIA APÓS CORREÇÃO CIRÚRGICA DA ATRESIA DE ESÔFAGO COM FÍSTULA TRÁQUEO-ESOFÁGICA DISTAL: RELATO DE CASO.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PEDIÁTRICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LUILSON GERALDO COELHO JUNIOR; BERNARD MOREIRA DE OLIVEIRA; LAURA CÉSAR ANTUNES; CARELL PERES MARRA; ISADORA BRAGA GARCIA NUNES; IURY CAMARGOS NERY FERREIRA; DÉBORA PENNAFORT PALMA; ADÃO JAIR DE SOUZA. FACULDADE ATENAS, PARACATU - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Atresia esofágica é uma anomalia congênita, de etiologia desconhecida, representada pela formação incompleta do esôfago, podendo haver ou não comunicação com a traquéia. Acomete um em cada 2500 a 3000 nascidos vivos com discreto predomínio em indivíduos brancos e do sexo masculino. Os sintomas variam de acordo com tipo de atresia e a presença ou não de fístula traqueoesofágica. O diagnóstico geralmente é confirmado durante as primeiras 24 horas de vida, podendo ser suspeitado durante o pré-natal. O tratamento é cirúrgico visando corrigir a anomalia. RELATO DE CASO: Recém-nascido, sexo feminino, 24 horas de vida, nascido a termo por parto cesáreo eletivo. Ao exame: escala de Apgar 8/9, peso de 3100g e comprimento de 47 cm, perímetro cefálico de 34 cm e perímetro torácico de 32 cm. Secreção salivar abundante e grande quantidade de líquido amniótico em boca e narinas. Houve falha na progressão de sonda orogástrica durante atendimento em sala de parto e evoluiu com de quadro de engasgos e tosse. Paciente foi admitido em unidade de terapia intensiva neonatal, com suspeita de atresia de esôfago, solicitou-se radiografia de tórax e abdome contrastados no leito. Realizado o diagnóstico de atresia de esôfago com fístula tráqueo-esofágica. Paciente foi encaminho à cirurgia pediátrica, com achado intraoperatório de atresia esofágica com fístula tráqueo-esofágica distal, realizou-se traqueoplastia com correção da fístula tráqueo-esofágica, correção da atresia de esôfago com fístula tráqueo-esofágica por anastomose esofágo-esofágica término-terminal e drenagem extrapleural do sítio anastomótico com dreno laminar de penrose. Paciente evoluiu com infecção de ferida operatória com drenagem de secreção purulenta em abundante quantidade no quinto dia de pós-operatório, iniciado antibioticoterapia com ciprofloxacino e metronidazol, após sete dias, houve melhora do quadro infeccioso. CONCLUSÃO: A atresia esofágica é a anomalia mais frequente do esôfago. Clinicamente, apresenta-se com salivação abundante e aerada, pela impossibilidade de deglutição, e falha na sondagem gástrica. O diagnóstico pode ser feito no pré-natal ou, na maioria dos casos, ao nascimento. A doença representa um grande desafio para a maioria dos cirurgiões pediátricos; sendo necessária a reparação cirúrgica nos primeiros dias de vida. O diagnóstico e abordagem cirúrgica precoce resultam em diminuição da mortalidade e melhora da qualidade de vida destes pacientes.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2926

TÍTULO DO TRABALHO: INGESTÃO DE CORPO ESTRANHO POR CRIANÇA: IMPACTAÇÃO DE BATERIA DE LÍTIO EM TRATO GASTROINTESTINAL POR PERÍODO PROLONGADO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PEDIÁTRICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CAMYLA LEMOS BUDIB1; AUGUSTO AURÉLIO DE CARVALHO2; CARLOS AUGUSTO LEITE BARROS CARVALHO2. 1. UNIVAG, CUIABÁ - MT - BRASIL; 2. HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CUIABÁ, CUIABÁ - MT - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOAnualmente, nos Estados Unidos, mais de 3.500 indivíduos ingerem baterias de lítio, usadas em relógios, brinquedos e controles remotos. Tal ingestão é perigosa para crianças devido à gravidade das complicações. O tempo de permanência no organismo é determinante para o grau da lesão. O presente trabalho objetiva a descrição de um caso raro de permanência crônica de bateria de lítio intra-gástrica em criança pouco sintomática, sendo necessária laparotomia.RELATO DE CASOPaciente F.B.M, sexo masculino, 9 anos, ingeriu pilhas de relógio. Dor abdominal, náusea e vômitos 3 dias após ingestão. Em serviço médico, observado corpo estranho em trato gastrointestinal, com conduta expectante. Transferido para este Hospital, 7 meses após ingestão. À internação, com leve distensão abdominal. À análise radiográfica de abdome, inferiu-se impactação em estômago. À Endoscopia Digestiva Alta (EDA): resíduos alimentares gástricos devido à obstrução intestinal, não visualizado corpo estranho. À laparotomia com radioscopia: dilatação gastroduodenal, sugerindo 2 objetos em duodeno. Após duodenotomia transversa, nota-se duplicação cística duodenal; baterias não identificadas. À palpação, notam-se corpos estranhos no estômago. Retirada 2 baterias de lítio aderidas à mucosa gástrica. Paciente mantido em UTI, com dieta por Sonda Nasoenteral no 2º dia e por via oral no 7º, após cirurgia. Alta hospitalar após 36 dias de internação. CONCLUSÃOImpactação de baterias de lítio em crianças ocorre no esôfago, geralmente. Vazamento de eletrólitos, formação de álcalis, toxicidade por mercúrio e necrose por pressão causam as lesões. Os sintomas são vômitos, disfagia,sangramento digestivo, tosse, irritabilidade e dependem do local de impactação. EDA permite visualizar lesão e remover o objeto, quando em esôfago. A National Battery Ingestion Hotline (NBIH) recomenda aguardar eliminação espontânea, quando em estômago,e remover por EDA, se sintomas, em menores de 4 anos e se mais de uma bateria. No caso relatado, o cisto de duplicação duodenal, provocava retardo de esvaziamento gástrico por sub-oclusão duodenal e dificultou o diagnóstico, pois restos alimentares impossibilitaram remoção por EDA. Restos alimentares contribuíram no resultado favorável, impedindo contato direto das baterias com o estômago, evitando lesão de mucosa. Conclui-se que a ingestão de corpo estranho em criança é frequente e é fundamental rápida identificação, podendo necessitar de intervenção endoscópica urgente.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2202

TÍTULO DO TRABALHO: INTUSSUCEPÇÃO INTESTINAL COLO-COLÔNICA EM PACIENTE PEDIÁTRICO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PEDIÁTRICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOAO BATISTA VIEIRA DE CARVALHO; ANDRÉ ÁLVARES FIGUEIREDO SILVA; VIVIANE IUNES DA SILVEIRA; RODRIGO DUARTE BERDUN SILVA; FRANCIÊNE PIMENTA SILVA; FERNANDA OLIVEIRA; ALINE STIVANIN TEIXEIRA; LARA VARINI SOARES. UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO - UNIFENAS ALFENAS, ALFENAS - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A intussuscepção intestinal é uma condição em que um segmento do intestino invagina-se (intussusceptiente) no segmento imediatamente seguinte (intussuscepto). Essa situação é uma das principais causas de obstrução intestinal na população pediátrica, sendo, na maioria dos casos, idiopática provavelmente ocasionada pela hipertrofia linfoide secundária e infecção viral. A entrada do intussusceptiente na luz do intussuscepto leva a oclusão venosa, ocasionando isquemia intestinal; e se não tratada pode evoluir para ruptura do órgão e, consequentemente, peritonite. RELATO DO CASO: Paciente de 9 meses de idade, sexo masculino, apresentava quadro de dor abdominal difusa, em cólica e vômitos com inicio há seis horas. Ao exame físico observou-se massa palpável em fossa ilíaca esquerda e epigástrio além de peristaltismo de luta à inspeção. Toque retal com presença de sangue vermelho escuro e massa não redutível, palpável e de consistência amolecida com característica de intestino obstruindo toda a circunferência interna do reto. No raio-x de abdome foi observado ausência de níveis hidroaéreos. Ultrassonografia abdominal: compatível com intuscepção colônica. Paciente foi submetido à laparotomia exploradora que revelou intussuscepção colo-colônica. Em seguida, foi feita a redução do intussepto, bem como a drenagem da cavidade em fossa ilíaca direita e a lavagem da cavidade. O paciente evoluiu bem no pós-operatório, recebendo alta após dez dias. CONCLUSÃO: O diagnóstico feito através do exame clínico e corroborado com exames de imagem permitiu a rápida intervenção cirúrgica, removendo a parte do intestino acometida e garantindo um bom prognóstico. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 1. TAVARES, PB. Urgência em cirurgia pediátrica. ? Revista de Pediatria SOPERJ. 2012; 13(2):35-42.2. PAIVA, MR; TORRES-JÚNIOR, LG; SANTOS, FAV. Intussuscepção intestinal em adultos:relato de caso.ABCD, Arq Bras Cir Dig. 2011;24(3):253-4.3. ILIAS, Elias Jirjoss; KASSAB, Paulo; CASTRO, Osvaldo Antonio Prado. Intussuscepção intestinal. Revista Associação Medica Brasileira. 2012; 58(4):404-405.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 607

TÍTULO DO TRABALHO: Intussucepção intestinal pós gastroplastia em "Y de Roux"

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PEDIÁTRICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RAFAEL FAVERSANI DE ARAUJO1; ADRIELLE DE LIMA MUNHÓZ2; TIAGO FRANCISCO MELEIRO ZUBIOLO2; THIAGO TIESSI SUZUKI2; PATRICIA MARISTELLA DOS REIS MARIA2; GUILHERME AUGUSTO POLAQUINI2; RAFAEL UTIMURA SUETA2. 1. UEM HU MARINGA, MARINGÁ - PR - BRASIL; 2. UEM HU MARINGA, MARINGA - PR - BRASIL.

RESUMO:
No mundo todo, há 2,1 bilhões de pessoas acima do peso. Diante disso, muitos são os tratamentos buscados pelos que se encontram nessa condição e dentre eles está o tratamento cirúrgico, por meio da cirurgia bariátrica. As cirurgias de gastroplastia redutora com gastroenteroanastomose em Y de Roux são as mais utilizadas, pois partem de uma técnica combinada, com a associação de dois mecanismos para a perda ponderal. As alterações anatômicas decorrentes dessa técnica cirúrgica podem trazer complicações precoces ou tardias ao paciente submetido ao tratamento. Dentre elas, podemos destacar a obstrução do intestino delgado, que ocorre em cerca de 1,3 a 5% dos casos, notadamente nos pacientes submetidos à videolaparoscopia. As principais causas são hérnia interna, brida e estenose da anastomose enteroentérica, podendo ocorrer também secundária à hérnia de parede abdominal encarcerada ou mesmo à intussuscepção no local da enteroanastomose, podendo levar à necrose de segmento intestinal e/ou distensão da alça biliopancreática e consequente dilatação retrógrada do estômago excluso, com ruptura da linha de grampos e peritonite, sendo estas a causa de morte em alguns pacientes. Este relato de caso descreve um desses casos de complicação tardia, com intussuscepção, resultando em óbito de uma paciente atendida no Hospital Universitário Regional de Maringá.

CODIGO DO TRABALHO: 3011

TÍTULO DO TRABALHO: INTUSSUSCEPÇÃO INTESTINAL CAUSADA POR DIVERTÍCULO DE MECKEL: relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PEDIÁTRICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: VILSON LEITE BATISTA; HAROLDO JOSE SIQUEIRA DA IGREJA JUNIOR; BRUNO DOS SANTOS VIANA CARVALHO; LUCAS SIMÕES TAVARES; JULIANA GONÇALVES COELHO; OLAVO DE BARROS PEREIRA RABELLO E SILVA. SOCIEDADE DE BENEFICENCIA PORTUGUESA CAMPOS DOS GOYTACAZES, CAMPOS DOS GOYTACAZES - RJ - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoDivertículo de Meckel é a malformação congênita mais comum do trato gastrointestinal. Origina-se pela incompleta obliteração da porção proximal do ducto onfalomesentérico na 7ª semana de gestação.1 É um divertículo verdadeiro por possuir todas as camadas da parede intestinal e pode possuir tecidos ectópicos, principalmente pancreático e gástrico.2Essa anomalia congênita é referida pela regra dos 2: prevalência de 2% na população em geral, taxa de incidência entre homens e mulheres de 2:1, presença de sintomas antes dos dois anos e incidência de 2% para sintomatologia.3 Dos sintomas, essa patologia geralmente se apresenta por sangramento gastrointestinal, obstrução, principalmente por intussuscepção e diverticulite.4 Existem diversos métodos diagnósticos por imagem, que podem ser radiografias baritadas, ultrassonografia, tomografia computadorizada. Além disso, pode ser realizada arteriografia pela possibilidade de persistência da artéria vitelinica e cintilografia, que identifica mucosa gástrica ectópica.2 O tratamento é cirúrgico nos casos sintomáticos ou originados de alguma das complicações, podendo ser por via laparotômica ou laparoscópica.5Relato de CasoMenina, 3 anos, iniciou quadro de dor abdominal difusa e vômitos incoercíveis há 3 dias da data de atendimento inicial. Relatava parada de eliminação de gases e fezes. Negava febre ou outros sintomas. Ao exame físico, abdome flácido, depressível, doloroso à palpação profunda, com massa palpável em flanco e hipocôndrio direitos.Realizada ultrassonografia abdominal, que identificou distensão de alças de delgado. À tomografia computadorizada, foi possível visualizar invaginação intestinal. Exames laboratoriais dentro do padrão da normalidade.Durante a laparotomia, identificou-se invaginação intestinal íleo-ileal. Com a redução da invaginação, diagnosticou-se a presença de divertículo de Meckel como fator causador. Realizada enterectomia segmentar por isquemia de alças com anastomose primária. A paciente foi encaminhada a UTIP, onde permaneceu por 5 dias, tendo boa evolução e alta hospitalar.Conclusão O divertículo de Meckel é um importante diagnóstico diferencial em pacientes pediátricos apresentando obstrução intestinal, sangramento gastrointestinal ou peritonite. Exceto nos pacientes com rastreamento positivo em casos de sangramento, o diagnóstico é geralmente feito no ato cirúrgico. Um grande desafio futuro é a realização de procedimentos minimamente invasivos para melhor evolução do paciente.3

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1609

TÍTULO DO TRABALHO: Invaginação intestinal secundária a Linfoma de Burkitt: um relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PEDIÁTRICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANA JULIA DE JESUS CANDEA; NAYARA FALCÃO RODRIGUES; YURI NÓBREGA ROCHA; PEDRO HENRIQUE DE CARVALHO MOTA; DANIELE PIMENTEL FERNANDES; BRUNO ALMEIDA LESSA CASTRO; CHARLES OLIVEIRA DA SILVEIRA; DANILO DE ANDRADE LIMA. HOSPITAL GERAL WALDEMAR ALCÂNTARA, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: o Linfoma de Burkitt é uma forma rara e agressiva de linfoma não-Hodgkin. O subtipo esporádico comumente cursa com massas abdominais, que podem causar desde sintomas mais vagos, como náusea, vômitos e anorexia, até manifestações de abdome agudo, como em casos de sangramento gastrointestinal ou perfuração de vísceras ocas. A invaginação intestinal pode ocorrer, porém é incomum, ocorrendo em até 18% dos pacientes com linfomas primários gastrointestinais.Relato de Caso: paciente de 3 anos, há 3 meses com dor abdominal intensa, difusa, intermitente, sem fatores de melhora ou piora, associada a náuseas e diarréia na semana anterior ao internamento. Houve perda ponderal de em torno de 1 kg no período. Sem relato de febre ou hiporexia. Ao exame físico, observados linfonodos cervicais e inguinais com características reacionais, sem outros achados ao exame do abdome. O hemograma da admissão evidenciou anemia microcítica e hipocrômica, e a ultrassonografia de abdome mostrou espessamento mural de alças intestinais em flanco direito, com imagem adjacente de 23 ml, podendo representar coleção ou alça distendida. Levantada a hipótese de invaginação intestinal. Tomografia de abdome revelou invaginação de delgado a nível de mesogástrio, com dilatação de alças à montante. Decidido por realização de laparotomia videolaparoscópica, com achado de distensão de alças de íleo distal e invaginação ileocecal crônica, pérvia, além de linfonodos mesentéricos de volume aumentado, porém de aspecto reacional. Tentativa de desinvaginação manual não teve êxito, devido a grande edema da mucosa ileal invaginada. Realizada ressecção dos 5 cm distais do íleo, ceco e apêndice, inclusa válvula ileocecal, e anastomose íleo-cecal término-lateral. O estudo histopatológico do íleo mostrou hiperplasia linfóide reacional. O ceco exibia lesão nodular com infiltração de células linfóides atípicas, levando a suspeita de malignidade. O perfil imunohistoquímico da lesão cecal confirmou o diagnóstico de linfoma de Burkitt. Paciente teve evolução favorável no pós-operatório, sendo transferida para hospital pediátrico de referência para continuação do tratamento.Conclusão: o quadro clínico arrastado e com apenas um dos componentes clássicos da tríade da invaginação dificultou o diagnóstico. O diagnóstico de linfoma de Burkitt intestinal é difícil, dada a inespecificidade dos sintomas, e, embora infrequente, esta patologia deve ser lembrada como causa de invaginação intestinal em crianças.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 362

TÍTULO DO TRABALHO: MASSA ABDOMINAL CÍSTICA GIGANTE EM RECÉM-NASCIDO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PEDIÁTRICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: STEFANIA PINTO MOTA1; THIAGO TEIXEIRA DO NASCIMENTO1; LORENA DE AMORIM GRANDO1; FLORENCE DE CARVALHO KERBER1; VANESSA BONICONTRO DO NASCIMENTO2; REGINALDO PEREIRA DE SOUZA2. 1. UFMT - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JULIO MULLER, CUIABÁ - MT - BRASIL; 2. UNEMAT - UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MATO GROSSO, CÁCERES - MT - BRASIL.

RESUMO:
Introdução:Massas abdominais representam diversas etiologias. Como, hidronefrose, rim policístico, malformação intestinal ou cistos, quanto malignas, de tumores de células germinativas, a maior parte composta por teratomas maduros, de conteúdo cístico ou sólido, seguido de disgerminoma. Em pacientes do sexo feminino, muitos cistos abdominais são cistos ovarianos, reforçando a hipótese diagnóstica principalmente quando localizada no lado inferior e lateral do abdome com sistemas urinário e gastrintestinal íntegros. As anormalidades ovarianas e região genital correspondem a 20% de todas as massas abdominais, e o cisto de ovário, apesar incidência discreta, é a causa mais frequente de massa abdominal cística em feto ou recém-nascida.Relato de Caso:Recém-nascido de 23 dias apresentando massa cística intra-abdominal, evidenciada por USG Morfológico com 38 semanas, com massa cística de paredes finas, anecóico em seu interior, medindo 6,9x7,0x7,6 cm e 190 mL, localizada em hemiabdome esquerdo, sem outras alterações ecográficas aparente. Ao nascimento com importante distensão abdominal e icterícia fisiológica. No 7º dia pós-natal realizou novo USG confirmando massa cística intra-abdominal. Resultado de Hemograma, Proteina C reativa, alfa-fetoproteína e beta-HCG normais. Aos 23 dias de vida submetido a laparotomia exploradora, encontrado volumoso cisto ovariano esquerdo e menor em ovário direito. Realizado salpingo-ooforectomia à esquerda, com exérese completa do cisto. Alta no 8º dia pós-operatório sem complicações, encaminhada para o ambulatório de especialidades para acompanhamento subsequente.Conclusão:Ainda que cistos ovarianos possuam baixa incidência, sintomatologia discreta ou mesmo ausente, é um dos diagnósticos diferenciais necessários a ser considerado na presença de massa abdominal em recém-nascidos. A natureza maligna dos tumores também apresenta-se reduzida, ao considerar a faixa etária neonatal. No entanto, mesmo que cistos possuam características benignas, há risco de complicações, seja de torção ou mesmo perda do ovário, e em situações extremas choque hemorrágico. Em virtude disso, é fundamental a utilização de meios subsidiários, em especial a ultrassonografia, tanto para o diagnóstico precoce, quanto para acompanhar a resposta ao tratamento de escolha ? conduta expectante, punção aspirativa ou intervenção cirúrgica - considerando caso a caso e fatores de risco existentes.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2457

TÍTULO DO TRABALHO: MIXOMA ATRIAL ESQUERDO GIGANTE: UMA INTERCORRÊNCIA INCOMUM

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PEDIÁTRICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DAVI BRAGA DE CARVALHO1; RAIMUNDO NONATO VAZ DE SOUSA FILHO1; ISADORA MARIA MATIAS BATISTA2; JOÃO ESTEVAM DA ROCHA FONSECA NETO1; LEONARDO FORTES GOMES1; DÉBORA SARA NEVES LIMA2; MIRNA KARINE DE BRITO MELO ESCÓRCIO2; RAISSA TECIA BRAGA DE CARVALHO2. 1. FACID, TERESINA - PI - BRASIL; 2. NOVAFAPI, TERESINA - PI - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Os tumores cardíacos primários são raros, com prevalência estimada de 0,05% em autópsias. Destes, os mixomas atriais são responsáveis por mais de 50% dos casos. Contudo, eles são pouco frequentes em adolescentes e muito incomuns em crianças em idade escolar. Ademais, os portadores destas tumorações podem cursar com manifestações inespecíficas, que contribuem para dificultar o diagnóstico desta doença e retardar o tratamento, sua remoção cirúrgica.RELATO DO CASO: Paciente JFB, 12 anos de idade iniciou com queixa de palpitações tarquicardicas, dor precordial, dispneia aos grandes e médios esforços, mal-estar e tontura relacionadas a esforço físico. Realizou os seguintes exames: tomografia de tórax evidenciando tênue opacidade parenquimatosa heterogênea em base pulmonar esquerda e discreto aumento da área cardíaca; eletrocardiograma evidenciando ritmo sinusal regular, sobrecarga atrial esquerda, distúrbio de condução pelo ramo direito e taquicardia sinusal; ecocardiograma mostrando função sistólica no ventrículo esquerdo no limite inferior da normalidade, hipocinesia difusa em ventrículo direito de grau discreto/moderado, imagem sugestiva de mixoma atrial esquerdo, aumento das cavidades direitas, insuficiência das valvas aorta e tricúspide, derrame pericárdico de grau discreto, aumento atrial de grau importante e hipertensão pulmonar de grau importante. Fechado diagnóstico de mixoma atrial esquerdo foi programada cirurgia de retirada do mesmo, durante a indução anestésica paciente apresentou bradicardia, hipotensão severa seguida de parada cardíaca, realizada manobras de ressuscitação cardiopulmonar e posteriormente abertura de pericárdio. Coração em assistolia com distensão importante, realizada retirada de tumor, porém sem sucesso em reanimação paciente acabou indo a óbito.CONSIDERAÇÕES FINAIS: A tríade clássica encontrada em portadores de mixoma cardíaco é caracterizada por obstrução ao fluxo sangüíneo, levando à insuficiência cardíaca intermitente, anorexia e perda de peso, e fenômenos embólicos . Outras alterações podem ser identificadas, como fenômeno de Raynaud, anemia e outros. A ecocardiografia foi o método diagnóstico usado, revelando sua grande acurácia, mesmo sendo um método não-invasivo. Atualmente, com os avanços da tecnologia em cirurgia cardíaca, os sucessos são frequentes e a mortalidade reduziu. Contudo, colapsos hemodinâmicos e embolia pulmonar ou sistêmica são perigos constantes que os pacientes enfrentam durante a cirurgia.

CODIGO DO TRABALHO: 2927

TÍTULO DO TRABALHO: OBSTRUÇÃO INTESTINAL ARRASTADA EM NEONATO: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PEDIÁTRICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: THAMIRIS VILAS BOAS NEVES1; ANNA LUIZA SOUZA2; EMILENE VALIM DOS SANTOS SILVEIRA2; JESSIKA NELIZE SIQUEIRA DO NASCIMENTO2; DÉBORA LOPES GONÇALVES2; LISANDRA AYUSSO2; LUIZ HENRIQUE TORRES COTA2; PLÍNIO AUGUSTO MOREIRA FONSECA2; FELIX CARLOS OCARIZ BAZZANO3. 1. UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSARIO VELLANO, ALFENAS - MG - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELANO, ALFENAS - MG - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO, ALFENAS - MG - BRASIL.

RESUMO:
RESUMO: A obstrução intestinal neonatal é definida por ausência de eliminação de mecônio, acompanhada de distensão abdominal progressiva e vômitos, ainda que haja eliminação meconial nos primeiros dias. Há que se fazer distinção entre formas de obstrução intestinal: causas mecânicas, representadas pelas atresias intestinais, vícios de rotação, estenoses e bridas congênitas e causas funcionais, que são originadas de falha na propulsão do conteúdo intestinal, alterações de inervação do tubo digestivo, doença de Hirschsprung, displasias neuronais, íleo meconial, a síndrome do cólon esquerdo e a síndrome da rolha meconial. OBJETIVO: Este relato tem como objetivo expor o caso de uma paciente com quadro prolongado de obstrução intestinal, reforçando as condutas médicas adequadas e intensificando a detecção precoce dos problemas relacionados. MÉTODOS: Paciente do sexo feminino, 3 anos, encaminhada para reconstrução de trânsito intestinal. Ao exame do aparelho gastrointestinal: Bolsa de colostomia em FIE em bom aspecto, drenando fezes líquidas amareladas. Nos exames laboratoriais: Presença de leucocitose de 28.760 e 78% de segmentados, além de trombocitose. História de nascimento pré-termo, 32 semanas de idade gestacional, pesando 1945 gramas, APGAR 8. Durante internação na UTI neonatal, no 5º dia de vida, evoluiu com distensão abdominal e ausência de eliminação de mecônio, sendo realizada enterectomia, apendicectomia e ileostomia. Aos 6 meses de idade foi internada para fechamento de ileostomia, porém no pós-operatório apresentou, novamente, distensão abdominal, sendo feita nova intervenção de ileostomia e colostomia. Posteriormente, aos 2 anos e 6 meses de idade, realizou fechamento da ileostomia e coletado amostra do reto para biopsia, sem intercorrências. Ao anatomopatológico: Hiperplasia linfoide folicular reacional em mucosa retal; presença de células ganglionares. Dez meses depois, a paciente foi submetida ao procedimento cirúrgico para fechamento de colostomia sem nenhuma intercorrência. RESULTADOS: A associação entre história materna de polidrâmnio e obstrução intestinal em recém-nascidos é bem conhecida. A ultra-sonografia pré-natal é mais confiável na detecção de atresia duodenal do que nas obstruções distais. Ao recepcionar o recém-nascido quando do seu nascimento, preocupa-se em observar o volume de líquido aspirado da câmara gástrica, sendo que a maior dificuldade no tratamento é selecionar quais são os candidatos à cirurgia de emergência.

CODIGO DO TRABALHO: 1978

TÍTULO DO TRABALHO: PÂNCREAS ANULAR - IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PEDIÁTRICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BERNARDO OLIVEIRA CASTRO MEDINA COELI1; CLAUDIA BEATRIZ OLIVEIRA CASTRO MEDINA COELI2; BRUNA ILA BETHLEM TELLES1; EDMO FRANCO2; BRUNO ESPÍRITO-SANTO ARAÚJO2; ANNA PAULA CASTRO NUNES TERRIGNO2; SANDRA HELENA DOS SANTOS VICTAL2; TAISA MIKSUCAS PIMENTA2. 1. FUNDAÇÃO TÉCNICO-EDUCACIONAL SOUZA MARQUES, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; 2. HOSPITAL CENTRAL DA POLÍCIA MILITAR DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O pâncreas anular é uma malformação congênita rara que ocorre em cerca de 1:10.000- 20.000 nascimentos1. Ocorre entre a 5ª e a 8ª semana de gestação e caracteriza-se pelo envolvimento parcial ou total da segunda porção duodenal por uma banda de tecido pancreático, que determina graus variados de obstrução duodenal extrínseca. O achado ecográfico durante o pré-natal do ? sinal da dupla bolha?, que resulta da dilatação simultânea do estômago e duodeno, propicia diagnóstico e tratamento precoces evitando possíveis complicações.Relato do caso: Recém-nato, prematuro, sexo feminino, nascido de parto cesáreo, idade gestacional de 34 semanas, Apgar 9/9, pequeno para idade gestacional. Peso de nascimento=1560gr, bolsa rota há 12 horas, com história materna de diabetes e de doença hipertensiva gestacional. Após o nascimento evoluiu com desconforto respiratório, membrana hialina, permanecendo em dieta zero por suspeita de obstrução intestinal pois havia relato de ultrassom obstétrico evidenciando ?sinal da dupla bolha? no segundo trimestre de gestação. A radiografia simples de abdome ao nascimento revelou dilatação gástrica e duodenal. Foi iniciado nutrição parenteral e passado sonda nasogástrica.Após estabilização do quadro respiratório, foi submetido no terceiro dia de vida a tratamento cirúrgico. No ato operatório foi confirmado o diagnóstico de pâncreas anular associado a atresia duodenal. Realizado anastomose duodeno-duodenal látero-lateral e passagem de sonda enteral trans-anastomótica. Foi iniciada dieta enteral no terceiro dia de pós ? operatório e boa evolução clínica. Atualmente em seio materno com ganho de peso satisfatório.Conclusão: Uma vez que em nosso meio nem todos os centros estão equipados com suporte de terapia intensiva neonatal e cirurgia pediátrica, a suspeição diagnóstica através do ultrassom pré-natal permite referenciamento para centro terciário favorecendo diagnostico e tratamentos precoces, evitando complicações e possibilitando o diagnóstico de outras malformações associadas.

CODIGO DO TRABALHO: 2654

TÍTULO DO TRABALHO: PERFIL DE CIRURGIAS EM CRIANÇAS EM UM HOSPITAL DE MÉDIO PORTE DO INTERIOR DO ESTADO DE MINAS GERAIS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PEDIÁTRICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GUSTAVO NADER GUIDOUX; JACKELINE RIBEIRO OLIVEIRA GUIDOUX; ANDRÉIA GONÇALVES DOS SANTOS; CLEIDINEY ALVES E SILVA; JÉSSICA DE CARVALHO ANTUNES BARREIRA. IMEPAC ARAGUARI, ARAGUARI - MG - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVO: Levantar o perfil de cirurgias realizadas em crianças de 0 a 18 anos, correlacionando o procedimento cirúrgico, faixa etária e tipo de anestesia utilizada. MÉTODO: Os dados foram coletados do livro de registro de cirurgias do Hospital Santa Casa de Misericórdia do município de Araguari ? MG, no ano de 2016. Para tabulação, foi utilizado o programa Microsoft Excel, análise estatística simples, quantitativa e descritiva. RESULTADOS: Foram encontrados 457 procedimentos cirúrgicos referentes à 343 pacientes. As cirurgias pediátricas representaram 15,30% do total de cirurgias realizadas no ano de 2016; 74,61% procedimentos estavam distribuídos em 4 tipos de cirurgias: adenoidectomia, amigdalectomia, cesariana e apendicectomia. A mais realizada foi a adenoidectomia com 108 registros, sendo predominante nas faixas etárias de 6 a 9 anos (41%), 2 a 5 anos (37%) e 10 a 14 anos (14%). O segundo procedimento mais executado foi a amigdalectomia, executada 106 vezes, ocorrendo principalmente nas faixas etárias de 6 a 9 anos (22%), 2 a 5 anos (37%) e 10 a 14 anos (13%). Vale ressaltar que, rotineiramente, a amigdalectomia e adenoidectomia foram realizados no mesmo tempo e sob o mesmo tipo de anestesia. O terceiro procedimento mais observado foi a cesárea, com 86 procedimentos, 94% na faixa etária entre 15 a 18 anos e 6% na faixa etária de 10 a 14 anos. O quarto procedimento mais realizado foi a apendicectomia, com 41 registros, sendo mais frequente nas faixas etárias de 15 a 18 anos (37%), 10 a 14 anos (34%) e 6 a 9 anos (27%). A anestesia mais utilizada foi a geral, 50% do total, seguida da raque anestesia, 41% e outros tipos de anestesia com 9%. CONCLUSÃO: Encontrou-se resultados semelhantes ao de outros autores principalmente em relação ao tipo de procedimento por faixa etária.REFERÊNCIASALVES, B. A. et al. Criança hospitalizada: caracterização dos procedimentos cirúrgicos em um hospital escola público. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina, V. 36, N. 1, supl, ago. 2015.LIMA, A. P. et al. Perfil clínico epidemiológico da apendicite aguda: análise retrospectiva de 638 casos. Rev. Col. Bras. Cir. V. 43, N.4, 2016.MACIEL, S. S. S. V. et al. Epidemiologia da gravidez na adolescência no município de Caruaru, PE. Revista da AMRIGS, Porto Alegre. V. 56, N. 1, Jan-Mar 2012.MARCELINO, T. F. et al. Perfil dos pacientes submetidos à adenoamigdalectomia no Hospital Nossa Senhora da Conceição no ano de 2012 ? 2013. Arq Catarin Med. V. 43, N. 4, 2014.

CODIGO DO TRABALHO: 1063

TÍTULO DO TRABALHO: Perfil epidemiológico dos pacientes pediátricos submetidos a tratamento cirúrgico devido a pneumonia necrosante em um hospital geral de alta complexidade do Extremo Sul Catarinense

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PEDIÁTRICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: HENRIQUE LEANDRO BRAZ; AFONSO HENRIQUE VENCO TEIXEIRA DA CUNHA. UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE, CRICIÚMA - SC - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A pneumonia necrosante é uma complicação rara, porém grave, da pneumonia, sendo responsável por elevada morbimortalidade na população pediátrica. Objetivo: Este artigo visa abordar a evolução das crianças submetidas ao tratamento cirúrgico devido à pneumonia necrosante, enfatizando os aspectos da evolução clínicocirúrgica, manifestações clínicas, agentes etiológicos e o tipo de cirurgia realizada. Método: Estudo quantitativo, observacional transversal com delineamento retrospectivo. A população deste estudo foi composta por crianças submetidas ao tratamento cirúrgico devido à pneumonia necrosante no período de fevereiro de 2006 a julho de 2013 em um hospital geral de alta complexidade do Extremo Sul Catarinense, com amostra de 27 crianças. Resultados: Dos 27 pacientes analisados, 16(59,3%) foram do sexo feminino, sendo 88,9% (24) brancos. A mediana da idade foi 3 anos (2,25-4,16). Os 27 pacientes (100,0%) não possuíam comorbidades. Vinte e cinco pacientes (92,6%) apresentaram febre e 17 pacientes (63,0%) tosse. Em 9 pacientes (33,3%) o lobo pulmonar inferior esquerdo foi o mais acometido. Os agentes etiológicos mais encontrados foram Staphylococcus aureus, em 4 pacientes (16,6%). Todos os pacientes foram submetidos a drenagem torácica fechada previamente ao tratamento cirúrgico e foram submetidos a toracotomia com decorticação pulmonar, e em 1 caso (4%) foi necessário lobectomia. Quatorze pacientes (51,9%) tiveram fístula broncopleural pré-operatória e 13 (48,1%) no pós-operatório. Não houve nenhum óbito. Conclusão: Constatou-se que o perfil epidemiológico encontrado foi crianças com faixa etária mediana de 3 anos, brancas, do sexo feminino, sem comorbidades prévias. Todas foram submetidas a decorticação pulmonar, com melhora do quadro pulmonar.

CODIGO DO TRABALHO: 1065

TÍTULO DO TRABALHO: Perfil epidemiológico dos pacientes pediátricos submetidos a tratamento cirúrgico devido a pneumonia necrosante em um hospital geral de alta complexidade do Extremo Sul Catarinense

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PEDIÁTRICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: HENRIQUE LEANDRO BRAZ; AFONSO HENRIQUE VENCO TEIXEIRA DA CUNHA. UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENES, CRICIÚMA - SC - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A pneumonia necrosante é uma complicação rara, porém grave, da pneumonia, sendo responsável por elevada morbimortalidade na população pediátrica. Objetivo: Este artigo visa abordar a evolução das crianças submetidas ao tratamento cirúrgico devido à pneumonia necrosante, enfatizando os aspectos da evolução clínicocirúrgica, manifestações clínicas, agentes etiológicos e o tipo de cirurgia realizada. Método: Estudo quantitativo, observacional transversal com delineamento retrospectivo. A população deste estudo foi composta por crianças submetidas ao tratamento cirúrgico devido à pneumonia necrosante no período de fevereiro de 2006 a julho de 2013 em um hospital geral de alta complexidade do Extremo Sul Catarinense, com amostra de 27 crianças. Resultados: Dos 27 pacientes analisados, 16(59,3%) foram do sexo feminino, sendo 88,9% (24) brancos. A mediana da idade foi 3 anos (2,25-4,16). Os 27 pacientes (100,0%) não possuíam comorbidades. Vinte e cinco pacientes (92,6%) apresentaram febre e 17 pacientes (63,0%) tosse. Em 9 pacientes (33,3%) o lobo pulmonar inferior esquerdo foi o mais acometido. Os agentes etiológicos mais encontrados foram Staphylococcus aureus, em 4 pacientes (16,6%). Todos os pacientes foram submetidos a drenagem torácica fechada previamente ao tratamento cirúrgico e foram submetidos a toracotomia com decorticação pulmonar, e em 1 caso (4%) foi necessário lobectomia. Quatorze pacientes (51,9%) tiveram fístula broncopleural pré-operatória e 13 (48,1%) no pós-operatório. Não houve nenhum óbito. Conclusão: Constatou-se que o perfil epidemiológico encontrado foi crianças com faixa etária mediana de 3 anos, brancas, do sexo feminino, sem comorbidades prévias. Todas foram submetidas a decorticação pulmonar, com melhora do quadro pulmonar.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 957

TÍTULO DO TRABALHO: PNEUMOPERITÔNIO COMO COMPLICAÇÃO RARA DA TRAQUEOSTOIA - RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PEDIÁTRICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PEDRO IZZO; CIBELE MARIA FERREIRA DA SILVA; BEATRICE SOARES BARTASEVICIUS; MONIQUE RAQUEL BARBOSA DE QUEIROZ FONSECA; WILLIAM MARCHELLI VILELA COSTA; ISABELLA PEIXOTO FERREIRA. UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Pneumoperitônio se define como a existência de ar extraluminal na cavidade peritoneal. A primeira causa a ser investigada é a perfuração de víscera oca, já que implica em intervenção cirúrgica em caráter de urgência. Quando o pneumoperitônio não é causado por lesões intrabdominais pode-se adotar uma conduta expectante, com tratamento conservador. Nosso trabalho, através de pesquisa nos sites pubmed e scielo e de um relato de caso, visa mostrar o pneumoperitonio como complicação rara da traqueostomia. Relato de caso: Trata-se de lactente do sexo masculino, com 5 meses de idade, internado em UTI pediátrica de nosso serviço devido quadro de pneumonia e pulmão SARA (Síndrome da Angústia Respiratória Aguda), sendo necessária realização de traqueostomia, por intubação orotraqueal prolongada, porém não se conseguiu fixação adequada da cânula, ocorrendo vazamento do ar. O paciente evoluiu com quadro de pneumoperitôneo de grande volume, com restrição respiratória, tendo sido indicada laparotomia exploradora que não evidenciou qualquer perfuração no tubo digestivo, levantando a hipótese do fator causal ser uma complicação da traqueostomia, evoluindo com pneumomediastino e pneumoperitôneo. A comunicação entre as cavidades torácica e abdominal se da pela presença do hiato esofágico e aórtico. Em alguns casos de pneumoperitoneo pode se adotar conduta expectante sendo o ar reabsorvido em um período de uma semana, porem é necessário se excluir perfuração de vísceras ocas, principalmente estomago e cólon. Tendo-se em vista a instabilidade clínica apresentada pelo nosso paciente e a restrição a ventilação, foi indicada laparotomia exploradora, que não evidenciou lesões intra-abdominais. O mais provável é que o vazamento de ar pela cânula mal fixada permitiu complicação com pneumomediastino que dissecou para abdome através do hiato esofágico. Conclusão: A realização de traqueostomia pode evoluir com algumas complicações tais como pneumotórax, pneumomediastino, granulomas estomais e/ou supra-estomais adjacentes à traqueostomia, obstrução da cânula, falso trajeto e decanulação acidental . A complicação com pneumoperitôneo é uma causa pouco descrita que deve ser levantada como hipótese em casos semelhantes a esse.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 517

TÍTULO DO TRABALHO: Refluxo vesicoureteral consequente a ganglioneuroma

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PEDIÁTRICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: NATALIA MAXIMIANO SILVESTRE; RODRIGO DEMÉTRIO; CHRISTIAN PRADO. UNESC, CRICIÚMA - SC - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O refluxo vesicoureteral (RVU) é o fluxo anormal de urina que retorna da bexiga ao trato urinário superior, sendo geralmente congênito ou consequente de uma situação secundária. O RVU facilita a ascensão de bactérias aos rins, predispondo infecção recorrente, causando cicatrizes renais.Relato de Caso: LBS, feminino, 6 anos, branca, pré-escolar, pesando 18,5 Kg, medindo 1,08 cm, previamente hígida. Consulta em ambulatório da CIPE com queixa de infecção do trato urinário (ITU) de repetição há 6 meses ,uso profilático há 10 dias de cefalexina 5mg ao dia. Esteve internada em hospital por duas vezes nos últimos dois meses com quadro de hematúria franca, dor lombar e febre. Ao exame físico apresentava-se em bom estado geral, afebril, sem massas e vísceras palpáveis em abdome. Solicitou-se uretrocistografia miccional constatando-se RVU a esquerda grau 2. Ao USG do trato urinário, verificou-se massa retroperitoneal esquerda. Realizou-se cirurgia para ressecção tumoral retroperitoneal paravertebral, com adrenalectomia esquerda e linfadenectomia retroperitoneal. Identificou-se no anatomopatológico ganglioneuroma, não sendo necessário quimioterapia.Conclusão: Este caso chama a atenção, pois o diagnóstico de RVU, importante para prevenir lesões pielonefríticas irreversíveis, evidenciou patologia secundária, neste caso o ganglioneuroma. Baseando-se nos dados da literatura, RVU associado a ganglioneuroma é muito raro, deixando em alerta a necessidade da investigação de outras patologias associadas ao refluxo vesicoureteral.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 878

TÍTULO DO TRABALHO: Relação entre a mensuração pré-natal do volume tumoral de fetos com teratoma sacrococcígeo e o prognóstico

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PEDIÁTRICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARIENE CENTENO ABEL1; CARLA ALMEIDA1; ROGER KLAUS1; JORGE ALBERTO BIANCHI TELLES2; ANDRÉ CAMPOS DA CUNHA2; ROSILENE DA SILVEIRA BETAT3; PAULO RICARDO GAZZOLA ZEN1; RAFAEL FABIANO MACHADO ROSA1. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE - UFCSPA, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 2. HOSPITAL MATERNO INFANTIL PRESIDENTE VARGAS, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 3. HOSPITAL MOINHOS DE VENTO, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: o teratoma sacroccígeo é considerado o tumor congênito mais comumente observado em recém-nascidos. A evolução de fetos com este tumor é bastante variável: enquanto alguns apresentam curso pré-natal sem complicações, cerca de um quarto dos casos diagnosticados durante o segundo trimestre de gestação vão a óbito antes do nascimento devido a complicações decorrentes do tumor. Nosso objetivo é relatar os achados ultra-sonográficos de um feto com teratoma sacrococcígeo, salientando a importância da mensuração do volume tumoral para a determinação do seu prognóstico.Relato do Caso: gestante de 24 anos em sua segunda gestação vem encaminhada devido a ultrassom fetal, realizado com 22 semanas de gravidez, evidenciando volumosa lesão expansiva localizada na região sacrococcígea, protuindo externamente, medindo 12,6cmX8,8cm, com margens lobuladas e contornos definidos. O ultrassom realizado com 23 semanas de gestação mostrou a presença de polidrâmnio e de lesão expansiva mista (sólida e cística), caudal ao sacro, medindo 16,3cmX12,3cmX10,2cm (volume de 1080cm3), compatível com teratoma sacrococígeo. O peso fetal estimado era de 746g. A paciente evoluiu com trabalho de parto prematuro, realizando-se parto cesáreo com 24 semanas de gravidez. O recém-nascido foi a óbito logo após o nascimento.Conclusão: alguns autores colocam que o índice calculado entre o volume tumoral e o peso fetal estimado antes das 24 semanas de gestação nos casos de teratoma sacrococcígeo poderia se correlacionar com o prognóstico. Fetos com um índice maior ou igual a 0,12 apresentariam maiores riscos, incluindo o desenvolvimento de hidropsia fetal. Em nosso caso, este índice foi alto, de 1,4, o que se correlacionaria com um prognóstico pobre, tal como observado na evolução da gestação da criança.Bibliografia:1. Akinkuotu AC, Coleman A, Shue E, Sheikh F, Hirose S, Lim FY, Olutoye OO. Predictors of poor prognosis in prenatally diagnosed sacrococcygeal teratoma: A multiinstitutional review. J Pediatr Surg. 2015 May;50(5):771-4.2. Coleman A, Kline-Fath B, Keswani S, Lim FY. Prenatal solid tumor volume index: novel prenatal predictor of adverse outcome in sacrococcygeal teratoma. J Surg Res. 2013 Sep;184(1):330-6.3. Rodriguez MA, Cass DL, Lazar DA, Cassady CI, Moise KJ, Johnson A, Mushin OP, Hassan SF, Belleza-Bascon B, Olutoye OO. Tumor volume to fetal weight ratio as an early prognostic classification for fetal sacrococcygeal teratoma. J Pediatr Surg. 2011 Jun;46(6):1182-5.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 715

TÍTULO DO TRABALHO: Relato de caso: abscesso esplênico em criança numa cidade de Santa Catarina

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PEDIÁTRICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: VANESSA CARVALHO LUCAS1; DERCÍLIA CORDEIRO DOS SANTOS1; ANA BEATRIZ BONCHOSKI1; ALINE DENISE HANAUER2; ANA LAVRATTI BORGA1; TAINÁ JURITI FEIJÓ PINTO1; ARMANDO VIEIRA IORGA2; JOAQUIM LEITE NETO2. 1. UNIVILLE, JOINVILLE - SC - BRASIL; 2. HOSPITAL INFANTIL JESER AMARANTE FARIA, JOINVILLE - SC - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO:Abscesso esplênico envolve parênquima e/ou espaço subcapsular. Cerca de 800 casos foram descritos até o momento. As causas mais comuns são por disseminação hematogênica e por contiguidade. Diagnóstico é difícil, pois os sintomas são inespecíficos. Realiza-se exame de imagem e antibioticoterapia. Há, também, opção de drenagem e, alguns casos, esplenectomia.RELATO DE CASO:R.V.M, masculino, 4 anos, admitido na emergência com queixa de febre intermitente, dor abdominal e cervical há 8 dias.Referia asma, intolerância à lactose, alergia à amoxicilina e orquidopexia esquerda sem intercorrências há 14 dias.Estava hipocorado, prostado e com dor à palpação da região periumbilical. A ultrassonografia (USG) de abdome mostrou líquido livre na cavidade e linfonodos mesentéricos aumentados.Dois dias depois, a dor se agravou e nova USG de abdome evidenciou distensão em hipocôndros e epigástrio, pequeno derrame pleural bilateral e líquido livre na cavidade. Inicia-se piperacilina-tazobactam.Tomografia computadorizada (TC) do quarto dia de internação revelou hepatoesplenomegalia leve, manteve-se derrame pleural e baço aumentado com irregularidade de contorno no terço superior com duas coleções subcapsulares e outra maior no terço inferior, sugerindo abscesso esplênico.Piorou o quadro geral com taquicardia e queda de saturação. Pipe-tazo foram substituídos por vancomicina e meropenem, feito protocolo de sepse e foi levado à UTI. Ecocardiograma não mostrou alteração.Alta da UTI após 3 dias por melhora do estado geral.Nova TC revelou leve redução do tamanho dos abscessos, entretanto optou-se por puncionar com saída de 25ml de secreção purulenta, que mostrou Enterococcus fecalis.USG feita após cinco dias não mostrava coleções e, com isso, o dreno foi retirado.USG, quinze dias depois, não mostrou alterações. A antibioticoterapia foi realizada até completar 28 dias e paciente recebeu alta.DISCUSSÃO:Abscesso esplênico é frequente em adulto do sexo masculino. As causas mais comuns são por disseminação hematogênica, comum a partir de endocardite bacteriana, e por contiguidade. A literatura mostrou que o tratamento é a esplenectomia ou drenagem, associada à antibioticoterapia.Este relato foi atípico, pois era uma criança com múltiplos abscessos; sendo que geralmente são únicos nesta idade. Além disso, a provável causa foi a orquidopexia. E, apesar da esplenectomia ser uma opção, em criança se tenta preservar esse órgão, então a punção deve ser realizada preferencialmente.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1886

TÍTULO DO TRABALHO: Relato de caso: Hérnia Diafragmática Congênita de Morgagni

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PEDIÁTRICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MURILO MASANOBU TOMIYOSHI1; ELIETI ROZADA BENITEZ1; ANELAINE SAMALA BRUNELLI1; EDUARDO JORGE VERDELHO1; JOÃO PAULO DA SILVA SANTOS2; AGNALDO SÉRGIO VIVAN FILHO1. 1. UNICESUMAR, MARINGÁ - PR - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ, MARINGÁ - PR - BRASIL.

RESUMO:
Introdução:Acomete entre 1:2000 e 1:4000 nascidos vivos e constitui 8% das principais anomalias congênitas, predomínio no sexo masculino (1,5 : 1). Os defeitos podem ser uni ou bilaterais, sendo à esquerda mais frequente, incidência de 75 a 90%. Hérnia diafragmática congênita (HDC) de Morgagni, entre a origem costal e esternal do diafragma, representam apenas 1 a 2% das HDC. Merece tratamento cirúrgico eletivo, mesmo em assintomáticos, evitando complicações (hérnias encarceradas e estrangulamento intestinal). Cirurgia mais indicada é via laparoscópica que consiste na redução das vísceras, ressecamento de saco herniário e fechamento do defeito por sutura da borda posterior do diafragma à lâmina posterior do músculo reto abdominal. Este trabalho tem finalidade de descrever caso de hérnia diafragmática de Morgagni, mais comum no sexo masculino e rara na idade encontrada. Relato do Caso:Paciente ACBO, masculino, 1a e 8m, procura serviço da UPA Zona Sul de Maringá ? PR com vômitos após ter ingerido salgadinhos, sendo medicado com sintomáticos e alta médica. Após 4 dias, retorna devido persistência do quadro, piora do estado geral, recusa alimentar, dor abdominal, realizado exames laboratoriais e Raio X de tórax, condizente com diagnóstico de pneumonia em base pulmonar direita e iniciado antibioticoterapia endovenosa. Seguiu internado para Hospital Municipal de Maringá ? PR. Após piora brusca do estado geral, distensão abdominal, parada eliminação de flatos, gemência, nova avaliação médica e novos exames, foi constatado ausculta de ruídos hidroaéreos em base do tórax à direita e visualizado no RX conteúdo do trato gastrointestinal em região torácica, ultrassonografia torácica com massa em região torácica compatível com intestino. Foi encaminhado à cirurgia pediátrica do Hospital Universitário Regional de Maringá ? PR (HUM) devido à hipótese diagnóstica de abdômen agudo obstrutivo e hérnia diafragmática. No HUM foi diagnosticado hérnia diafragmática de Morgagni, encaminhado para tratamento cirúrgico videolaparoscópico, mantido em UTI no pós operatório por 2 dias, com dreno de tórax e após na enfermaria até término antibioticoterapia. Conclusão:Conclui-se que a HDC de Morgagni é uma condição rara nessa idade, sendo o prognóstico bom quando diagnosticado e tratado precocemente. Nesse sentido, a avaliação médica completa e amplo repertório de diagnósticos diferenciais se tornam necessárias, inclusive em doenças consideradas raras, para bom prognóstico do paciente.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 3132

TÍTULO DO TRABALHO: RELATO DE CASO: OBSTRUÇÃO INTESTINAL CONGÊNITA POR MEMBRANA DUODENAL

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PEDIÁTRICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: VANESSA FERRARI WALLAU1; LILIAN MISSIO2; BARBARA PEREIRA TITONI2; PEDRO HENRIQUE LOURENÇO BORGES2; LUCAS DICKEL CANOVA2. 1. ULBRA CANOAS - RS, CANOAS - RS - BRASIL; 2. ULBRA CANOAS, CANOAS - RS - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOUma das causas mais frequentes de obstrução intestinal em recém nascidos são os defeitos congênitos do intestino, intrínsecos ou extrínsecos. Quando intrínsecos comumente decorrem da falência na recanalização do duodeno fetal, desencadeando obstrução duodenal completa ou parcial[1]. Casos de obstrução parcial devido à presença de membrana duodenal perfurada são infrequentes e costumam se apresentar tardiamente e com sintomatologia diversa, dificultando o diagnóstico que eventualmente é feito em idades avançadas2. DESCRIÇÃO DO CASO L.B.A.S, masculino, 9 meses, 6000g. Procura atendimento por vômitos, diarreia e hematêmese, com 10 dias de evolução. Recebido em choque hipovolêmico, necessitou acesso intra-ósseo para reposição volêmica e antibioticoterapia. Transferido para UTI pediátrica onde foi acompanhado pela cirurgia pediátrica. Investigação com Raio-X de abdome agudo e ecografia de abdome superior, ambos sem alterações. Devido permanência dos sintomas foi solicitado REED, que evidenciou obstrução parcial na transição da porção descendente e horizontal do duodeno. Paciente submetido à cirurgia para retirada de membrana duodenal e apendicectomia eletiva. Com evolução favorável, recebeu alta e seguiu em acompanhamento ambulatorial. COMENTÁRIOSA membrana duodenal constitui 2% das anomalias congênitas do duodeno3. Os casos típicos de obstrução duodenal tem apresentação no período neonatal com sinais de oclusão intestinal alta. Porém, nos casos de membrana perfurada os recém-nascidos podem tolerar a alimentação, apresentando mais tardiamente vômitos recorrentes. Atraso no diagnóstico pode gerar desnutrição, desidratação grave e alterações do equilíbrio hidroeletrolítico4,5. O estudo contrastado do trato digestivo superior geralmente faz o diagnóstico. O tratamento é cirúrgico e recuperação cursa, habitualmente, sem intercorrências2.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 548

TÍTULO DO TRABALHO: Relato de caso: Síndrome de Rapunzel - rara apresentação de tricobezoar.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PEDIÁTRICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOÃO LUCAS BODEVAN; ANDRÉ FAINSTEIN; KEVIN LIMA TAVARES; RICARDO SILVA GUIMARAES; MARCELLA PIMENTEL DE ALVARENGA. HOSPITAL NAVAL MARCILIO DIAS, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Bezoares são definidos como o acúmulo de material ingerido na luz do trato digestivo, formado a partir da ingestão de várias substâncias, como fitobezoar (fibras vegetais), tricobezoar (cabelos), medicamentos, unhas e outros.Os tricobezoares (TBZ) podem se apresentar de uma forma rara, se estendendo do estômago ao intestino delgado, caracterizando a Síndrome de Rapunzel (SdR)1,2.Relato de Caso: paciente feminino, 4 anos, natural do Rio de Janeiro. Apresentava tricotilomania desde o falecimento do pai há 3 anos, quando passou a apresentar comportamento errático e agitado, acompanhado por ingestão de cabelo, unhas e outros objetos. Em atendimento ambulatorial, foi relatado dor abdominal progressiva há 4 semanas, que passou a ser constante nos últimos 5 dias, aocmpanhada de distensão abdominal, constipação, hiporexia e náuseas. A propedêutica foi complementada com a endoscopia digestiva alta (EDA), sendo visualizado volumoso TBZ que se estendia do estômago a segunda porção do duodeno. Foi realizada videolaparoscopia, evidenciando estômago aumentado, sem perfuração, líquido livre, seguida da gastrotomia e retirado TBZ, que se estendia do estômago ao duodeno, medindo 24x9x6cm. A paciente ficou internada por 15 dias em UTIP, recedendo alta hospitalar após 31 dias de internação.Conclusão: Os TBZ são o tipo mais comum de bezoar no período infantil, sendo a SdR uma forma rara de apresentação, mais comum no sexo feminino e geralmente associada a algum transtorno psicológico. Em geral, os sintomas são inespecíficos, sendo mais comum a dor abdominal, náuseas e a presença de massa abdominal. Várias complicações foram descritas, sendo a mais comum a obstrução intestinal2.O diagnóstico é suspeitado pelo quadro clínico sugestivo associado à tricofagia e auxiliado por exames de imagem como USG, radiografia de abdome e EDA2. Já o tratamento da SdR depende da apresentação, sendo indicada na obstrução intestinal a gastrotomia ou enterotomia, ou a ressecção extensa do intestino associada a gastrotomia e enterotomia quando presente necrose, perfuração ou peritonite.
Referências Bibliográficas: Altonbary AY, Bahgat MH. Rapunzel syndrome. Journal of Translational Internal Medicine. 2015 Czerwi?ska K et al.Trichobezoar, Rapunzel Syndrome, Tricho-Plaster Bezoar ? A Report of Three Cases. Polish Journal of Radiology. 2015 CAIAZZO P, DI LASCIO P, CROCOLI A, DEL PRETE I. The Rapunzel syndrome. Report of a case. Il Giornale di Chirurgia. 2016

CODIGO DO TRABALHO: 2564

TÍTULO DO TRABALHO: RELATO DE CASO: Teratoma testicular em criança

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PEDIÁTRICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PATRICIA WEIBER SCHETTINI FIGUEIREDO; BRUNO BISOGNIN GARLET; ALESSANDRO MENEZES DE OLIVEIRA; ANA CAROLINE GOMES MORAES. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG, RIO GRANDE - RS - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Na criança, os tumores do testículo correspondem a 1 a 2% dos tumores sólidos e 7% dos tumores germinativos. O teratoma é o tipo mais comum de tumor benigno (10 a 20% dos tumores de células germinativas do testículo), sendo a maioria do tipo maduro. Os picos de maior frequência são em menores de 3 anos de idade e após a puberdade, sendo que após os 5 anos os tumores benignos tornam-se mais frequentes do que os malignos. O teratoma de testículo é a segunda neoplasia testicular mais comum. O teratoma puro é sempre benigno, mesmo que algum foco de imaturidade seja encontrado. A maioria é predominantemente cística, podendo apresentar áreas de calcificações. Os teratomas com componentes de células germinativas malignas são tumores mistos em que são encontrados tecidos teratomatosos e, principalmente, tecidos do seio endodérmico, os quais apresentam alfa-fetoproteína positiva, podendo apresentar beta-HCG positivo e PLAP positivo.RELATO DE CASO: Paciente masculino, 3 anos, com aumento progressivo de volume e endurecimento da bolsa escrotal esquerda desde os 5 meses de idade. Ao iniciar acompanhamento no serviço de Cirurgia Pediátrica da FURG, apresentava quadro clínico de hidrocele, sem delimitação testicular a esquerda, e na ultrassonografia quadro de hidrocele, sem identificação de testículo esquerdo. No acompanhamento, nova ultrassonografia evidenciou testículo esquerdo com tumoração grande e heterogênea, com áreas sólidas e áreas císticas (tumor misto), ocupando metade esquerda de bolsa escrotal, sugestivo de neoplasia. Nos exames laboratoriais: Fosfatase alcalina, alfa-fetoproteína e beta-HCG sem alterações. TC de abdome e pelve (com contraste) dentro da normalidade. Realizada orquiectomia esquerda, por via inguinal, e o paciente evoluiu com boa recuperação. Anatomopatológico: Teratoma cístico maduro do testículo, ausência de atipias, ausência de parênquima testicular viável e margens cirúrgicas livres.CONCLUSÃO: Na população pediátrica, o aumento do volume escrotal mais comum é a hidrocele. Entretanto, nunca se deve excluir outras hipóteses até que se tenha uma confirmação diagnóstica indúbia. Exames séricos como beta-HCG, alfa-fetoproteína e fosfatase alcalina placentária policlonal devem também ser associados com exames de imagem.
BIBLIOGRAFIA: Cornejo KM, Frazier L, Lee RS, Kozakewich HP, Young RH. Yolk Sac Tumor of the Testis in Infants and Children: A Clinicopathologic Analysis of 33 Cases. Am J Surg Pathol. 2015 Aug. 39 (8):1121-31.

CODIGO DO TRABALHO: 869

TÍTULO DO TRABALHO: Risco de malignização gonadal em pacientes com displasia campomélica e sexo reverso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PEDIÁTRICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARIENE CENTENO ABEL; RAQUEL POTRICH ZEN; ERYN DALL` AGNOL WILKE; FABIANA TABEGNA PIRES; MATHEUS HENRIQUE PASCHOALONI DE FREITAS; JÔNIO VIEIRA FERREIRA; PAULO RICARDO GAZZOLA ZEN; RAFAEL FABIANO MACHADO ROSA. UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE - UFCSPA, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: a displasia campomélica é uma doença genética associada a mutações no gene SOX9, geralmente letal no período neonatal. Nosso objetivo é relatar o caso de um paciente com displasia campomélica, salientando o risco de malignização gonadal em casos de sexo reverso. Relato do Caso: LSJ é a primeira filha de pais não consanguíneos e nasceu a termo por cesariana devido à evidência gestacional de membros curtos e hidronefrose bilateral. Ao nascimento, seu peso era 2.780 kg, o comprimento 41 cm, e os escores de Apgar 5 e 8. Logo após necessitou de entubação orotraqueal e ventilação mecânica. A criança era fenotipicamente feminina, apresentando dolicocefalia, fenda palatina, micrognatia, dedos curtos com clinodactilia dos quintos dedos das mãos, fossetas pré-tibiais e pé torto congênito bilateral. As radiografias mostraram 11 pares de costelas, cifoescoliose, hipoplasia de ossos pélvicos e de fíbulas, luxação de quadris e encurvamento de fêmures e de tíbias. A ecografia pélvica revelou presença de útero; contudo, as gônadas não foram identificadas. O estudo cromossômico mostrou cariótipo 46,XY, constituição cromossômica masculina. Ao diagnóstico de displasia campomélica, indicou-se realizar gonadectomia profilática, devido ao risco aumentado de malignização gonadal. Contudo, a paciente evoluiu com piora do quadro respiratório e foi ao óbito no quarto mês de vida, antes da realização do procedimento.Conclusão: a displasia campomélica caracteriza-se por alterações importantes do desenvolvimento esquelético, em especial encurtamento e arqueamento de ossos longos. Em casos de pacientes com constituição 46,XY e falta de masculinização da genitália (sexo reverso), as gônadas devem ser profilaticamente removidas cirurgicamente devido ao risco aumentado de gonadoblastoma.
Bibliografia:1. Mattos EP, Sanseverino MT, Magalhães JA, Leite JC, Félix TM, Todeschini LA, Cavalcanti DP, Schüler-Faccini L. Clinical and molecular characterization of a Brazilian cohort of campomelic dysplasia patients, and identification of seven new SOX9 mutations. Genet Mol Biol. 2015 Mar;38(1):14-20.2. Jain V, Sen B. Campomelic dysplasia. J Pediatr Orthop B. 2014 Sep;23(5):485-8.3. Unger S, Scherer G, Superti-Furga A. Campomelic Dysplasia. In: Pagon RA, Adam MP, Ardinger HH, Wallace SE, Amemiya A, Bean LJH, Bird TD, Ledbetter N, Mefford HC, Smith RJH, Stephens K, editors. GeneReviews® [Internet]. Seattle (WA): University of Washington, Seattle; 1993-2017. 2008 Jul 31 [updated 2013 May 9].

CODIGO DO TRABALHO: 1875

TÍTULO DO TRABALHO: SEQUESTRO PULMONAR ASSINTOMÁTICO EM PACIENTE DE 12 ANOS: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PEDIÁTRICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LEONARDO GETÚLIO PIOVESAN1; JOSÉ ALFONSO MONESTEL MONTOYA1; GUILHERME AVELAR FERREIRA1; TUAMI VANESSA WERLE1; MARIANA ZAMPROGNO TEZZA1; JOÃO AUGUSTO DOS REIS GUERRA2. 1. UNIVALI, ITAJAÍ - SC - BRASIL; 2. UNOESC, JOAÇABA - SC - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O sequestro pulmonar ocorre em aproximadamente 0,15 a 6,45% de todas as malformações pulmonares, caracterizando-se por um tecido pulmonar normal e não-funcionante, sem conexão com a árvore brônquica e com suprimento arterial da circulação sistêmica. É a terceira causa de malformação pulmonar congênita. Pode ser intra ou extra-lobar e habitualmente não há sintomas. A sua etiologia ainda não está totalmente esclarecida.RELATO DE CASO: H.C.N., 12 anos, feminina, procurou o pronto-socorro do Hospital Infantil Pequeno Anjo, em Itajaí/SC ? Brasil, com queixas de febre, astenia e vômitos há 7 dias, além de perda ponderal de 2 Kg e dor torácica ventilatório-dependente. Fez uso de amoxicilina, sem melhora dos sintomas. Ao exame físico, apresentava roncos discretos em base pulmonar esquerda. Hemograma com leucocitose (25.400/mm³) e neutrofilia (81%). Radiografia de tórax com consolidação não-homogênea em base esquerda, sendo então internada por pneumonia. Evoluiu melhora clínica e laboratorial, porém radiografia de tórax evidenciou imagem opaca, arredondada, projetada em base esquerda, em situação posterior, com várias imagens hidroaéreas em seu interior. Para melhor definição, foram realizadas tomografia de tórax e angioressonância, as quais evidenciaram a presença de sequestro pulmonar intra-lobar. A paciente foi avaliada pela cirurgia pediátrica e programada cirurgia ambulatorial. Recebeu alta no sétimo dia de internação com melhora dos sintomas.DISCUSSÃO: O sequestro pulmonar intra-lobar é um segmento do parênquima pulmonar situado dentro do revestimento pleural normal do pulmão, não conectado à árvore traqueobrônquica e suprido por circulação arterial sistêmica anômala. É três vezes mais frequente que o extra-lobar. Localiza-se mais comumente no segmento póstero-basal do lobo inferior esquerdo. Os pacientes assintomáticos ao nascer podem evoluir com tosse, hemoptise e pneumonias de repetição, sendo essa última o achado mais comum, ou ainda permanecerem assintomáticos até terem seu diagnóstico de forma acidental (15,5% nos casos de sequestrações intralobares e 10% nos casos de sequestrações extralobares). O tratamento de escolha é a ressecção cirúrgica da lesão através de sequestrectomia ou lobectomia pulmonar e prognóstico é favorável.

CODIGO DO TRABALHO: 462

TÍTULO DO TRABALHO: SÍNDROME DE MEIGS: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PEDIÁTRICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: SEBASTIÃO DUARTE XAVIER JUNIOR1; KARINA NUNES SANTOS AMORIM1; MARIA TAINAR BARBOSA DE ALMEIDA2; SÉRGIO LUIZ MACHADO NASCIMENTO2; BEATRIZ CALAZANS DE ANDRADE2; LETÍCIA GOES SANTOS2; SIMONE BEATRIZ DOS SANTOS SANTANA2; PROF. DR. JOÃO FERNANDES BRITTO ARAGÃO3. 1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE, ARACAJU - SE - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE TIRADENTES, ARACAJU - SE - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE / UNIVERSIDADE TIRADENTES, ARACAJU - SE - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A síndrome de Meigs é uma doença rara. Foi relatada pela primeira vez em 1866 por Spiegelberg, porém a sua descrição mais completa foi realizada por Meigs em 1937. É caracterizada pela presença de ascite e derrame pleural associado a uma neoplasia benigna do ovário, sendo, do ponto de vista histológico, o fibroma e o tecoma os tumores mais frequentes. Acredita-se que a ascite seja ocasionada por irritação peritoneal motivada pela compressão do tumor ovariano estimulando a produção de liquido peritoneal, ou, devido a secreção de liquido pelo tumor. Considera-se a que o aumento da permeabilidade capilar promovida por um fator vascular endotelial, ou a uma transferência via transdiafragmática de líquido ascítico por vasos linfáticos origine o derrame pleural. A ressecção da tumoração ovárica, tão somente, é suficiente para resolução espontânea da síndrome. RELATO DO CASO: Criança de 9 meses de idade, gênero feminino, procurou assistência médica por apresentar quadro súbito de distensão abdominal progressiva. Exame de ultrassonografia (US) abdominal, realizado no Serviço de Urgência, mostrou ascite volumosa e uma tumoração pélvica. Exame de ressonância magnética (RNM) detectou tumor no ovário esquerdo, medindo 8,4 x 5,4 x 5,9 cm, associado a ascite volumosa e pequeno derrame pleural bilateral. Com o progredir da ascite, a paciente apresentou insuficiência respiratória e foi transferida para unidade de terapia intensiva, onde, por conta do desconforto e alterações gasométricas, foi realizado paracentese de alívio, procedimento que foi repetido mais duas vezes nas 48horas que antecederam a intervenção cirúrgica. Foi realizado ooforectomia esquerda, biopsia do ovário direito e coleta de líquido ascitico.O anatomopatológico revelou tumor estromal esclerosante de ovário esquerdo, normalidade do direito e negatividade para células neoplásicas do líquido ascítico. Paciente evoluiu bem no pós-operatório, havendo regressão da ascite e do derrame pleural. A criança recebeu alta sem intercorrências. CONCLUSÃO: A síndrome de Meigs é extremamente rara em indivíduos com menos de 1 ano de idade, sendo este, provavelmente o primeiro relatado de caso da literatura, em criança com 9 meses de idade. A ooforectomia para retirada do tumor ovariano é o tratamento curativo da Síndrome de Meigs. A paciente relatada foi submetida a este tratamento, não apresenta recidiva tumoral até o momento, havendo regressão completa da ascite e do derrame pleural.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1775

TÍTULO DO TRABALHO: SÍNDROME DE POTTER: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PEDIÁTRICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOSE WILLIAM VAVRUK. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ, MARINGÁ - PR - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo. Fornecer subsídios para melhor compreensão da fisiologia envolvida na ocorrência da Síndrome de Potter em pacientes que merecem atenção especial.Métodos. Breve sinopse envolvendo revisão de literatura aplicável à Síndrome de Potter.Relato de caso. No presente trabalho é descrita a clínica de paciente envolvido em patologia concernente à Síndrome de Potter.Discussão: apresentação da fisiologia e fisiopatologia concernente à ocorrência da Síndrome de Potter e manejo técnico de suas comorbidades.Conclusões. Definitivas: constatamos efetivamente a importância e relevância do correto emprego das técnicas de tratamento a grupo de pessoas que se encontram em categoria peculiar de cuidados médicos portadoras de Síndrome de Potter. POTTER SYNDROME: CASE REPORT Objective. Provide grants to better understanding of the physiology involved in the occurrence of Potter syndrome in patients who deserve special attention.Methods. Brief synopsis involving literature review applicable to Potter`s Syndrome.Case report. In this work we describe the clinical condition of the patient involved in concerning the Potter Syndrome.Discussion: the presentation of the physiology and pathophysiology regarding the occurrence of Potter syndrome and technical management of its comorbidities.Conclusions. Final: effectively verified the importance and relevance of the correct use of treatment techniques to a group of people who find themselves in a peculiar category of healthcare carriers of Potter Syndrome.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1776

TÍTULO DO TRABALHO: SÍNDROME DE STEVEN?S JOHNSON: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PEDIÁTRICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOSE WILLIAM VAVRUK. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ, MARINGÁ - PR - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo. Fornecer subsídios para melhor compreensão da fisiologia envolvida na ocorrência da Síndrome de Steven?s Johnson e que merecem atenção especial.Métodos. Breve sinopse envolvendo relato de caso aplicável à Síndrome de Steven?s Johnson.Relato de caso. No presente trabalho é descrita a clínica de paciente envolvido em patologia concernente à Síndrome de Steven?s Johnson.Discussão: Apresentação da fisiologia e fisiopatologia concernente à ocorrência da Síndrome de Steven?s Johnson.Conclusões. Definitivas: constatamos efetivamente a importância e relevância do correto emprego das técnicas de tratamento a grupo de pessoas que se encontram em categoria peculiar de cuidados médicos portadoras da Síndrome de Steven?s Johnson. STEVEN?S JOHNSON SYNDROME: A CASE REPORT Abstract. Provide grants to better understanding of the physiology involved in the occurrence of Steven?s Johnson Syndrome and deserve special attention. Methods. Brief synopsis applicable to the case involving Steven?s Johnson Syndrome.Case report. In this work we describe the clinical condition of the patient involved in concerning the Steven?s Johnson Syndrome. Discussion: Presentation of the physiology and pathophysiology regarding the occurrence of Steven?s Johnson Syndrome. Conclusions. Final: effectively verified the importance and relevance of the correct use of treatment techniques to a group of people who find themselves in a peculiar category of healthcare carriers of Steven?s Johnson Syndrome.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 863

TÍTULO DO TRABALHO: Síndrome do olho do gato e sua associação com imperfuração anal

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PEDIÁTRICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARIENE CENTENO ABEL; WAGNER FERNANDO PERIN; AMANDA THUM WELTER; GABRIELA RANGEL BRANDÃO; THIAGO KENJI KUROGI GAMA; ROSANA CARDOSO MANIQUE ROSA; PAULO RICARDO GAZZOLA ZEN; RAFAEL FABIANO MACHADO ROSA. UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE - UFCSPA, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: a síndrome do olho do gato (SOG) é uma doença genética rara decorrente de uma tetrassomia parcial do cromossomo 22. Nosso objetivo foi relatar um caso de SOG apresentando imperfuração anal, salientando a associação entre ambas as condições.Relato do Caso: a paciente é o quarto filho de um casal sem história de casos similares na família. A criança era gemelar não idêntica e nasceu de parto cesáreo, prematura, pesando 2240 gramas, medindo 46 cm e com escores de Apgar de 6/8. Necessitou de oxigenioterapia com ventilação mecânica ao nascimento, época em que se identificou um sopro cardíaco. Devido à imperfuração anal com fístula retovaginal, foi submetida à cirurgia de colostomia. A ecocardiografia mostrou a presença de uma DVPAT (drenagem venosa pulmonar anômala total) não obstrutiva. A criança foi submetida à cirurgia cardíaca com 15 dias de vida. Permaneceu no pós-operatório com esterno aberto. Na sua avaliação observou-se também um coloboma de íris à direita, apêndices e fossetas pré-auriculares bilateralmente, micrognatia e apêndice cutâneo na topologia do ânus. O cariótipo evidenciou uma tetrassomia parcial do cromossomo 22, resultante de um cromossomo marcador supranumerário dicêntrico: inv dup(22)(pter->q11.2::q11.2->pter). A criança evoluiu com quilotórax persistente, necessitando de drenagem e de pleurodese, e foi ao óbito com 2 meses de vida.Conclusão: a imperfuração anal é descrita em até 83% dos pacientes com a SOG. Muitos dos casos acompanham-se da presença de uma fístula retal. Em casos de pacientes com imperfuração anal apresentando anormalidades extracardíacas, em especial coloboma de íris e apêndices/fossetas pré-auriculares, a SOG deveria ser sempre lembrada. Bibliografia:1. Sharma D, Murki S, Pratap T, Vasikarla M. Cat eye syndrome. BMJ Case Rep. 2014 May 19;2014.2. Belangero SI, Pacanaro AN, Bellucco FT, Christofolini DM, Kulikowski LD, Guilherme RS, Bortolai A, Dutra AR, Piazzon FB, Cernach MC, Melaragno MI. Wide clinical variability in cat eye syndrome patients: four non-related patients and three patients from the same family. Cytogenet Genome Res. 2012;138(1):5-10.3. Hofmann AD, Puri P. Association of Hirschsprung`s disease and anorectal malformation: a systematic review. Pediatr Surg Int. 2013 Sep;29(9):913-7.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1777

TÍTULO DO TRABALHO: STEVEN?S JOHNSON SYNDROME: A CASE REPORT Abstract. Provide grants to better understanding of the physiology involved in the occurrence of Steven?s Johnson Syndrome and deserve special attention. Methods. Brief synopsis applicable to the case involv

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PEDIÁTRICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOSE WILLIAM VAVRUK. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ, MARINGÁ - PR - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo. Fornecer subsídios para melhor compreensão da fisiologia envolvida em pacientes pediátricos acometidos por teratoma e que merecem atenção especial.Métodos. Breve sinopse envolvendo relato de caso de teratoma.Relato de caso. No presente trabalho é descrita a clínica de paciente envolvido em patologia concernente ao teratoma.Discussão: Apresentação da fisiologia e fisiopatologia concernente à ocorrência do teratoma e manejo técnico de suas comorbidades.Conclusões. Definitivas: constatamos efetivamente a importância e relevância do correto emprego das técnicas de tratamento a grupo de pessoas que se encontram em categoria peculiar de cuidados médicos que desenvolveram teratoma. TERATOMA: A CASE REPORTAbstract. Provide grants to better understanding of the physiology involved in pediatric patients affected by teratoma and deserve special attention. Methods. Brief synopsis involving case report teratoma.Case report. In this work we describe the clinical condition of the patient involved in concerning the teratoma. Discussion: Presentation of the physiology and pathophysiology regarding the occurrence of teratoma and technical management of its comorbidities. Conclusions. Final: effectively verified the importance and relevance of the correct use of treatment techniques to a group of people who find themselves in a peculiar category of health care that developed teratoma.

CODIGO DO TRABALHO: 1393

TÍTULO DO TRABALHO: Teratoma de Mediastino Anterior e Puberdade Precoce

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PEDIÁTRICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RAYSSA RUSZKOWSKI DO AMARAL; MARCUS VINICIUS DA SILVA AZENHA; ARTHUR CORREA PIGNATARO; NATALIA SONEGO FERNANDES; CRISTINA JUNGES HARTMANN; NICOLE ZANETTI; JOAO CYRUS BASTOS; ELINES OLIVA MACIEL. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL - PUCRS, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Tumores mediastinais são relativamente comuns em crianças e adolescentes, com predomínio no sexo masculino. Os tumores de células germinativas (TCG) constituem de 6-18% destes, sendo, os teratomas o subtipo mais comum. A apresentação clínica das neoplasias mediastinais de células germinativas é diversa: crianças mais jovens apresentam sintomas respiratórios e crianças maiores/adolescentes podem apresentar dor torácica, síndrome de veia cava superior e puberdade precoce (PP). A maioria das ressecções é realizada por esternotomia ou toracotomia anterior. É notável a aderência destas lesões a estruturas adjacentes, dificultando o procedimento cirúrgico, mesmo após quimioterapia neoadjuvante. O melhor prognóstico ocorre em tumores de saco vitelínico, e a maioria dos óbitos ocorre em pacientes adolescentes com TCG.Relato do Caso: Paciente do sexo masculino, 9 anos e 1 mês. Buscou atendimento endocrinológico no Centro Clínico da PUCRS com queixa de puberdade precoce periférica com 8 meses de evolução. Ao exame físico apresentava IMC 22,8Kg/m3, estádio puberal de Tanner: genitália V (G-V), pelos pubianos V (P-V). Foram realizados exames laboratoriais basais: LHConclusão: As causas neoplásicas de PP são infrequentes. No entanto, são etiologias importantes, visto que a identificação precoce, por meio de exames de imagem e do exame anatomopatológico, é primordial para o manejo desses pacientes e para a ressecção desse tipo de lesão, possibilitando a interrupção das manifestações da PP.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 3092

TÍTULO DO TRABALHO: Torção Anexial Intraútero: Relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PEDIÁTRICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: TATIANE CRISTINA OLIVEIRA GIGEK1; JULIANA PASCON DOS SANTOS2; RAFAEL BALDISSERA CARDOSO2; RONE EDER DE SOUZA SILVA2; SAYARA STEFANI GOUBETI MELOCRA2. 1. UNIMAR, MARILIA - SP - BRASIL; 2. UNIMAR, MARÍLIA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A torção anexial resulta da rotação completa ou parcial do ovário, da trompa ou de ambos, com consequente compromisso vascular. É classificada como abdome agudo de origem ginecológica, caracterizada pela dor abdominal em geral manifestada de forma brusca, intensidade variável e que poderá estar associada a manifestações clínicas locais e gerais advindas da irritação peritonial. Relato de Caso: S.G.A. de 10 dias de vida vem encaminhada ao serviço de Cirurgia Pediátrica pela detecção de massa em ultrassonografia de abdome total. A paciente, assintomática, apenas apresentavam massa em flanco direito. A impressão diagnóstica da ultrassonografia era de um cisto unilocular em região anexial em abdome inferior direito, permitindo diferencial entre cisto de etiologia ovariana e mais remotamente cisto de duplicação entérico. Realizada laparotomia exploratória, foi encontrado torção de ovário com necrose extensa impedindo fluxo arterial à direita, que rompeu-se durante ooforectomia ipsilateral. À esquerda foram encontrados múltiplos cistos contendo líquido transparente, drenados no ato cirúrgico.Discussão: A torção anexial , no caso a torção ovariana, pesar de não comum na faixa etária pediátrica, pode se dar pela excessiva mobilidade dos anexos. A torção de ovário tem incidência de 3% na população geral. O diagnóstico tardio da torção ovariana pode provocar a perda da tuba uterina, do ovário, ou de ambos, com evolução para infertilidade. Pode ainda ser seguida de complicações quando não tratada como infecção local, peritonite, sepse e até óbito.Na paciente do caso, a anexectomia foi necessária devido a necrose do ovário direito avançada. Geralmente o tratamento da torção ovariana é a ooforectomia, principalmente se a necrose for evidente. Nos pacientes pediátricos e em idade reprodutiva deve-se tentar reverter a torção do anexo preservando assim a função do mesmo. No caso relatado a grande extensão da necrose e o grande volume ovariano direito foram os achados que levaram a ooforectomia à direita.Conclusão: O diagnóstico de torção anexial, em especial a torção ovariana em pacientes pediátricos é raro. E deve ser sempre lembrado diante de sinais e sintomas de abdome agudo e dor pélvica. A agilidade do tratamento seja cirúrgica ou não implica na viabilidade do órgão acometido e nas complicações. A paciente pediátrica deve ser avaliada em especial pelo risco de comprometimento reprodutivo futuro caso haja demora na resolução do quadro.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 975

TÍTULO DO TRABALHO: Torção de ovário crônica em criança

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PEDIÁTRICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: TAINÁ JURITI FEIJÓ PINTO1; DERCÍLIA CORDEIRO DOS SANTOS1; ANA BEATRIZ BONCHOSKI1; VANESSA CARVALHO LUCAS1; ANA LAVRATTI BORGA1; ALINE DENISE HANAUER2; MARCIO LUIS COSTA TEIXEIRA DA CUNHA2. 1. UNIVERSIDADE DA REGIÃO DE JOINVILLE - UNIVILLE, JOINVILLE - SC - BRASIL; 2. HOSPITAL INFANTIL DR JESSER AMARANTE FARIA, JOINVILLE - SC - BRASIL.

RESUMO:
A incidência de torção ovariana nas mulheres em geral é de 3%, sendo mais comum no período fértil.1 Na pediatria, é uma emergência e deve ser ponderada no diagnóstico diferencial de abdome agudo. Pode ser confundida com apendicite, principalmente se a dor estiver localizada no abdome inferior.1,2 Deve ser considerada no diagnóstico diferencial de massa anexial.3 Os sintomas inespecíficos e os achados de imagem variáveis dificultam o diagnóstico precoce.4 O objetivo do presente relato de caso é apresentar a ocorrência de uma torção crônica de ovário.Paciente feminino, 8 anos, encaminhada para consulta ambulatorial devido a uma massa abdominal a esclarecer. Os exames de ressonância magnética e ultrassom previamente realizados apresentaram resultados inconclusivos. Relata dor recorrente em abdome inferior após apendicectomia há 3 anos. Paciente foi internada para realizar tomografia computadorizada que revelou lesão complexa sólido-cística e calcificações parietais. Com diagnóstico provável de teratoma atípico, foi submetida à videolaparoscopia. Na inspeção da cavidade, evidenciou-se a torção de 2,5 voltas no ovário direito, sendo realizada anexectomia. O resultado anatomopatológico confirmou tratar-se de torção crônica (calcificações distróficas e necrose isquêmica).A distorção anexial por laparoscopia com preservação da gônada é o tratamento de referência na torção ovariana aguda.4,5 No caso apresentado, a opção pela ooforectomia foi determinada pela perda das características normais do órgão e pela presença das calcificações distróficas. Em relatos de torção ovariana, que geralmente são agudas, calcificações não são frequentemente descritas, visto que se desenvolvem na presença de hipóxia crônica e necrose tecidual, o que condiz com a história da paciente de dor pélvica intermitente há 3 anos. A maioria das massas anexiais em adolescentes é assintomática e benigna, entretanto, a presença das calcificações levou a suspeita de um teratoma, o que exigiu que amostras de biópsia fossem obtidas.6 Não existem muitas informações sobre torção crônica e, além disso, há um atraso significativo de 101,8 horas no diagnóstico dos casos agudos, o que muitas vezes impossibilita o tratamento conservador da enfermidade e aumenta sua morbimortalidade.3,7 Sendo assim, é necessário capacitar as emergências para o diagnóstico precoce de torções ovarianas, a fim de que o tratamento conservador possa ser realizado e o futuro reprodutivo da paciente não prejudicado.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1887

TÍTULO DO TRABALHO: TORÇÃO DE TESTÍCULO CRIPTORQUIDICO MIMETIZANDO ENCARCERAMENTO DE HÉRNIA INGUINAL

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PEDIÁTRICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RONI LEONARDO TEIXEIRA. HOSPITAL REGIONAL DE SINOP/FUNDAÇÃO COMUNITÁRIA DE SINOP, SINOP - MT - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVO: Apesar de alguns relatarem o risco aumentado de torção em testículos criptorquidicos, a ocorrência é muito baixa em comparação com a torção em testículo tópico, com isso, o presente trabalho tem a finalidade de apresentar um caso de torção de testículo ectópico, mimetizando uma hérnia inguinal encarcerada.RELATO DE CASO: Menino com 11 anos de idade, com historia pregressa de criptorquia a direita, apresenta dor inguinal súbita há 3 dias, com abaulamento local, depois de 2 dias, procurou serviço médico de referência, onde foi solicitado US, e na ocasião o mesmo mostrava testículo critorquidico e hérnia inguinal (encarcerada?), foi encaminhado ao serviço de cirurgia pediátrica, e no exame físico, percebeu-se a ausência do testículo em hemi bolsa, nódulo duro, doloroso com hiperemia local e de difícil redução, em região inguinal direita. Solicitado nova US, que mostrou testículo ectópico, sem fluxo local, e ausência de hérnias. O menor foi submetido a inguinotomia, com evidência de torção completa do cordão espermático, e necrose em toda extensão testicular. Realizado orquiectomia do testículo direito e orquipexia, por via escrotal do testículo contra-lateral, com excelente evolução pós operatória.CONCLUSÃO: A torção testicular ectópica é uma entidade rara, mas, no entanto, é importante que se faça presente no diagnostico diferencial, nos abaulamentos inguinais dolorosos, fazendo necessário o diagnostico rápido , ainda mais quando se percebe a ausência do testículo na bolsa escrotal. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICASFouad Hajji Ahmed Ameur. Torsion of the appendix testis in an undescended testicular. Pan Afr Med J. ; 22: 265, 2015. Natarajan M, et al. Abdominal wall ectopic testis torsion mimicking a Spigelian hernia in an adult.Ann R Coll Surg Engl;:e1-e4, 2016. Ito Y; Kitamura H. Antenatal ultrasound visualization of left testis that then vanished after birth. Pediatr Int;56(6):928-30, 2014.

CODIGO DO TRABALHO: 3027

TÍTULO DO TRABALHO: Torção Testículo em Recém Nascido: Relato de Caso e Revisão Bibliográfica

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PEDIÁTRICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: TALITA SPOSITO DE OLIVEIRA1; RENAN GUIMARAES ASSUNÇÃO CAMPOS1; VINICIUS VARGAS SANTOS2; LUIZ HARUO MIYASAKI3. 1. SANTA CASA SAO SEBASTIAO DO PARAISO, SAO SEBASTIAO DO PARAISO - MG - BRASIL; 2. SANTA CASA DE SAO SEBASTIAO DO PARAISO, SAO SEBASTIAO DO PARAISO - MG - BRASIL; 3. SANTA CASA SAO SEBASTIAO PARAISO, SAO SEBASTIAO DO PARAISO - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOA torção do cordão espermático é uma emergência urológica . Podendo ser abordada anatomicamente de duas formas, a região intravaginal ou extravaginal do cordão. A primeira situação é a mais comum, sendo observada tanto em lactentes quanto em adultos, mas rara em neonatos. A torção extravaginal, que consiste em múltiplas rotações do cordão espermático, proximal ao local de implante da túnica vaginal, estando restrita ao período perinatal.RELATORecém-nascido de parto normal a termo, 1540g/43 cm,Apgar 7/10. Ao exame físico apresentava, aumento do volume do escroto, pele local com coloração vinhosa, consistência firme, sendo impossível delimitar o testículo. A avaliação ultra-sonográfica evidenciou testículo esquerdo aumentado de tamanho, hiperecogênico, com líquido na túnica vaginal. Com hipótese diagnóstica de hematocele por torção testicular ou menos comum, neoplasia testicular.O paciente foi submetido à exploração cirúrgica, sendo encontrado testículo necrótico por torção intravaginal, realizada a orquiectomia com a fixação do testículo contralateral na parede escrotal. Ao anátomo-patológico evidenciou infarto testicular hemorrágico.A torção do cordão espermático pode acontecer na vida intra-uterina ou período neonatal. Manifesta-se como massa escrotal firme, regular e indolor, observada por ocasião do nascimento. A grande mobilidade do cordão espermático nessa fase da vida predispõe mais facilmente à torção extravaginal, resultando em isquemia do cordão e do testículo. Quanto à torção intravaginal, sua etiologia está ligada ao implante anômalo dessa túnica. Normalmente, essa membrana reveste apenas a superfície anterior do testículo, mas quando ela circunda totalmente o testículo e o epidídimo, o órgão fica livre para rodar dentro desse envoltório. A importância em determinar se a torção é intra ou extravaginal decorre do fato de que, quando existe alteração do implante da túnica vaginal predispondo à torção intravaginal, esta freqüentemente é bilateral, havendo possibilidade de torção assincrônica do testículo contralateral. CONCLUSÕESO caso aqui apresentado lembra que há a possibilidade de ocorrer, embora raramente, a torção testicular intravaginal em neonatos, sendo então que, no momento da exploração cirúrgica, realize-se a pexia do testículo contralateral, prevenindo futura torção e perda do órgão. Por outro lado, é controversa a indicação de pexia contralateral nos casos de torção testicular extravaginal.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 504

TÍTULO DO TRABALHO: TRATAMENTO CIRÚRGICO EM DISPLASIA CORTICAL FOCAL PARA CONTROLE DE CRISES EPILÉPTICAS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PEDIÁTRICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCELO GUIMARÃES MIRANDA; THALITA JUAREZ GOMES; ANY CAROLINE ALJONAS PIVA; FLÁVIO MESQUITA SAMPAIO GIOVANNINI; KARINA GALLI CARDOSO MELLO. UNOESTE, PRESIDENTE PRUDENTE - SP - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Descrever um caso de displasia cortical focal submetido a tratamento cirúrgico para controle das crises epilépticas. Método: Relato de caso qualitativo, observacional e descritivo, elaborado por revisão do prontuário de paciente atendido em hospital de alta complexidade de Presidente Prudente e acompanhamento direto do caso, considerando preceitos bioéticos de sigilo profissional com embasamento em 12 trabalhos indexados a partir de 2002. Resultados: Paciente masculino, nascido de parto normal sem intercorrências peri e pós-natais, a termo adequado para idade gestacional. Pré-natal revelou mãe com citomegalovírus não tratado. Aos 2 anos de idade desenvolveu crises convulsivas focais com generalização secundária e evolução para movimentos tônicos em membro superior esquerdo e crises generalizadas sem liberação de esfíncter, com período pós ictal breve pós crise. Ácido valpróico, clobazam, carbamazepina, fenobarbital e oxacarbamazepina, foram sistematicamente administrados sem sucesso terapêutico e manutenção de 5 a 6 crises diárias. Aos 3 anos de idade foi referenciado ao serviço de Neuropediatria para investigação dos episódios epilépticos resistentes a terapia farmacológica. Tomografia de crânio revelou calcificações ovaladas que não sofrem realce pelo meio de contraste na região subependimária nos ventrículos laterais bilateralmente compatíveis com infecção congênita por citomegalovírus. A sorologia para citomegalovírus para o paciente e mãe obteve resultado positivo. Aos 6 anos o exame por ressonância nuclear magnética de encéfalo identificou áreas com alteração de sinal acometendo o parênquima cortical fronto-temporo-parietal bilateralmente com apagamento de alguns sulcos intergiros. A clínica e os achados de imagem sugerem necessidade de procedimento cirúrgico para controle das crises. O paciente evoluiu em bom estado geral em ausência de crises pós-cirúrgicas com ressonância magnética demonstrando controle evolutivo satisfatório. Conclusão: O paciente apresenta crise epiléptica refratária à tratamento farmacológico denominada Displasia Cortical Focal (DCF). O citomegalovírus congênito é a provável etiologia para a DCF deste caso. A anamnese associada a clínica refratária à tratamento farmacológico, eletroencefalograma e ressonância magnética constituem o diagnóstico. A abordagem cirúrgica com ressecção completa da área acometida é a melhor conduta frente a um caso de epilepsia refratária por DCF.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1758

TÍTULO DO TRABALHO: TRATAMENTO CIRÚRGICO-PEDIÁTRICO COM EMPREGO VIDEOAPENDICECTOMIA PARA TRATAMENTO DE PERITONITE POR APÊNDICE PERFURADO: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PEDIÁTRICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOSE WILLIAM VAVRUK. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ, MARINGÁ - PR - BRASIL.

RESUMO:
RESUMO. O paciente pediátrico pode ser acometido por apêndice perfurado causando peritonite. A técnica empregada neste trabalho será apresentar resolução do caso por meio do emprego de videoapendicectomia.Métodos. Breve sinopse envolvendo revisão de literatura aplicável à apendicite perfurada, peritonite e resolução por vídeo.Relato de caso. No presente trabalho é descrita a clínica de paciente envolvido em patologia concernente à apendicite perfurada, peritonite e resolução por vídeo.Discussão: Apresentação da fisiologia e fisiopatologia concernente à ocorrência da apendicite perfurada, peritonite e resolução por vídeo e manejo técnico de suas comorbidades.Conclusões. Definitivas: constatamos efetivamente a importância e relevância do correto emprego das técnicas de tratamento a grupo de pessoas que se encontram em categoria peculiar de cuidados médicos portadoras de apendicite perfurada e peritonite.Palavras-chave: Apendicite perfurada. Peritonite. Tratamento. ABSTRACTPEDIATRIC SURGICAL TREATMENT BY VIDEO TO PERFORATED APPENDIX WITH PERITONITIS CASE REPORTABSTRACT . The pediatric patient may be affected by perforated appendix causing peritonitis. The technique employed in this work will provide resolution of the case through the use of videoapendicectomia .Methods . Brief synopsis involving literature review applicable to perforated appendicitis , peritonitis, and video resolution .Case report. In this work we describe the clinical condition of the patient involved in concerning the perforated appendicitis , peritonitis, and video resolution .Discussion : Presentation of the physiology and pathophysiology regarding the occurrence of perforated appendicitis , peritonitis, and video resolution and technical management of its comorbidities .Conclusions . Final : effectively verified the importance and relevance of the correct use of treatment techniques to a group of people who find themselves in a peculiar category of healthcare carriers of perforated appendicitis and peritonitis .

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1774

TÍTULO DO TRABALHO: TRATAMENTO CIRÚRGICO-PEDIÁTRICO PARA APENDICITE AGUDA SUPURADA COM PERITONITE DIFUSA: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PEDIÁTRICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOSE WILLIAM VAVRUK. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ, MARINGÁ - PR - BRASIL.

RESUMO:
RESUMO. A apendicite aguda é caso infrequente na pediatria e entre suas consequências encontra-se a instalação de peritonite difusa, no que concerne o estudo deste trabalho, bem como seu tratamento cirúrgico.Objetivo. Fornecer subsídios para melhor compreensão da fisiologia envolvida na ocorrência da apendicite aguda supurada em população pediátrica e que merecem atenção especial, em especial quanto à instalação de peritonite difusa.Métodos. Breve sinopse envolvendo revisão de literatura aplicável à apendicite aguda supurada, peritonite difusa e tratamento.Relato de caso. No presente trabalho é descrita a clínica de paciente pediátrico envolvido em patologia concernente à apendicite aguda supurada.Discussão: Apresentação da fisiologia e fisiopatologia concernente à ocorrência da apendicite aguda e manejo técnico de suas comorbidades.Conclusões. Definitivas: constatamos efetivamente a importância e relevância do correto emprego das técnicas de tratamento a grupo de pacientes pediátricos que se encontram em categoria peculiar de cuidados médicos portadoras de apendicite aguda supurada e instalação de peritonite difusa.

CODIGO DO TRABALHO: 1773

TÍTULO DO TRABALHO: TRATAMENTO CIRÚRGICO-PEDIÁTRICO PARA INTUSSUSSEPÇÃO INTESTINAL E APENDICECTOMIA: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PEDIÁTRICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOSE WILLIAM VAVRUK. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ, MARINGÁ - PR - BRASIL.

RESUMO:
RESUMO. A intussussepção intestinal é entidade patológica de acometimento mais frequente na população infantil. Por sua vez a apendicite é mais infrequente, porém requer os mesmos cuidados necessários à sua resolução quando constatada.Objetivo. Fornecer subsídios para melhor compreensão da fisiologia envolvida na ocorrência da intussussepção intestinal e acometimento de apendicite eventual população pediátrica e que merecem atenção especial.Métodos. Breve sinopse envolvendo revisão de literatura aplicável à intussussepção intestinal e apendicite.Relato de caso. No presente trabalho é descrita a clínica de paciente envolvido em patologia concernente à intussussepção intestinal e apendicite.Discussão: Apresentação da fisiologia e fisiopatologia concernente à ocorrência da intussussepção intestinal e apendicite e manejo técnico de suas comorbidades.Conclusões. Definitivas: constatamos efetivamente a importância e relevância do correto emprego das técnicas de tratamento a grupo de pessoas que se encontram em categoria peculiar de cuidados médicos portadoras de intussussepção intestinal e apendicite.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 328

TÍTULO DO TRABALHO: TRATAMENTO DE GRANDE HEMANGIOMA DE PARÓTIDA COM USO DE PROPRANOLOL: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PEDIÁTRICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RONI LEONARDO TEIXEIRA1; JULIANA FERREIRA LOBO DOS SANTOS2. 1. SINOP CLÍNICA, SINOP - MT - BRASIL; 2. HOSPITAL REGIONAL DE SINOP/FUNDAÇÃO COMUNITÁRIA DE SAÚDE DE SINOP, SINOP - MT - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Os hemangiomas são os tumores benignos mais comuns na infância. Geralmente, apresentam uma involução espontânea depois de um ano, no entanto uma pequena porcentagem requer tratamento, devido complicações, e entre as opções terapêuticas, o propranolol vem apresentando ótimos resultados. O presente trabalho tem a finalidade de apresentar um relato de caso de grande hemangioma de parótida, e que, após um ano de uso de propranolol, houve regressão quase que total da massa.RELATO DE CASO: Criança, sexo masculino, oriunda de Peixoto de Azevedo ? MT, procura nosso serviço, com 3 meses de vida, hígido, porém apresentando assimetria facial, caracterizado por grande massa em região pré auricular esquerda. Ao exame físico, massa sólida, aderida à planos profundos, com cerca de 10 cm no seu maior diâmetro. Solicitado uma tomografia de face que mostrou grande lesão hemangiomatosa de parótida esquerda com cerca de 40 cm?. Assim, optamos por realizar o tratamento com propranolol, na dose de 2mg/Kg/dia, por um período de 12 meses, alertando os familiares sobre eventuais complicações que a medicação poderia gerar como hipoglicemia e broncoespasmo. Após 6 meses, no retorno a criança apresenta uma diminuição significativa , praticamente a metade do volume inicial. Mantivemos o seguimento por mais 6 meses, e nesta ocasião a lesão, pelo exame físico e controle ultrassonografico (6,5cm?) praticamente involuiu. Como para outros hemangiomas infantis, o propranolol, através de seu efeito inibidor de angiogênese, provou ser um tratamento eficaz, seguro e bem tolerado.CONCLUSÃO:O propranolol, de fato é uma droga que mostra eficácia na involução destas lesões hemangiomatosas, desde que tenha sua indicação feita em crianças menores de 2 anos, faixa etária de melhor resposta e que não seja empregada em crianças que apresentem alguma contra indicação do seu uso.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICASOksiuta, Marzanna; et al. Treatment of problematic infantile hemangiomas with propranolol: a series of 40 cases and review of the literature.Postepy Hig Med Dosw (Online); 68: 1138-44, 2014. Janmohamed, Sherief R; et al. Scoring the therapeutic effects of oral propranolol for infantile hemangioma: A prospective study comparing the Hemangioma Activity Score (HAS) with the Hemangioma Severity Scale (HSS). J Am Acad Dermatol; 73(2): 258-63, 2015. Salvo,Fernanda; et al. Propranolol en el tratamiento de los hemangiomas: una alternative terapêutica. Arch Pediatr Urug;85(2),2014.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1965

TÍTULO DO TRABALHO: TRATAMENTO VIDEOLAPAROSCÓPICO DO CISTO DE COLÉDOCO COM TUBO DE MONTI NA CRIANÇA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PEDIÁTRICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PAULO SÉRGIO DE SOUZA RODRIGUES FILHO; DANIELA COSTA ANASTÁCIO; GABRIEL FERNANDES DIAS; ADRIANA CARTAFINA PEREZ-BÓSCOLLO; ROBSON AZEVEDO DUTRA; LUIS GUSTAVO SABINO BORGES; LEANDERSON RODRIGUES BONFIM; EDUARDO CREMA. UFTM - UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO, UBERABA - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Cisto de colédoco é uma afecção que cursa com a dilatação das vias biliares. A tríade clássica envolve massa palpável, dor abdominal e icterícia. O exame diagnóstico de escolha é a CPRE e o tratamento padrão é a ressecção cirúrgica das vias biliares com reconstrução em Y de Roux e Colecistectomia a depender da classificação de Todani. O objetivo desse trabalho é mostrar nova opção cirúrgica aplicando o princípio de Monti em pacientes pediátricos com o intuito de uma reconstrução mais fisiológica das vias biliares. Relato de Caso: PAR, feminino, 7 anos, previamente hígida, acompanhava há 1 ano no ambulatório de cirurgia pediátrica com história de vômitos aos 6 meses de vida, intensos, de coloração amarela esverdeada, com duração de 3 a 4 dias, associados a cólicas abdominais moderadas, com remissão por alguns meses sendo o último episódio há 8 meses, além de quadros de icterícia. Em investigação foi realizado USG de abdome que evidenciou cisto de colédoco. Foi admitida na UTI pediátrica assintomática e sem alterações de TGI e TGU para exérese de cisto de colédoco com anastomose biliodigestiva em Tubo de Monti e Colecistectomia por videolaparoscopia. Optou-se pela reconstrução da via biliar com interposição de segmento jejunal pediculado, entre a bifurcação dos hepáticos e o duodeno, a partir de segmento de 5cm de alça jejunal a 40cm do ângulo de Treitz. Foi feita secção longitudinal entre as bordas antimesentérica e mesentérica do segmento, formando um retângulo pediculado que em seguida foi anastomosado em sua face proximal ao pedículo. Iniciada a retubularização transversa da alça, com formação de um tubo de 3cm, realizou-se fenda transmesocólica para passagem do tubo, anastomose jejuno-jejunal término-terminal para reconstrução do trânsito, anastomose entre o tubo e o ducto hepático comum, e anastomose do tubo à sua segunda porção duodenal. Paciente evoluiu no PO com dor abdominal e distensão gasosa, sendo realizado CPRE que evidenciou ausência de dilatação de vias biliares, tubo de Monti pérvio. A USG de abdome evidenciou ausência de liquido livre em cavidade. Evoluiu com melhora e aceitação de dieta. Conclusão: A reconstrução do trânsito biliar com a aplicação do princípio de Monti tem sido satisfatória e eficiente em adultos e crianças, com melhora do quadro clínico e dos exames de imagem, permitindo ainda o acesso endoscópio às novas vias. O procedimento é simples e executável, revelando-se como opção cirúrgica para cisto de colédoco.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1461

TÍTULO DO TRABALHO: TUMOR MISTO DE CÉLULAS GERMINATIVAS EM ADOLESCENTE: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PEDIÁTRICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CRISLANNY REGINA SANTOS DA SILVA1; GEORGE ALEXANDRE LIRA2; AMANDA COELHO XAVIER1; ISA MARYANA ARAUJO BEZERRA DE MACEDO3; JOSÉ WILTON SARAIVA CAVALCANTI FILHO4; MAYANE ABRANTES VERAS DE FREITAS3; TACIANA UCHOA PASSOS4; FRANCIELLY TERTULINO CUNHA3. 1. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. CIRURGIÃO ONCOLÓGICO NA LIGA NORTE RIOGRANDENSE CONTRA O CÂNCER, NATAL - RN - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE POTIGUAR, NATAL - RN - BRASIL; 4. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOAO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: As neoplasias do ovário representam aproximadamente 1% de todos os tumores em crianças e adolescentes. Os tumores de células germinativas são derivados de células germinativas primordiais ovarianas e são mais frequentes nesses grupos. Os tipos histológicos mais comuns são disgerminoma, tumor do seio endodérmico e teratoma imaturo. O carcinoma embrionário, o coriocarcinoma e o poliembrioma, por sua vez, são raros. As manifestações clínicas mais presentes são dor abdominal e massa palpável pélvica/abdominal. O estadiamento é cirúrgico e os marcadores tumorais como alfafetoproteína (AFP), hCG e LDH devem sempre ser realizados, pois contribuem para o diagnóstico, prognóstico e acompanhamento da doença. RELATO DE CASO: L.F.Q, sexo feminino, 12 anos, foi referenciada ao Hospital Luiz Antônio-RN após ter realizado apendicectomia e ooforectomia esquerda, cujo anatomopatológico do apêndice cecal demonstrou apendicite supurativa aguda e do ovário esquerdo evidenciou neoplasia de células germinativas - 60% por disgerminoma e 40% por carcinoma embrionário. Avaliada com tomografia de abdome superior e pelve, que evidenciou formação nodular localizada em situação pré-vesical, mantendo contato com parede abdominal anterior e com parede anterior da bexiga, de natureza a esclarecer. AFP: 189,20ng/ml. Paciente foi submetida à laparotomia exploradora para estadiamento da neoplasia ovariana, sendo realizado histerectomia total ampliada com cistectomia parcial e linfadenectomia pélvica e retroperitoneal. O exame histológico da peça cirúrgica demonstrou tumor misto de células germinativas apresentando componentes de carcinoma embrionário (70%), tumor do seio endodérmico (20%) e teratoma imaturo (10%). Sem linfonodos acometidos, com implantes em parede abdominal, bexiga, parede anterior do reto, pelve, septo retovaginal, omento maior e ligamento gastrocólico. A paciente teve alta hospitalar no segundo dia de pós-operatório e foi encaminhada à oncologia pediátrica para seguimento clínico. CONCLUSÃO: O caso relatado se destaca por ser um exemplo de tumor misto de células germinativas, um tipo de tumor raro que consiste em dois ou mais componentes histológicos malignos. É escasso na literatura trabalhos sobre esse tema, o que é fundamental para entender o prognóstico e as possíveis modificações acerca do manejo clínico.

CODIGO DO TRABALHO: 2739

TÍTULO DO TRABALHO: Um caso raro de insulinoma em criança.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PEDIÁTRICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BEATRIZ DURANTE PASIN; ANA FLAVIA SACCARDO RATTI; MAURICIO GIUSTI CALDERON; FABRICIO NUNES ZACCA; MARJORYE DA FONSECA ZACCA; LEONAN TAVARES GALVAO. HOSPITAL DO SERVIDOR PUBLICO ESTADUAL DE SAO PAULO, SAO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOInsulinomas são tumores neuroendócrinos, geralmente benignos e solitários. Sua incidência é rara, principalmente na população pediátrica, onde não há uma estimativa exata de incidência. Seu tratamento definitivo é a remoção cirúrgica tendendo a ter bom prognostico e baixo índice de reincidência. RELATO DE CASO Paciente de 10 anos, do sexo masculino, natural e procedente de São Paulo, Brasil, apresentou 3 episódios de quadro convulsivo tônico-clônico desencadeado por hipoglicemia, durante a investigação, identificou-se numa RNM de abdome uma lesão nodular sólida de 2,2 cm na transição corpo-caudal pancreática. Realizada pancreatectomia corpo-caudal com preservação do baço por videolaparoscopia, cirurgia realizada sem intercorrências. Paciente evoluiu sem fístula pancreática no pós-operatório, recuperando-se bem, tendo alta no 6o PO. O exame anatomopatológico demonstrou tratar-se de um insulinoma benigno único de 2 cm. CONCLUSÃOA raridade dos insulinomas em crianças e a falta de estudos, na população pediátrica, a respeito da condição nos levou a publicar este caso.

CODIGO DO TRABALHO: 322

TÍTULO DO TRABALHO: YOLK SAC TUMOR : RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PEDIÁTRICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RONI LEONARDO TEIXEIRA; AIRTON ROSSINI; NEIVA PEREIRA PAIM. FUNDAÇÃO COMUNITÁRIA DE SAÚDE DE SINOP - HOSPITAL SANTO ANTONIO, SINOP - MT - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVO: Também conhecido como tumor do saco vitelínico, ou do seio endodérmico, é raro na prática clínica, porém é o mais comum tumor maligno testicular na infância, cerca de 70 % do total. O objetivo é de apresentar um caso de yolk sac tumor, em criança de 6 meses de idade.RELATO DE CASO: Família de menino de 6 meses de idade, oriundo de Alta Floresta ? MT, apresenta aumento insidioso de testículo direito, iniciado há cerca de 60 dias. Em sua cidade de origem, realizou ultrassonografia que mostrou uma importante massa de testículo direito, com aumento da vascularização local, sem calcificações, o que sugeria tratar-se de um tumor. Ao exame físico, o mesmo apresentava massa volumosa, pétrea e indolor em hemiescroto direito, sem outros sinais ou sintomas associados. Solicitado alfafetoproteína (AFP) com nível acima de 188 mil ng/ml, que condizia com tumor testicular, em especial de origem germinativa, conforme relatado na literatura mundial. O paciente foi submetido a orquiectomia radical com abordagem inguinal , e ótima evolução pós operatória . Anatomopatológico confirmou tumor de seio endodérmico, com 6,5 cm no seu maior diâmetro, com infiltração de albugínea, mas cordão espermático, epidídimo, e rede testis sem sinais de infiltração. Criança retorna após sete dias, sem queixas e com ótima evolução. Após a cirurgia, a família optou realizar seguimento em centro de referência em oncologia infantil, na cidade de Barretos - SP. Durante o follow up naquele serviço, o menor apresentou um nódulo pulmonar isolado, que foi monitorado por 2 meses. No seu retorno e controle radiológico, o nódulo dobrou de tamanho e com aumento concomitante de alfafetoproteína, foi iniciado tratamento quimioterápico, com melhora significativa dos níveis de alfafetoproteina e da lesão radiológica.CONCLUSÃO: De fato, com o diagnóstico precoce do yolk sac tumor, a orquiectomia se faz necessaria, sendo curativa na grande maioria das vezes,com a quimioterapia reservada a estágios mais avançados da doença.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS Wei, YiWu, et al.Testicular yolk sac tumors in children: a review of 61 patients over 19 years.World J Surg Oncol; 12: 400, 2014. Durand, X; et al. CCAFU Recommendations 2013: Testicular germ cell cancer. Prog Urol; 23 Suppl 2: S145-60, 2013 Nov.

Zhou, X-J; Zhou, R-S; Fan, T; Han, C-H. Experience with the treatment of testicular yolk sac tumor in children: a report of 14 cases. Eur Rev Med Pharmacol Sci; 18(24): 3831-3, 2014

CODIGO DO TRABALHO: 2693

TÍTULO DO TRABALHO: A importância da reconstrução mamária na paciente mastectomizada.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANDRÉIA RENATA DE ANDRADE1; AMANDA SANTANA ARAÚJO2; JOSÉ NEVES1. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO, CUIABA - MT - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO, CUIABÁ - MT - BRASIL.

RESUMO:
Um estudo realizado em 1996 por Braga[1], avaliou a presença de depressão em 35% das mulheres após a mastectomia, demonstrando que apesar do alívio obtido após a cirurgia de remoção do tumor, há um grande sentimento de perda nessas mulheres, gerando sofrimento psicológico importante. A cirurgia de reconstrução mamária, além da melhora da estética, surte efeito na autoimagem dessa paciente.OBJETIVO: Avaliar aspectos psicológicos nas pacientes mastectomizadas e a importância da reconstrução mamáriaMÉTODO: Revisão integrativa da literatura brasileira, com avaliação e análise critica dos reflexos psicológicos em pacientes submetidos a mastectomia sem reconstrução mamária.:RESULTADOS:A mastectomia é um procedimento essencial e imprescindível para o tratamento das neoplasias mamárias. Porem a mutilação da mulher deixa cicatrizes não apenas no tecido, a paciente que vai passar ou passa por uma cirurgia de retirada da mama tem como preocupações: a perda da feminilidade e beleza, uma vez que a mama é um símbolo feminino; comprometimento da sua sexualidade, com medo da perda do parceiro e como isso pode afetar seu âmbito familiar; e a paciente tambem tem relações sociais afetadas por muitas vezes ter vergonha de sair de casa.Dados da Sociedade Brasileira de Mastologia apontam que menos de 10% de 20mil mulheres mutiladas vão sair dos centros cirúrgicos com seus seios reconstruídos, apesar da reconstrução mamária para pacientes mastectomizadas ser lei desde 2013, sendo obrigatório ao SUS realiza-la após a mastectomia, quando houver condições médicas, sendo parte importante (e final) do tratamento do câncer de mama, devolvendo a essas pacientes a auto estima perdida.Estudos mostram que as mulheres reconstruídas têm menor chance de reincidir no câncer porque essas doenças estão relacionadas à produção de endorfina e ao equilíbrio emocional.CONCLUSÃO:A mulher que teve sua mama removida total ou parcial é triste, depressiva e tem uma autoimagem prejudicada. Mulheres reconstruídas retomam sua autoestima, reconstroem seus relacionamentos afetivos e melhoram seu humor e saem do estado depressivo e de isolamento social.BIBLIOGRAFIAOLIVEIRA, M. C. M. et al.. Autoestima, depressão e espiritualidade em pacientes submetidas à mastectomia ou quadrantectomia com linfadenectomia axilar. Revista Médico Residente, v. 15, n. 3, p. 1-14. 2013.[1] Vianna, A.M.S.A. (2014). Avaliação psicológica de pacientes em reconstrução de mama: um estudo piloto [Versão eletrônica]. Estudos de Psicologia.

CODIGO DO TRABALHO: 1412

TÍTULO DO TRABALHO: A INSERÇÃO DE ACADÊMICOS DE MEDICINA NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO A PACIENTES PORTADORES DE FISSURA LABIOPALATAL NO CENTRO DE REFERÊNCIA EM BELÉM

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: YASMIN COUTINHO HABER; LUIZ RENATO OLIVEIRA LOPES. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ - UFPA, BELÉM - PA - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Analisar a interação de várias especialidades na reabilitação de pacientes com lábio e/ou palato fissurados, conhecer o protocolo de atendimento aos fissurados do centro de referência no Estado do Pará, traçar o perfil epidemiológico dos pacientes, observando quais os tipos de fissura mais incidentes em ambos os gêneros. Método: Estudo desenvolvido no Hospital Ophir Loyola (HOL) no serviço de atendimento aos pacientes portadores de fissuras labiopalatais do Estado do Pará. A rotina do Cirurgião Plástico, tanto no centro cirúrgico quanto no atendimento ambulatorial, foi acompanhada por acadêmicos de medicina da Universidade Federal do Pará, membros da LACIPA - Liga Acadêmica de Cirurgia Plástica do Pará. Resultados: Segundo o protocolo de atendimento e tratamento de pacientes lábio e/ou palato fissurados, o tratamento deve ser instituído logo após o nascimento, sendo iniciado através do acompanhamento com assistente social, pediatra, fonoaudiólogo e odontólogos. Ainda há necessidade de acompanhamento com a otorrinolaringologia, pois muitos destes pacientes apresentam problemas auditivos. Outro profissional fundamental é o nutricionista, uma vez que destaca os benefícios orgânicos do aleitamento materno, apresenta a alimentação adequada no pré, trans e pós-operatório. As cirurgias plásticas reparadoras, denominadas de labioplastia e palatoplastia, são realizadas a partir do 3º mês de vida e 12º mês de vida, respectivamente. As cirurgias secundárias de lábio e/ou palato, alongamento de columela, ou mesmo faringoplastia, são realizadas a partir dos quatro anos de idade. Dentre os casos observados, notou-se que o lado esquerdo do lábio é mais frequentemente acometido, seguido do lado direito e do acometimento bilateral. A fissura labial unilateral é mais frequente no sexo masculino. A fissura labial bilateral e fissura palatina posterior são mais frequentes no sexo feminino. Conclusões: A existência de um protocolo clínico é essencial para o entendimento do tratamento e reabilitação dos pacientes. É ideal que estes pacientes sejam acompanhados durante todo o seu crescimento, recebendo uma assistência multidisciplinar envolvendo vários profissionais da saúde como: assistentes sociais, fonoaudiólogos, geneticista, psicólogos, cirurgiões plásticos, odontólogos, pediatras, nutricionistas e enfermeiros, visando uma maior eficiência na reabilitação morfológica, funcional e psicossocial desses pacientes.

CODIGO DO TRABALHO: 1992

TÍTULO DO TRABALHO: ABDOMINOPLASTIA EM ÂNCORA EM PACIENTE PÓS-GASTROPLASTIA: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOÃO VICTOR FERNANDES DE PAIVA1; JOSÉ ROMERO DE ALMEIDA FERREIRA FILHO2; WAGNER DA SILVA LEAL2. 1. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. HOSPITAL MUNICIPAL SANTA ISABEL, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO A obesidade, condição caracterizada pelo excesso de tecido adiposo distribuído de maneira heterogênea e IMC acima de 30 kg/m2, é considerada pela OMS a epidemia do início do século, e acomete, no Brasil, uma população em torno de 10 milhões de pessoas, segundo pesquisa do IBGE e ministério da saúde. O tratamento cirúrgico da obesidade tem se tornado cada vez mais comum, promovendo uma perda considerável de peso, resultando em defeitos estéticos/funcionais com importante excesso cutâneo. Os serviços de cirurgia plástica estão sendo cada vez mais acionados para resolução dessas grandes dismorfias cutaneoadiposas. A ressecção dos excessos cutâneos envolve diversas técnicas e etapas, o presente relato enfoca na técnica de abdominoplastia vertical modicada em âncora, inicialmente proposta por Correa-Iturraspe.RELATO DE CASOL.A.B., 41 anos, sexo feminino, paciente em pós-operatório tardio de cirurgia bariátrica (1 ano e 8 meses) apresentando IMC 35,4, encaminhada para o serviço de Cirurgia Plástica com queixa de grande excesso de pele na região abdominal, após perda de 60 kg devido ao procedimento prévio. A indicação cirúrgica foi de realização de dermolipectomia abdominal utilizando abordagem ?em âncora?, visando, além da retirada do excesso de pele abdominal, a pexia da região púbica. Para a marcação do procedimento, desenhou-se uma elipse vertical que seguia do apêndice xifoide até a comissura vulvar, seguido do teste de pinçamento para determinar os pontos de referência laterais da ?âncora?, finalizando com a marcação inferior de Pitanguy-Callia. Durante o procedimento, realizou-se a incisão nas bordas determinadas, obtendo um retalho ressecado pesando 9.350 kg, o procedimento foi finalizado com sutura dos bordos e neo-onfaloplastia. Paciente apresentou boa evolução no pós-cirúrgico, apresentando seroma, já esperado, na região, sem outras complicações decorrentes, com bom resultado estético-funcional.CONCLUSÃO Apesar da abdominoplastia com abordagem em âncora resultar em extensas cicatrizes, permite a correção das dismorfias cutaneoadiposas, tanto em sentido vertical como horizontal, além de permitir a pexia da região púbica e onfaloplastia com uso de dois retalhos cutâneos, atenuando desarmonias no contorno corporal, apresentando benefício funcional e estético, com incremento na autoestima e benefícios na realização de atividades diárias (deambulação, higienização, atividade sexual).

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 550

TÍTULO DO TRABALHO: Abordagem Cirúrgica de Epidermólise Bolhosa Distrófica: Relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RAYSSA RUSZKOWSKI DO AMARAL; CAROLINA MARQUEZIN GIACOMELLO; ISABEL CRIVELATTI; FERNANDO SONTAG; GABRIELE WINTER DE MOURA; SAMANTA GERHARDT; BIANCA ZANETTE DE ALBUQUERQUE; JEFFERSON LUIS BRAGA SILVA. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL - PUCRS, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Epidermólise Bolhosa (EB) é o nome dado à família de doenças caracterizadas por fragilidade, bolhas recorrentes e ulceração crônica da pele e da mucosa epitelial, além de pseudosindactilia, o que acarreta bolhas não cicatrizantes e erosões causadas por pequenos traumas mecânicos. Essa é uma condição incurável e compete a anormalidades genéticas de proteínas que medeiam a adesão da pele. A EB diastrófica recessiva (EBDR), tipo Hallopeau-Siemens, é uma das 17 subdivisões da EB e caracteriza-se pela diminuição total ou parcial da expressão do colágeno tipo VII devido a mutações nos genes COL7A1, FERMT1 e KIND1. Assim, o paciente afetado apresentará desestabilização da junção dermoepidérmica e maior propensão à erupção de flictenas pelo corpo, além da possibilidade de desenvolver complicações renais e adenocarcinoma epidermoide nas áreas afetadas. O tratamento consiste, principalmente, em manejar as sequelas. A cirurgia é indicada quando há rápida progressão das contraturas ou da pseudossindactilia e perda da função da mão.Relato do Caso: Paciente do sexo masculino, 12 anos, com diagnóstico de EB do tipo Hallopeau-Siemens (EB distrófica recessiva). A mãe refere que no terceiro dia de vida apareceu flictena no terceiro dedo da mão direita, o que evoluiu rapidamente para lesões pelo corpo inteiro. Aos 5 anos de idade, houve piora das lesões, especialmente nas mãos, cuja função foi perdida progressivamente. Por dificuldades de encaminhamento, o paciente teve primeiro contato com o Serviço de Cirurgia da Mão aos 11 anos de idade. As mãos apresentavam deformidades em luva, dedos fusionados e contraturas músculo-cutâneas. Foi encaminhado para realização de cirurgia, que implicou em liberação de comissuras e osteofixação com fios de Kirschner. Utilizou-se uma órtese em raquete no pós-operatório. O paciente evoluiu com recuperação funcional do movimento de pinça e apreensão. No acompanhamento ambulatorial, um ano e seis meses após a cirurgia, constatou-se má adesão ao uso da órtese de manutenção e diminuição da amplitude dos movimentos.Conclusão: A EB distrófica é uma genodermatose com alta morbimortalidade para os pacientes. O trabalho de reabilitação desses pacientes deve ser multidisciplinar, incluindo a família. O uso dos dispositivos pós-operatórios é imprescindível. O cirurgião da mão pode contribuir de maneira significativa para a qualidade de vida dos pacientes, restabelecendo sua autonomia por meio da recuperação e manutenção da função das mãos.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 3058

TÍTULO DO TRABALHO: Abordagem Diferencial em um caso de Hérnia Paraumbilical

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: REBECA ANTUNES DE OLIVEIRA1; ORESTES FERNANDES POLO2. 1. INSTITUTO VIGOR, PORTO VELHO - RO - BRASIL; 2. MASTERPLÁSTICA, PORTO VELHO - RO - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoO crescimento do número de cirurgias bariátricas no mundo trouxe ao consultório do cirurgião plástico um novo paciente, que busca associar um procedimento estético ao tratamento de sequelas causadas pela rápida perda ponderal de peso como redundância cutânea, flacidez fascial e cicatrizes no abdome. O objetivo é diminuir custos e submeter este paciente a uma anestesia apenas. A abdominoplastia é uma das cirurgias estéticas mais procurada por estes pacientes pois corrige o excesso do tecido cutâneo e adiposo através de sua ressecção e pela possibilidade de ser associada a procedimentos sobre a musculatura, como rotação ou plicatura dos músculos oblíquos externos,aponeuroses abdominais, lipoaspirações e no tratamento de hérnias ventrais. Esta surge em região do umbigo,geralmente,quando uma parte do revestimento da cavidade abdominal atravessa o tecido muscular.No início,o principal sintoma é dor local ao toque ou quando é feito algum esforço e com o tempo poderá surgir um abaulamento.Se a hérnia for diagnosticada precocemente pode-se reduzir o conteúdo herniário,mas se esse conteúdo aumentar de volume e tiver um anel herniário estreito,a hérnia umbilical pode se tornar irredutível, aumentando o desconforto e as dores levando há um estrangulamento herniário que pode levar o paciente a morte.Relato de casoPaciente feminino,43 anos,IMC de 28,4,perda ponderal de 25Kg pós gastroplastia, procurou o serviço de cirurgia plástica para correção funcional e estética da parede abdominal.Ultrassom de abdome mostrou hérnia paraumbilical à direita - falha na aponeurose muscular paraumbilical de 3,1cm,com protusão de conteúdo omental a manobra de valsalva com redução espontânea. O tratamento cirúrgico de escolha foi a lipoabdominoplastia estética associada a herniorrafia e reforço de parede com plicatura muscular. Ao retirar,por avulsão,o retalho cutâneo-adiposo abdominal inferior demarcado, a diástase dos músculos reto abdominais foi identificada e marcada,visualizando-se 4 hérnias paraumbilicais. Os anéis herniários foram dissecados, o conteúdo reduzido e a aponeurose fechada. Concluiu-se a cirúrgia com aproximação do retalho cutâneo e fixação da fáscia de Scarpa na base lateral do umbigo.ConclusãoEste caso mostrou que a experiência do cirurgião é essencial para o sucesso da cirurgia, tendo em vista o encontro inesperado de 3 hérnias paraumbilicais durante o procedimento. A abdominoplastia foi a técnica ideal neste caso mostrando ser um método seguro e eficaz.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 537

TÍTULO DO TRABALHO: Análise do perfil epidemiológico de pacientes beneficiados por mutirão de reconstrução de fenda labial e/ou palatina.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MIKAELLE LOPES RODRIGUES1; ANTÔNIO IGOR TAUMATURGO DIAS SOARES1; WANESSA RIBEIRO DE OLIVEIRA1; LUCAS DE MOURA PORTELA1; RENAN LOPES VASCONCELOS1; KAROLINE KUSTER VALTER1; JOSÉ DE ARIMATÉA DO NASCIMENTO JÚNIOR1; RODRIGO AGUIAR BARRETO ALVES2. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL, SOBRAL - CE - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS FORTALEZA, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Analisar o perfil epidemiológico dos pacientes que passaram por cirurgia reparadora de fenda labial e/ou palatina (FL ± P) em uma cidade do interior do Ceará e, através dos dados epidemiológicos obtidos, colaborar para o melhor planejamento dos serviços médicos no atendimento desses pacientes com anomalias congênitas. Método: Trata-se de um estudo descritivo quantitativo. Durante mutirão de reconstrução de (FL ± P), realizado no hospital Santa Casa de Misericórdia de Sobral, durante o período de 12 a 16 de outubro de 2015, estudantes universitários captaram aleatoriamente seis famílias de pacientes beneficiados com cirurgias reparadoras planejadas pela organização Smile Train. Esses pacientes tinham entre 3 meses e 7 anos, e a entrevista foi respondida pelo responsável pela criança, mãe ou avó. Resultados: Dentre os 6 pacientes avaliados, 4 eram do sexo feminino. Com relação à renda familiar, em 66,67% dos casos as famílias possuíam menos de 1 salário mínimo. Apenas uma família com 1 a 3 salários e o outro cuidador não sabia a renda. Dos 6 familiares entrevistados apenas 2 não conheciam sobre fissura labiopalatina antes de vivenciar a situação. Além disso, apesar de todos entrevistados terem relatado que obtiveram apoio da família e/ou amigos para realizar os cuidados com o bebê, 5 afirmaram que sentiram preconceito de familiares ou amigos relacionado à aparência da (FL ± P) de seu filho ou neto. Conclusões: Apesar da pequena amostra, podemos inferir conclusões importantes para o serviço e os mutirões que são realizados na região. O principal deles é a prevalência dos pacientes de baixa condição socioeconômica e o preconceito que a maioria sofre pela anomalia. Apesar desses aspectos, destaca-se como positivo a idade precoce das crianças submetidas ao procedimento cirúrgico. Em um estudo realizado em pacientes com esse tipo de anomalia, a média de idade dos pacientes no momento da avaliação de um determinado grupo foi de 12,9 anos[1], sendo a média de idade das crianças abordadas pelo mutirão mais baixa, logo, a campanha contribuiu para o atendimento precoce das crianças com (FL ± P). Ainda assim muito deve ser feito a nível local do hospital, além de mais campanhas desse tipo, para promover estratégias de cuidados e orientações, principalmente devido a maior necessidade financeira e de recursos dessas famílias. Bibliografia: [1]SOUZA J, RASKIN S. Clinical and epidemiological study of orofacial clefts. J Pediatr (Rio J). 2013;89:137?44.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 734

TÍTULO DO TRABALHO: Análise epidemiológica dos procedimentos realizados em cirurgia de mão em pacientes atendidos pelo serviço de Cirurgia Plástica de um hospital de referência do Ceará

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOSÉ DE ARIMATÉA DO NASCIMENTO JÚNIOR; BEATRICE PONTE SOUZA; KAROLINE KUSTER VALTER; MIKAELLE LOPES RODRIGUES; WANESSA RIBEIRO DE OLIVEIRA; TAINÁ SANTOS DE SOUSA; ANTONIO AGOSTINHO MOURA. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, SOBRAL - CE - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Analisar os procedimentos cirúrgicos realizados em pacientes que sofreram trauma de mão atendidos na emergência e encaminhados para o setor de Cirurgia Plástica em um hospital de referência no interior do Ceará. Método: Estudo seccional no qual foram avaliados os tipos de procedimentos cirúrgicos realizados em pacientes vítimas de lesões de mão atendidos pelo setor de Cirurgia Reconstrutiva da Santa Casa de Misericórdia de Sobral - CE. Essa variável foi declarada em instrumento de coleta de dados no período de 26/11/2016 a 23/01/2017. Resultados: Dos 22 pacientes submetidos à intervenção cirúrgica, 2 foram excluídos por não possuírem informação acerca do procedimento realizado. A amostra do presente estudo, portanto, é constituída de 20 pacientes, dos quais 7 (35%) realizaram a cirurgia de tenorrafia, 6 (30%) foram submetidos à amputação de falange, 6 (30%) realizaram debridamento cirúrgico e 1 (5%) realizou retalho. Em relação à mão acometida, houve predomínio da mão esquerda em 55% dos casos. Dentre os pacientes que realizaram tenorrafia, 85,7% realizaram o procedimento somente na mão esquerda; e dos que foram submetidos a desbridamento cirúrgico, também houve um maior número de cirurgias realizadas na mão esquerda, representando 66,7% do total. Conclusão: Lesões de mão são incapacitantes e prejudicam a realização de diversas atividades diárias, pondo em destaque a importância do conhecimento e da boa execução dos procedimentos reparadores desse tipo de lesão. Diante dos resultados obtidos, percebe-se que mais de 50% dos traumas ocorridos acometeu tendões ou gerou a remoção cirúrgica de um dos segmentos da mão, a mão esquerda foi a mais comumente lesionada. Além disso, é válido destacar que a remoção de tecido necrosado foi realizada em mais de 20% dos pacientes, evidenciando a importância desse procedimento para garantia de bons resultados pós operatórios. Tais dados vão ao encontro da literatura atual e demonstram a importância da cirurgia reconstrutiva de mão. Bibliografia: JONG, Johanna P. de et al. The Incidence of Acute Traumatic Tendon Injuries in the Hand and Wrist: A 10-Year Population-based Study. Clinics In Orthopedic Surgery, Seoul, v. 6, n. 2, p.196-202, jun. 2014.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 731

TÍTULO DO TRABALHO: Análise epidemiológica dos traumas de mão atendidos pelo setor cirúrgico em um Hospital de Referência do Interior do Ceará

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOSÉ DE ARIMATÉA DO NASCIMENTO JÚNIOR; KAROLINE KUSTER VALTER; MIKAELLE LOPES RODRIGUES; BEATRICE PONTE SOUZA; WANESSA RIBEIRO DE OLIVEIRA; TAINÁ SANTOS DE SOUSA; ANTONIO AGOSTINHO MOURA. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, SOBRAL - CE - BRASIL.

RESUMO:
Objetivos: Analisar dados epidemiológicos referentes à pacientes acometidos por trauma de mão, abordados no setor cirúrgico. Método: Estudo seccional, do tipo quantitativo, realizado no setor de cirurgia plástica da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, no interior do Ceará. No período de novembro de 2016 a janeiro de 2017 foram coletados dados de 22 pacientes, os quais sofreram trauma de mão e realizaram procedimentos no referido setor. As variáveis analisadas foram: sexo, idade, procedência, profissão e causa do trauma. Resultados: Em relação ao sexo,houve predomínio masculino com 19 pacientes (86,4%) em vista do feminino, 3 (13,6%). Quanto a idade, o intervalo de maior ocorrência foi de 20 a 50 anos, representando 68,2% dos pacientes, de acordo com distribuição a seguir: a) 50 anos: 3 (13,6%). Em relação à procedência, 3 pacientes eram procedentes da região analisada (Sobral) e outros 19 (86,4%) eram procedentes de outras localidades. Com relação a profissão, 12 (54,5%) exerciam atividades laborativas que envolviam o uso das mãos: 6 eram agricultores (27,3%), 2 (9,1%) eram pedreiros, 2 (9,1%) eram marceneiros, 2 (9,1%) realizavam trabalhos domésticos; já 10 (45,45%) não trabalhavam, não responderam ou tinham outras profissões. A causa predominante de internação foi acidente de trabalho, com 11 pacientes (50%), seguido por lesão por arma branca: 4 (18,2%), acidente de moto: 4(18,2%). Não responderam ou tiveram outra causa de lesão 3 (13,6%). Enquanto a lateralidade da mão lesionada, 9 (40,9%) das lesões, ocorreram na mão direita, o que é um agravante, pois a mão direita era a mão dominante de 86,4% dos pacientes. Conclusões: Os dados obtidos referem concordância com a literatura, visto que o perfil do paciente vítima de trauma de mão é em sua maioria do sexo masculino, em faixa etária relativamente jovem e em plena idade produtiva. Verificou-se que 50% dos casos decorreram de acidentes laborais. Além disso, grande parte dos acidentes ocorreu na mão dominante. Logo, pode-se concluir que os acidentes têm alto poder incapacitante e precisam de devida atenção da equipe cirúrgica.[3] Bibliografia: OLIVEIRA, T.P. et al; Estudo retrospectivo dos acidentes traumáticos da mão relacionados ao trabalho; Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos, v. 21, n. 2, p. 339-349, 2013.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2883

TÍTULO DO TRABALHO: ANÁLISE RETROSPECTIVA EPIDEMIOLÓGICA DOS CÂNCERES CUTÂNEOS BASOCELULARES E ESPINOCELULARES NO OESTE DO PARANÁ DE 2005 A 2015

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANGELA RENATA DE MELO; WILLIAN ANTONIO SEIJIN INAMINE; GABRIEL ANGELO GARUTE ZENATTI; BRUNA DE SOUZA BRITO; FABRICIO MACHADO PELICIOLI. CENTRO UNIVERSITÁRIO ASSIS GURGACZ, CASCAVEL - PR - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVO: Analisar o perfil clínico-epidemiológico de pacientes com câncer cutâneo não-melanoma em hospitais da região oeste do Paraná - o Centro de Oncologia de Cascavel (CEONC) e o Hospital do Câncer de Cascavel (UOPECANN). A motivação em realizar essa pesquisa advém da grande frequência de casos relatados na região Sul do Brasil, de forma geral.MÉTODOS: Estudo retrospectivo de pacientes diagnosticados com câncer não-melanoma cutâneo entre os anos de 2005 a 2015 por meio da plataforma online do Instituto Nacional de Câncer em dois hospitais referência em oncologia no oeste do Paraná. Foram coletados dados referentes ao tipo de câncer, à idade, ao sexo, à raça e à ocupação dos pacientes.RESULTADOS: 4.823 pacientes foram analisados no período do estudo. De modo geral, houve predomínio do sexo masculino (51,2%), a partir da quinta década de vida, brancos (89,7%), com ocupação na área agropecuária (16,5%).CONCLUSÕES: A presente série de casos é significativa na concordância com a literatura vigente. Conclui-se que há discordância apenas quanto ao sexo acometido, mas não para todo os tipos de tumores cutâneos não-melanoma e parcialmente quanto à ocupação. Além disso, o predomínio de casos em pessoas expostas ao sol sugere uma importante necessidade de prevenção no que tange o sistema de atenção primária.REFERÊNCIAS:ROSSATO, L. A., Carneiro, R. C., Macedo, E. M. S. D., Lima, P. P. D., Miyazaki, A. A., & Matayoshi, S. Diagnosis of aggressive subtypes of eyelid basal cell carcinoma by 2-mm punch biopsy: prospective and comparative study. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, 2016; 43(4), 262-269.COSTA, C. S. Epidemiologia do câncer de pele no Brasil e evidências sobre sua prevenção. Diagnóstico e tratamento, 2012; 17(4).SENA, J. S., GIRÃO, R. J. S., CARVALHO, S. M. F. D., TAVARES, R. M., FONSECA, F. L. A., SILVA, P. B. A., & BARBOSA, M. C. F. P. Occupational skin cancer: Systematic review. Revista da Associação Médica Brasileira,2016; 62(3), 280-286.FERREIRA, F. R., PEVIDE, B. D. C., RODRIGUES, R. F., NASCIMENTO, L. F. C., & LIRA, M. L. D. A. Differences in age and topographic distribution of the different histological subtypes of basal cell carcinoma, Taubaté (SP), Brazil. Anais brasileiros de dermatologia,2013; 88(5), 726-730.World Health Organization. World Cancer Report 2014. Lyon: International Agency for Research on Cancer; Geneva: World Health Organization, 2014.Instituto Nacional do Câncer (INCA) [Internet]. Tipos de câncer: pele não-melanoma

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1343

TÍTULO DO TRABALHO: AVALIAÇAO DE SATISFAÇAO DOS PACIENTES SUBMETIDOS A RESSECCAO DE TUMORES CUTANEOS MALIGNOS EM FACE NO MUNICIPIO DE TERESOPOLIS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: NICOLA FIORINO BIANCARDI1; THAÍS MATHIAS AGUIAR DA SILVA1; LUCIANA SILVA POMBO1; FLÁVIA SILVA MOREIRA1; MARINA FIORINO BIANCARDI1; MARCIO MENDES MANENTE2; SULAMITA SHIZUKO OKAYAMA3; LUMA GUARESCHI4. 1. HOSPITAL DAS CLINICAS DE TERESÓPOLIS CONTANTINO OTAVIANO, TERESÓPOLIS - RJ - BRASIL; 2. HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; 3. INCA, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; 4. UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO, PASSO FUNDO - RS - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVODeterminar os escores de satisfação dos paciente submetidos a ressecção e reparo de tumores cutâneos em face no município de TeresópolisMETODOEstudo coorte retrospectivo baseado no banco de dados do ambulatório de cirurgia plástica reparadora do Hospital das Clinicas de Teresópolis Constantino Ottaviano no ano de 2013. O estudo foi realizado com os pacientes submetidos a ressecção de tumores cutâneos em face, e visou avaliar o grau de satisfação dos pacientes após ressecção , em relação ao reparo realizado. Os pacientes submetidos ao procedimento no ano foram submetidos a questionário padrão, que avaliou o grau de satisfação através de escore numérico de 0-10 , sendo 0-2- insatisfatório, 3-5: pouco satisfatório; 6-8: satisfatório ; 9-10: muito satisfatório . Foram avaliados também: grau de escolaridade dos pacientes e necessidades de reparos posteriores ou ressecções.RESULTADOSNo período do estudo foram submetidos a ressecção cirúrgica por tumores cutâneos em face 20 pacientes, sendo que um dos casos apresentava duas lesões oncológicas em face. Quanto ao sexo dos pacientes, temos: 55% do sexo feminino e 45% do sexo masculino. Quanto a idade dos pacientes, observa-se: 9% na faixa etária dos 40-50 anos; 23% dos 51-60 anos; 27% na faixa de 61-70 anos; 18% de 71-80 anos e 23% nos pacientes com idade acima de 80 anos. Quanto ao grau de escolaridade : 5% eram analfabetos; 50% possuíam ensino fundamental incompleto; 10% ensino fundamental completo; 15% ensino médio incompleto e 15% ensino médio completo/profissionalizante , e 5% ensino superior incompleto. Quanto ao grau de satisfação , temos: 5% : pouco satisfatório; 50% : satisfatório; 40% muito satisfatório; 5% não responderam. Nenhum dos pacientes avaliados necessitou de procedimentos adicionais.CONCLUSAOO grau de satisfação dos pacientes em relação ao reparo pos exérese da lesão tumoral foi boa na avaliação dos pesquisadores, porem o grau de escolaridade interferiu na avaliação do procedimento e no grau de exigência para o resultado.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1703

TÍTULO DO TRABALHO: Avaliação do lactato como preditor de mortalidade em pacientes vitimas de queimadura internados na Unidade de Alta Complexidade do Centro de Tratamento de Queimados do Hospital Geral do Estado-Bahia: Estudo Preliminar.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCUS VINICIUS VIANA DA SILVA BARROSO; ADSON ANDRADE DE FIGUEREDO; NILMAR GALDINO BANDEIRA; OSVALDO FERREIRA DE JESUS; PAULO PLESSIM DE ALMEIDA FILHO; TAMYRES SOUZA BARROS. HOSPITAL GERAL DO ESTADO, SALVADOR - BA - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: verificar a correlação existente entre os níveis séricos de lactato e as taxas de mortalidade dos pacientes vitimas de queimadura na unidade de alta complexidade do centro de tratamento de queimados do hospital geral do estado. Metodologia: Trata-se de um estudo de coorte retrospectiva em pacientes admitidos na unidade de alta complexidade do hospital de referência no tratamento de vítimas de queimaduras do Estado da Bahia no período de 14/10/2016 a 04/02/2017. Serão incluídos no estudo: indivíduos vítimas de queimaduras admitidos no serviço supracitado. A coleta de dados clínicos será feita mediante dados obtidos do protocolo já estabelecido no Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Geral do Estado (HGE) para o atendimento inicial aos pacientes vitimas de queimaduras e pelo registro laboratorial diário. Baseado no lactato inicial os pacientes foram distribuídos em dois grupos: Grupo A (pacientes com lactato 2mmol/L). Foi verificada a taxa de mortalidade dos dois grupos assim como a superfície corporal queimada media dos grupos. Resultados: Foram estudados um total de 32 pacientes internados na Unidade de Alta Complexidade. O grupo A foi composto por 14 pacientes correspondente a 45,16% do total e o grupo B 18 pacientes, 54,84%. A taxa de mortalidade do grupo A foi de 7,14% e do grupo B de 50%. A superfície corporal queimada no grupo A variou de 6 a 40%, média de 19,17% e no grupo B variou de 2 a 90%, media de 43,77%. Conclusão: A dosagem de lactato mostrou-se com alta sensibilidade (90%) e Valor Preditivo Negativo (92%), enquanto a acurácia do exame foi de 68% e valor preditivo positivo de 50%. O Risco Relativo foi de 7,14 para os pacientes com lactato >2mmol/L. Demonstra-se com o estudo a importância do lactato sérico como fator preditor de mortalidade no atendimento inicial de pacientes queimados. Com a ampliação da amostra, esperamos ratificar estes dados e novos estudos são necessários para validar o lactato como fator preditor de mortalidade em pacientes queimados.Bibliografia: Kamolz L, Andel H, Schramm W, Meissl G, Herndon D, Frey M. Lactate: Early predictor of morbidity and mortality in patients with severe burns. Burns. 2005;31(8):986-990. Cochran A, Edelman L, Saffle J, Morris S. The Relationship of Serum Lactate and Base Deficit in Burn Patients to Mortality. Journal of Burn Care & Research. 2007;28(2):231-240.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2911

TÍTULO DO TRABALHO: Avaliação do paciente submetido à cirurgia bariátrica sobre sua mudança do contorno corporal.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: WELLERSON MATTIOLI1; ANTONIO MATEUS ANDRADE DE SOUSA2; FAUSTO VITERBO3; FLAVIO MENDES3; ANA CLARA DE FRANÇA CAMPOS4; VICTOR DE FRANÇA OLIVEIRA4; LORENNA DE SOUSA FONTENELE4; SUZANA BERNADO DE OLIVEIRA4. 1. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOAO PESSOA - PB - BRASIL; 3. UNESP, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 4. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO:A obesidade mórbida é atualmente uma pandemia. Desde a década de 50, com o advento das cirurgias para redução do peso corpóreo, inúmeras modificações a este procedimento têm sido direcionadas no sentido de minimizar as complicações bem como atingir uma perda de peso ideal. A cada dia o número de cirurgias bariátricas estão crescendo em todo mundo e por consequinte um número crescente de pacientes com importante perda ponderal e mudança no seu contorno corporal. Os grandes excessos cutâneos podem ocasionar distúrbios posturais, higiênicos, dermatológicos (dermatites) e restrições sexuais, entre outras privações psicossociais. É sabido que a flacidez cutânea atinge todas as áreas do corpo, face e pescoço,braços,mamas,abdome e coxa porém áinda é desconhecida a dinâmica desta flacidez. O objetivo deste trabalho é mostrar a avaliação do paciente submetido a cirurgia bariátrica sobre sua mudança do contorno corporal tentando avaliar uma tendência da dinâmica da flacidez cutânea. MÉTODOS:Foram realizados questionários por conveniência, de pacientes do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP,no período de dezembro de 2010 a agosto de 2011 submetidos a cirurgia bariátrica. Estes foram questionados para avaliarem sua flacidez cutânea atribuindo notas de 1 a 10 da face e pescoço, mamas,braço, abdome e coxa, antes e depois da redução ponderal e qual a região do corpo com a maior queixa estética.RESULTADOS Dos pacientes entrevistados, 64 (63,91%) estabilizaram o peso após a cirurgia bariátrica e 35(36,08) ainda não estabilizaram. Após a realização da cirurgia bariátrica a média de nota para a flacidez cutânea da face e pescoço foi de 3.28, sendo a maior parte dos pacientes (50,52%) dando nota 1. A média de nota para a flacidez cutânea dos braços foi de 7.3, sendo a maior parte dos pacientes (34.2%) dando nota 10. Após a realização da cirurgia bariátrica a média de nota para a flacidez cutânea das mamas foi de 8.57, sendo a maior parte dos pacientes (55.67%) dando nota 10. Após a realização da cirurgia bariátrica a média de nota para a flacidez cutânea do abdome foi de 8.79, sendo a maior parte dos pacientes (55.67%) dando nota 10. Após a realização da cirurgia bariátrica a média de nota para a flacidez cutânea da coxa foi de 8.16, sendo a maior parte dos pacientes (41,2%) dando nota 10 (Gráfico 1).

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1694

TÍTULO DO TRABALHO: Avaliação do Perfil Epidemiológico e Taxa de Mortalidade dos Pacientes Vítimas de Queimadura Internados na Unidade de Alta Complexidade do Centro de Tratamento de Queimados do Hospital Geral do Estado-Bahia: Estudo Preliminar.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCUS VINICIUS VIANA DA SILVA BARROSO; NILMAR GALDINO BANDEIRA; OSVALDO FERREIRA DE JESUS; PAULO PLESSIM DE ALMEIDA FILHO; TAMYRES SOUZA BARROS; ADSON ANDRADE DE FIGUEREDO. HOSPITAL GERAL DO ESTADO, SALVADOR - BA - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Estabelecer o perfil epidemiológico dos pacientes da unidade e verificar a taxa de mortalidade no período estudado. Metodologia: Trata-se de um estudo clínico transversal em pacientes admitidos na unidade de alta complexidade do hospital de referência no tratamento de vítimas de queimaduras do Estado da Bahia no período de 14/10/2016 a 04/02/2017. Serão incluídos no estudo vítimas de queimaduras admitidos no serviço. A coleta de dados clínicos será feita mediante dados obtidos do protocolo já estabelecido no Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Geral do Estado. Serão estudados: idade, sexo, tempo de internamento agente causal da queimadura, divididos em lesão por chama direta, combustíveis, escaldadura, químicos, elétrica e explosão, superfície corpórea queimada (calculada pela tabela de Lund. E Browder) e índice de mortalidade. Resultados: Foram internados 36 pacientes na unidade no período. A idade mínima foi de 15 anos e a máxima de 76, média de 41,02 anos. Sexo masculino correspondeu a 55,5% dos pacientes e feminino a 44,5%. O tempo de internamento variou de 01 a 25 dias, media de 10,10 dias. Em relação ao agente causal: 34,28% decorrente de chama direta, 31,42% por combustíveis, 11,45% elétrica, 8,57% agentes químicos, 8,57% por explosão e 5,71% por escaldadura. A superfície corpórea queimada variou de 2 a 90%, media de 33,48%. O índice de mortalidade foi de 27,77%. Conclusão: A unidade conta com 4 leitos, possuindo um alta rotatividade e resolutividade como se observa pela media de dias de internamento (10,10) e quantidade de pacientes internados no período em relação ao total de leitos (36). A predominância de pacientes do sexo masculino está de acordo com a literatura mundial e a taxa de mortalidade um pouco abaixo da literatura1. Acreditamos justificada pelo pouco tempo de funcionamento do serviço. Com o tempo e aumento do N de pacientes ela deve se igualar as taxas da literatura. Bibliografia: 1-Pavoni V, Gianesello L, Paparella L, Buoninsegni LT, Barboni E. Outcome predictors and quality of life of severe burn patients admitted to intensive care unit. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine. 2010;18:24. doi:10.1186/1757-7241-18-24; 2-Souza AA, Mattar CA, Almeida PCC, Faiwichow L, Fernandes FS, A Neto EC, et al. Perfil epidemiológico dos pacientes internados na Unidade de Queimaduras do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo. Rev Bras Queimaduras. 2009;8(3):87-90.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1159

TÍTULO DO TRABALHO: Cirurgia micrográfica de Mohs - da cirurgia geral à atualidade

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANDY PETROIANU1; MATHEUS SEWASTJANOW SILVA1; KELLY RENATA SABINO2; CRISTINA SOFIA CANDIA BARRIENTOS2. 1. UFMG, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. SANTA CASA BH, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução:A cirurgia micrográfica de Mohs (CMM) é um tipo de cirurgia altamente eficaz, empregada para exérese de neoplasias cutâneas, especialmente carcinomas basocelulares de subtipos histológicos localmente agressivos, tumores recidivados ou localizados em regiões nobres. Apresenta elevados índices de cura e permite preservação tecidual.Criada em 1938 pelo cirurgião geral Frederick E. Mohs, a CMM é conduzida de tal forma que o estudo microscópico peroperatório do tecido extraído proporciona a exérese exata do tecido canceroso, preservando o máximo possível de tecido sadio.Objetivo:O objetivo deste trabalho é descrever e discutir as indicações, benefícios e limitações da CMM, além de mostrar ao público que a CMM não é feita apenas por dermatologistas, mas também por cirurgiões plásticos.Método:Para a construção deste trabalho foi feita revisão literária nas bases de dados PubMed e Google Scholar.Resultados: Observa-se que a CMM é um procedimento que exige amplo preparo profissional e técnico, sendo então um procedimento mais oneroso que a excisão cirúrgica simples.Por ser aplicada principalmente em áreas esteticamente importantes como pálpebra, nariz e lábios devido à sua vantagem de demandar menor taxa de ressecção, a CMM é em geral pouco invasiva, feita por cirurgião dermatológico, em regime ambulatorial, sob anestesia local. Contudo, casos em que a infiltração tumoral acaba sendo muito extensa ou chegando a acometer camadas mais profundas como periósteo, a habilidade de um cirurgião plástico passa a ser fundamental para a adequada reconstrução e fechamento da ferida.Conclusões: A CMM é uma excelente técnica para a exérese tumoral por permitir um melhor controle oncológico com o mínimo de dano. Apresenta a praticidade de não precisar ser feita sob anestesia geral, dispensando o bloco cirúrgico.Contudo, frente a um cenário de um tumor extenso, que demanda margens bem amplas, recomenda-se que os defeitos sejam reparados por cirurgião plástico, mais afeito às reconstruções que o cirurgião dermatologista, profissional que utiliza com mais frequência a CMM.Bibliografia:Almeida ACM, et al. Reconstrução em cirurgia micrográfica. Rev. Bras. Cir. Plást.2015;30(2):235-241van Loo E, et al. Surgical excision versus Mohs` micrographic surgery for basal cell carcinoma of the face: A randomised clinical trial with 10 year follow-up. Eur J Cancer 2014; 50:3011.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1046

TÍTULO DO TRABALHO: Cisto do arco branquial gigante e inflamado: um desafio diagnóstico

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ALEX DENADAI PIGOZZI DA SILVA1; GUSTAVO HENRIQUE DE ARAUJO2; RODRIGO DENADAI PIGOZZI DA SILVA3. 1. UNIVERSIDADE METROPOLITANA DE SANTOS, SANTOS - SP - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE SEVERINO SOMBRA, VASSOURAS - RJ - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE IGUAÇU, NOVA IGUAÇU - RJ - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO Os tumores císticos do pescoço são um desafio diagnóstico para o cirurgião. Embora a recidiva de cistos cervicais laterais infectados seja rotineiramente encontrada na prática clínica, o diagnóstico da etiologia subjacente é, muitas vezes, difícil e deve ser abordado com cautela. O objetivo deste estudo foi reportar um paciente adulto que foi encaminhado como um abscesso cervical recidivante com o intuito de salientar a necessidade de manter um diagnóstico diferencial amplo ao avaliar qualquer tumoração cervical recidivante.RELATO DE CASOPaciente do sexo feminino, 48 anos, apresentou-se com uma tumoração cervical esquerda há 3 anos. Durante os últimos 2 anos, ela foi submetida a múltiplas aspirações por agulhas associadas com antibióticos em diferentes unidades de atendimento. A lesão exibia redução de tamanho após cada drenagem e, em seguida, aumentava novamente. Nos últimos 6 meses, atingiu seu o maior tamanho, sendo encaminhada para nossa avaliação com a hipótese de um abscesso cervical recidivante. Ao exame, evidenciamos uma tumoração cervical eritematosa, quente e dolorosa ao longo da borda anterior do músculo esternocleidomastóideo, medindo o tamanho de uma bola de tênis. Exames citológicos e de cultura foram inconclusivos e negativos, respectivamente. Tomografia computadorizada revelou lesão cística cervical lateral esquerda. Após o diagnóstico pré-operatório de cisto do arco branquial gigante e inflamado, a paciente foi submetida a ressecção cirúrgica cuidadosa através de uma abordagem transcervical. A lesão foi completamente removida sem extravasamento do conteúdo e com preservação dos músculos e feixes neurovasculares. Não houve complicações no pós-operatório. A análise histopatológica diagnosticou um cisto do arco branquial sem evidência de infecção ou sinais de malignidade. A lesão foi caracterizada como um cisto do arco branquial (tipo II de acordo com a classificação de Bailey). O seguimento foi realizado por três anos, sem sinais de recidiva.CONCLUSÃONosso paciente sugere que a recidiva de uma tumoração cervical lateral deve alertar os médicos para a possibilidade de uma lesão congênita subjacente.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1220

TÍTULO DO TRABALHO: Coexistência de Carcinoma Basocelular e Hemangioma Cutâneo

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOSÉ MAURÍCIO CALDEIRA FILHO1; GUILHERME DE OLIVEIRA CUCOLICCHIO1; KLEBER NUNO DE SOUZA OLIVEIRA NETO2. 1. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL; 2. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Os hemangiomas são observados em 4-10% da população e representam o tumor mais comum da infância. Os caucasianos, mulheres (3: 1) e os prematuros com baixo peso ao nascer apresentam maior prevalência. O câncer de pele, não melanoma, é o mais frequente no Brasil e corresponde a 30% de todos os tumores malignos registrados no país. Apresenta altos percentuais de cura, se detectado precocemente. O tipo não-melanoma é o de maior incidência e menor mortalidade, segundo o INCA. Relato de Caso: Paciente O.F., 68 anos, sexo masculino, diagnosticado com hemangioma cutâneo gigante em face desde a infância, sem tratamento prévio ou acompanhamento médico, procura o serviço devido aparecimento de duas lesões, uma em orelha esquerda, região afetada pelo hemangioma, e outra em região infra-clavicular direita. Ao exame: lesão nodular perlácea, brilhante com bordos definidos e presença de teleangiectasias. Foi submetido a exérese de lesão com envio a anatomopatológico. Exame anatomopatológico de lesão em orelha esquerda evidenciando Carcinoma Basocelular (CBC) de subtipo histológico nodular com hemangioma capilar associado, com margens cirúrgicas livres, com acometimento de tecido subcutâneo, de alto risco patológico (segundo diretrizes NICE), estadiamento pT1. Exame anatomopatológico de lesão em região infra-clavicular direita: CBC de subtipo histológico nodular com margens cirúrgicas livres com invasão acometendo a derme reticular, de baixo risco patológico (segundo diretrizes NICE), estadiamento pT1. Manteve acompanhamento trimestral e evoluiu com o aparecimento de duas novas lesões em região de mento e V decote. Encontra-se em programação de nova abordagem para ressecção cirúrgica. Discussão: O presente relato evidencia a importância de acompanhamento rigoroso e a incidência rara da patologia devido o aparecimento de neoplasia maligna em área de hemangioma. Sendo encontrado apenas um caso publicado no PubMed em paciente com tratamento na infância para hemangioma com crioterapia e um relato de caso pela Universidade de TelAviv em que o paciente apresentava quadro de pênfigo vulgar e tratamento com corticoesteróides por 8 anos previamente ao aparecimento do CBC. Ambos apresentando fatores de risco para o surgimento de lesão carcinomatosa basocelular. A coexistência de CBC em hemangioma não irradiado é uma apresentação rara com poucos dados na literatura, sendo este o único encontrado sem fatores de risco prévios ao aparecimento da lesão neoplásica.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1620

TÍTULO DO TRABALHO: Comparação da taxa de reconstrução mamária pós-mastectomia entre um hospital privado do sul do Brasil e o sistema público de saúde brasileiro.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ISABEL CRIVELATTI1; ANA PAULA AFFONSO GOMES2; BRUNO BOLZON LAUDA1; RAYSSA RUSZKOWSKI DO AMARAL1; MAIRA CALEFFI2. 1. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL (PUCRS), PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 2. HOSPITAL MOINHOS DE VENTO DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A mastectomia (MTC) é uma abordagem cirúrgica mutilante, que gera um impacto psicológico na paciente. Por isso, há indicação de reconstrução mamária (RM) no mesmo tempo cirúrgico (imediata) ao da MTC ou, como segunda opção, em tempo diferente (tardia). A RM tornou-se lei em 2013, no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. No sistema público de saúde britânico foi publicado que há uma média de 3 MTC para 1 RM em 2008. No SUS brasileiro, no mesmo período, essa relação foi de 6 MTC para 1 RM. Idealmente, toda MTC deve ser seguida de RM, salvo situações em que a paciente é impossibilitada de realizá-la. Ainda que uma relação de 1:1 seja incompatível com a prática, pode-se considerar como um bom indicador para avaliar um serviço de saúde o quão perto de 1 essa relação se encontra. O objetivo dessa análise é comparar essa relação entre um hospital privado com o SUS brasileiros.Métodos: Foram analisadas variáveis como tipo de cirurgia e de RM (tardia e imediata) em populações tratadas em diferentes sistemas do país: um público e outro privado. Como centro público de saúde, foram usados dados de uma análise feita da população tratada no SUS entre os anos de 2008 e 2014 (Freitas-Júnior et al J Surg Oncol 2017). Como centro privado de saúde, os dados foram coletados do prontuário eletrônico de 558 pacientes tratadas no mesmo período em um hospital privado do sul do país. A análise dos dados foi feita com base na porcentagem dos dados de ambas as populações.Resultados: Verifica-se uma disparidade significativa entre o sistema público e o privado na relação MTC e RM. O SUS aparece com 7,5% e 14,3% das MTCs recebendo RM imediata e tardia, respectivamente. Já o hospital privado com 58% e 15,6%. O SUS teve 21,8% das MTCs recebendo algum tipo de RM, enquanto o hospital privado, 73,6% (pConclusão: Apesar do aumento na oferta de RM às pacientes submetidas à MTC no Brasil, esses números ainda demonstram que a população em geral tem menos acesso. Além disso, a RM tardia aparece como principal forma de reconstrução no SUS. Entre outras explicações, pode-se citar o fato de as pacientes levarem mais tempo entre o diagnóstico e o tratamento cirúrgico, o que lhes reserva um diagnóstico mais avançado, optando-se pela reconstrução tardia. Por isso, não só a lei dos 60 dias, que garante acesso ao tratamento num período máximo de 60 dias após o diagnóstico, quanto a atual lei da RM precisam ter sua execução fiscalizada.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 679

TÍTULO DO TRABALHO: Conhecimento de pacientes mastectomizadas acerca de aspectos da cirurgia de reconstrução mamária

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LUCAS DE MOURA PORTELA; ÉRICA BEZERRA DE ALMEIDA; MIKAELLE LOPES RODRIGUES; NARCÉLIO MENEZES SILVA FILHO; ANTÔNIO IGOR TAUMATURGO DIAS SOARES; PABLO AUGUSTO COELHO COSTA; JOSÉ JUVENAL LINHARES; FRANCISCO JARDAS SAMPAIO DE SOUSA. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, SOBRAL - CE - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Analisar o conhecimento de pacientes mastectomizadas sobre aspectos da cirurgia de reconstrução mamária, enfatizando a importância deste na decisão de realização de tal procedimento. Método: O presente estudo foi desenvolvido no setor de mastologia da Santa Casa de Misericórdia de Sobral ? CE. Foram entrevistadas 33 mulheres mastectomizadas, que passaram ou não por cirurgia de reconstrução mamária e que encontravam-se em seguimento clínico, no período de novembro de 2016 a dezembro de 2017. Foram aplicados questionários validados e assinado termo de consentimento esclarecido. Resultados: Quando se considera a assistência integral à saúde da mulher, a reconstrução mamária aparece como parte do tratamento para o câncer de mama; sendo necessário conhecimento a respeito dos seus possíveis benefícios e complicações, para optar-se ou não por sua realização. No presente estudo, foram questionados alguns aspectos relacionados a esse procedimento. Considerando que S: sim, N: não, NS: não sei e NR: não responderam, as pacientes posicionaram-se da seguinte forma sobre os seguintes aspectos: pode ser feito no mesmo momento da cirurgia de câncer ou depois, S(60,6%), N(9,1%), NS(27,3%), NR(3%); oferece volume e simetria entre as mamas, S(51,5%), N(15,2%), NS(30,3%), NR(3%); pode fazer o câncer de mama voltar, S(18,2%), N(30,3%), NS(48,5%), NR(3%); pode mascarar a recorrência do câncer, S(27,3%), N(27,3%), NS(42,4%), NR(3%). Conclusões: A pesquisa revelou uma quantidade expressiva de mulheres com incertezas a respeito do procedimento de reconstrução mamária e demais aspectos relacionados. Desse modo, para que haja maior confiança nesse procedimento cirúrgico e este atue como aliado na recuperação dessas pacientes é preciso orientação adequada e compreensão acerca do tema de modo com que se forneça um embasamento para seus comportamentos e atitudes perante tal decisão. Bibliografia: SOUZA, Ângela Maria Fausto, VIEIRA, Roberto José da Silva, FONTOURA, Helena Amaral da. A prática da reconstrução mamária no universo psicoafetivo da mulher mastectomizada. Rev Bras Mastologia, RJ. 21(4):153-156. Abr 2012. Câncer de mama: é preciso falar disso / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. ? 3. ed. ? Rio de Janeiro: Inca, 2015.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 303

TÍTULO DO TRABALHO: Corpo Adiposo Bucal: Aspectos Anátomo-Morfométricos e Relações Cirúrgicas

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GUSTAVO JOSÉ SILVA SANCHEZ; RAFAELA MIHO YTO; JAVÉ OLIVEIRA VALDEVIÑO; ROGERIO PORTO DA ROCHA DE OLIVEIRA. CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo Nos últimos anos, o corpo adiposo bucal (CAB) vem ganhando um papel de destaque em diversos campos cirúrgicos, dentre eles, o da cirurgia plástica. Se o CAB era considerado outrora apenas como tecido de preenchimento, atualmente possui grande importância no campo da estética e reconstrução facial. Considerando a relevância da anatomia na área cirúrgica, este estudo tem como objetivo revisar as características anátomo-morfométricas do CAB. Métodos O presente estudo trata-se de uma revisão de literatura realizada a partir da busca de publicações indexadas nas bases de dados Lilacs, Scielo e Medical Literature and Retrivial System Online (Medline), esta última através da interface PubMed. Através das opções de busca avançada, foram selecionados trabalhos publicados nos últimos cinco (5) anos (2012 a 2017) além daqueles considerados clássicos dentro do tema, independente do idioma e país de origem. Foram incluídos na presente revisão os trabalhos que descreviam as relações anatômicas e os aspectos morfométricos e cirúrgicos do CAB em humanos de todas as idades. Resultados Foram encontrados 168 artigos dos quais 41 compuseram o presente estudo. O CAB consiste em uma massa especializada de tecido adiposolocalizado na região do espaço mastigatório. Ele é descrito na literatura como uma estrutura composta por um corpo central, no qual se originam diversas extensões. Entretanto, a anatomia espacial destas extensões é complexa, não havendo um consenso na literatura quanto ao número e a localização das mesmas, tampouco, uma nomenclatura consistente. Conclusões É necessário que novos estudos sejam realizados para um melhor entendimento anátomo-cirúrgico do CAB, devido às suas complexas relações anatômicas e ausência de um consenso, principalmente ao que se refere a presença e localização de suas extensões. Bibliografia (1) Khiabani K, et al. Buccal Fat Pad lifting: An alternative technique for malar augmentation. J Oral Maxillofac Surg. 2014. (2) Guryanov R A, Gurianonv A S. CT anatomy of buccal fat pad and its role in volumetric alterations of face. The International Archieves of the Photogrammetry, Remote Sensing and Spatial Information Sciences. 2015. (3) Mohan M, Shetty T, Gupta P. Buccal fat pad. Archieves of Dental and Medical Research. 2015. (4) Tibi M. La Boule de Bichat et ses utilisations en chirurgie orale. Human health and pathology. 2013.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 579

TÍTULO DO TRABALHO: Correlação entre limitações pós-mastectomia e decisão para realizar reconstrução mamária

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOSÉ DE ARIMATÉA DO NASCIMENTO JÚNIOR1; NARCÉLIO MENEZES SILVA FILHO1; MIKAELLE LOPES RODRIGUES1; EMANUEL DO NASCIMENTO SILVA1; KAROLINE KUSTER VALTER1; WANESSA RIBEIRO DE OLIVEIRA1; JOSÉ JUVENAL LINHARES1; FRANCISCO JARDAS SAMPAIO DE SOUSA2. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, SOBRAL - CE - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Avaliar a correlação entre a presença de limitações após a realização de mastectomia com a decisão de realizar ou não a cirurgia reconstrutiva. Método: Este estudo foi desenvolvido no setor de mastologia da Santa Casa de Misericórdia de Sobral - CE. Foram entrevistadas mulheres mastectomizadas, atendidas por esse serviço e em acompanhamento médico, que realizam ou não a cirurgia de reconstrução mamária. Foram abordadas 33 pacientes no período de novembro de 2016 a janeiro de 2017. Foi assinado termo de consentimento e as informações processadas em formulários de coleta de dados validados, sendo a qualidade de vida aferida através do questionário WHO-QOL bref. Resultados: Do total de 33 pacientes entrevistadas, 24 (72,7%) afirmaram não possuir limitação física ou problemas de saúde que as impedissem de realizar a cirurgia reconstrutiva, de modo que 6 destas pacientes realizaram a reconstrução e 18 não a fizeram. Ademais, 6 pacientes (18,18%) afirmaram possuir algum tipo de limitação para a cirurgia reconstrutiva, de maneira que todas essas optaram pela não realização do procedimento. Já outras 3 pacientes (9,1%) demonstraram desconhecer a presença de alguma limitação ou problema de saúde, sendo que 1 realizou a reconstrução e 2 não a fizeram. Conclusões: Diante do exposto, conclui-se que grande parte das pacientes mastectomizadas afirmaram não possuir limitação para a realização da cirurgia reconstrutiva, muito embora a maior parcela dessas pacientes sem problemas de saúde optaram pela não realização do procedimento. Com base nesses dados, algumas hipóteses podem ser suscitadas, como o desconhecimento sobre a cirurgia reconstrutiva ou mesmo o desgaste físico e emocional decorrente do processo de adoecimento, o que requer novas abordagens na divulgação da possibilidade de reconstrução mamária pela mídia e pelos profissionais de saúde. Além disso, todas as pacientes que afirmaram possuir algum tipo de limitação não realizaram a reconstrução, o que pode ser em virtude de receio de mais complicações. Bibliografia: BEZERRA, Karla Barros et al. Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama em uma cidade do nordeste do Brasil. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 18, n. 7, p. 1933-1941, July 2013

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 575

TÍTULO DO TRABALHO: Correlação entre uso de terapias adjuvantes na decisão de realizar ou não a reconstrução mamária em pacientes mastectomizadas

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: KAROLINE KUSTER VALTER1; EMANUEL DO NASCIMENTO SILVA1; MIKAELLE LOPES RODRIGUES1; ANTÔNIO IGOR TAUMATURGO DIAS SOARES1; JOSÉ DE ARIMATÉA DO NASCIMENTO JÚNIOR1; WANESSA RIBEIRO DE OLIVEIRA1; FRANCISCO JARDAS SAMPAIO DE SOUSA2; JOSÉ JUVENAL LINHARES1. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, SOBRAL - CE - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Avaliar a relação entre o uso de terapias adjuvantes por mulheres mastectomizadas com a decisão de realizar ou não a cirurgia reconstrutiva. Método: Este estudo foi desenvolvido no setor de mastologia da Santa Casa de Misericórdia de Sobral - CE. Foram entrevistadas mulheres mastectomizadas, em acompanhamento médico, que realizaram ou não a cirurgia de reconstrução mamária. Foram abordadas 33 pacientes no período de novembro de 2016 a janeiro de 2017. Foi assinado termo de consentimento e as informações processadas em formulários validados. Resultados: Do total de 33 pacientes, 18 (54,54%) afirmaram ter realizado quimioterapia e radioterapia, das quais 3 fizeram a cirurgia reconstrutiva e 15 optaram pela não realização. Outras 11 pacientes (33,33%) realizaram apenas quimioterapia, das quais 4 fizeram a reconstrução e 7 não realizaram o procedimento. Além disso, 4 pacientes (12,12%) afirmaram não ter utilizado terapia adjuvante, sendo que todas também não realizaram a cirurgia reconstrutiva. Em termos proporcionais, percebe-se que pacientes que fizeram uso apenas de quimioterapia realizaram um maior percentual de cirurgias reconstrutivas, um total de 36,36%, ao passo que as pacientes que fizeram uso de quimioterapia associada à radioterapia realizaram um menor percentual de reconstrução, 16,67%. Conclusões: Diante do exposto, conclui-se que a maior parte das pacientes mastectomizadas fizeram uso de terapias adjuvantes, sobretudo a quimioterapia associada à radioterapia. Além disso, os dados obtidos permitem inferir que, para a amostra em questão, o uso de quimioterapia isolada está associado à maior adesão para a realização da cirurgia reconstrutiva quando comparada à combinação entre quimioterapia e radioterapia. Bibliografia: BEZERRA, Karla Barros, et al. Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama em uma cidade do nordeste do Brasil. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 18, n. 7, p. 1933-1941, July 2013.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1738

TÍTULO DO TRABALHO: Curativo de Pressão Negativa no Tratamento de Ferida Traumática de Alta Complexidade

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOSÉ MAURÍCIO CALDEIRA FILHO1; GUILHERME DE OLIVEIRA CUCOLICCHIO1; LUCIANA APARECIDA MASCHIO1; CARLOS EDUARDO GRASSI MAZZETTO2; MARIA FERNANDA MARTINELLI TRABULSI1; KLEBER NUNO DE SOUZA OLIVEIRA NETO1; ANDREIA AUGUSTA FURUKAWA OKUDA3. 1. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL; 2. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO JOSE DO RIO PRETO, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL; 3. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O uso do curativo sob pressão negativa tem sido amplamente utilizado em todo o mundo como opção de tratamento em feridas complexas. São diversos os mecanismos de ação da pressão negativa utilizada no auxilio da a evolução da ferida como: redução do edema local, aproximação das bordas da ferida, melhora do fluxo sanguíneo, remoção do exsudato local e otimização na redução da colonização bacteriana.Existem estudos na literatura que correlacionam o uso do curativo a pressão negativa a diminuição da morbidade dos pacientes tendo a otimização no tempo de evolução como um dos principais fatores.Relato de Caso: Paciente I.D.S., 30 anos, sexo feminino, deu entrada no pronto-socorro vítima de atropelamento encaminhada pelo SAMU com colar e prancha. Apresentava ferimento extenso com perda de substância em região glútea e acometimento de região anal.Foi submetida a abordagem cirúrgica para reconstrução de glúteo com rotação de retalho e pontos de ancoragem para sustentação, reconstrução da musculatura de esfíncter anal mais assoalho pélvico e colostomia. Paciente admitida em UTI no POI, aonde permaneceu em uso de Meronem e Vancomicina.A ferida operatória evoluiu com necrose de bordas, sendo realizado curativo local com papaína 10% até fase de delimitação de área necrótica por 4 dias, e realizado debridamento local com instalação de curativo com espuma estéril e vácuo sob pressão negativa. A paciente permaneceu com curativo a vácuo por 31 dias com troca do mesmo a cada 4 dias. E após esse período foi submetida a enxerto cutâneo local com alta hospital após 47 dias de internação. Conclusão: Esse relato de caso tem como objetivo evidênciar a utilização do curativo sob pressão negativa e sua otimização no tempo de evolução de feridas extensas com perda de substância como terapia de escolha, assegurando assim uma melhor integração do enxerto de pele. Os resultados obtidos foram satisfatórios, diminuindo a morbidade, o tempo de cicatrização dessas lesões e o tempo de internação hospitalar.

CODIGO DO TRABALHO: 380

TÍTULO DO TRABALHO: DESINSERÇÃO DO TENDÃO CANTAL LATERAL CORRIGIDA COM CANTOPEXIA LATERAL TRANSCONJUTIVAL: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: STEFANY GOUDZENKO HERNANDEZ1; FELIPPE GRISARD1; FELIPE OLIVEIRA DUARTE2. 1. UNISUL, FLORIANÓPOLIS - SC - BRASIL; 2. POLIGENE CLÍNICA MÉDICA, FLORIANÓPOLIS - SC - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO O fechamento da fissura palpebral não depende apenas da função normal de nervos e músculos orbiculares,mas também da ancoragem firme dos tend?es mediais e laterais.A desinserção do ligamento cantal lateral pode ser consequência de uma degeneração exagerada das estruturas ligamentares periorbitais no envelhecimento,assim como uma complicação da síndrome blefarocalásio.Esta síndrome se caracteriza por casos agudos e recorrentes de edema periorbitário,levando a alteraç?es anatômicas e funcionais e consequente relaxamento dos tecidos palpebrais,que determinam diversas sequelas das estruturas periorbitais,dentre elas a desinserção do ligamento cantal lateral.O comprometimento desde tendão define um encurtamento da fissura palpebral e arredondamento dos olhos.Existem diversas técnicas para posicionar o canto externo palpebral,desde pontos simples de fixação até os retalhos de tarso e periósteo.Nestas técnicas,o ligamento cantal lateral é supenso ou reinserido na altura do tubérculo de Whtnall,na face interna do bordo orbital.RELATO DE CASOQueixa de dificuldade de enxergar por obstrução do campo visual pelas pálpebras.A oclusão parcial do campo visual ocorreu gradualmente nos últimos 10 anos,sendo há 10 anos no olho direito e há 5 anos no olho esquerdo.Ao exame físico observou-se desinserção biateral dos ligamentos cantais superiores e inferiores e ptose palpebral por desinserção do músculo elevador da pálpebra superior.Realizada a cirurgia de reinserção dos ligamentos cantais laterais e correção da ptose palpebral.A técnica cirúrgica consistiu em:anestesia local com xilocaína 2% na região das pálpebras superiores e inferiores.Incisão cirúrgica nos cantos laterais,dissecção do ligamento cantal superior e inferior e fixação destes no periósteo da borda lateral da órbita com nylon 4.0.Fechamento cutâneo com nylon 5.0,pontos simples.Incisão cutânea na pálpebra superior a 1 cm da borda ciliar, abertura músculo orbicular, abertura do septo, dissecção do músculo elevador da pálpebra superior, que estava desinserido no tarso.Fixação do músculo elevador do tarso com nylon 5.0.Sutura cutânea com nylon 5.0 com pontos intradérmicos.No setimo dia de pós operatório foi retirado os pontos, observou-se melhora completa do campo visual após a realização do procedimento cirúrgico.CONCLUSÃOEste caso demonstra a importância dos ligametos cantais laterais superiores e inferiores na estabilidade da fenda palpebral e do adequado posicionamento da pálpebra ferior.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 931

TÍTULO DO TRABALHO: Emprego do Retalho Ântero-Lateral Cross Leg na reconstrução de uma lesão de panturrilha: um relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOSÉ DE ARIMATÉA DO NASCIMENTO JÚNIOR; KAROLINE KUSTER VALTER; MIKAELLE LOPES RODRIGUES; WANESSA RIBEIRO DE OLIVEIRA; LUCAS DE MOURA PORTELA; TAINÁ SANTOS DE SOUSA; ANTONIO AGOSTINHO MOURA. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, SOBRAL - CE - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: As regiões distais dos membros inferiores são muito sensíveis a lesões, e nesse contexto, a região anterior da tíbia apresenta maior susceptibilidade ainda devido ao pouco tecido protetor existente nesse local e a grande exposição de tendões e nervos quando lesionada. O objetivo do presente estudo é através de um relato de caso, reforçar o emprego, a viabilidade técnica e o resultado do uso de retalho Cross Leg na reconstrução de lesões de membros inferiores.O presente caso representa uma ferida distal em membro inferior decorrente de choque elétrico.Relato de caso: O paciente F.E.R.S.,26 anos,procedente de Itarema-Ceará,vítima de choque elétrico e lesão por queda, quando ao conduzir sua moto passou por cima de um fio de alta tensão, deu entrada na Santa Casa de Misericórdia-CE,com lesões distais em ambos os membros inferiores, para realização de procedimento cirúrgico na presente data: 03 de janeiro de 2017.Para que o procedimento fosse bem sucedido foi necessário um preparo cuidadoso dos vasos receptores com boa incisão e dissecção dos mesmos.A técnica de cross leg microcirúrgico ocorre do seguinte modo: o preparo dos vasos receptores envolve a incisão e dissecção dos vasos.Após isso,o retalho Ântero-Lateral é dissecado do sítio doador e fixado no leito receptor posicionando-se o pedículo próximo aos vasos receptores do membro contralateral.O restabelecimento da circulação se dá através da anastomose vascular do tipo término-terminal da artéria e veia tibiais posteriores do membro contralateral,sendo assim qualquer tensão deve ser evitada na linha de sutura.Além disso, para evitar dissecção e trombose do pedículo vascular, este é coberto com retalho local de pele.Para imobilização os dois membros são cruzados e imobilizados por fixação externa rígida entre o fêmur e a tíbia distal de ambos os membros, impedindo qualquer movimento.[1] Conclusões: O presente relato demonstrou,assim como a atual literatura vigente, que a utilização do retalho antero-lateral da coxa,Cross Leg microcirúrgico, é uma possível solução para grandes defeitos nos membros inferiores. Além disso,conforme observado nesse caso,é capaz de fornecer boa viabilidade estética e funcional, possuindo aplicabilidade especialmente nos casos em que não existem vasos receptores adequados no membro afetado e quando o enxerto de veia não é possível.Bibliografia: REISLER, Tom, et al. Revisiting the Fasciocutaneous Perforator Cross-Leg Flap. www.ePlasty.com, Interesting Case, April 28, 2016

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1053

TÍTULO DO TRABALHO: Endometriose Cutânea Espontânea: Um Desafio Diagnóstico

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ALEX DENADAI PIGOZZI DA SILVA1; KARIN MILLENI DE ARAUJO2; RODRIGO DENADAI PIGOZZI DA SILVA3. 1. UNIVERSIDADE METROPOLITANA DE SANTOS, SANTOS - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL MUNICIPAL WALTER FERRARI, JAGUARIUNA - SP - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE IGUAÇU, NOVA IGUAÇU - RJ - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOA endometriose é tipicamente confinada aos órgãos pélvicos e abdominais. Ademais, relatos de endometriose envolvendo locais distantes, incluindo pulmão, cérebro ou pele (após cirurgias) têm sido esporadicamente descritos. Interessantemente, a endometriose cutânea espontânea (não relacionadas a cirurgias) é extremamente rara. O objetivo deste estudo foi relatar duas pacientes com endometriose cutânea espontânea, enfatizando a importância do diagnóstico diferencial de lesões cutâneas.RELATO DE CASOA primeira paciente (25 anos; nulípara; períodos menstruais regulares ??e indolores) apresentou um nódulo umbilical sólido, purpúrico e indolor há 2 anos. A segunda paciente (55 anos; 1 parto vaginal; sintomas pós-menopáusicos tratados com estrogênio 625 mg/dia há 14 meses) apresentou um nódulo sólido, purpúrico e indolor na parede torácica lateral esquerda há 9 meses. Ambas pacientes negaram antecedentes cirúrgicos/traumáticos e haviam sido avaliadas por diferentes médicos, sem que o diagnóstico fosse confirmado. Como o câncer cutâneo (primário ou metastático) estava entre as possibilidades diagnósticas aventadas (hematoma organizado, granuloma ou tumores vasculares), ambas as lesões foram excisadas com margens cirúrgicas de segurança. As análises microscópicas foram compatíveis com endometriose, sem sinais de malignidade. Ambas pacientes foram diagnosticadas com endometriose cutânea espontânea e o seguimento pós-operatório (10 e 18 meses, respectivamente) não revelou sinais de recidiva.CONCLUSÃOÉ importante que os médicos que lidam com lesões cutâneas coloquem a endometriose entre os diagnósticos diferenciais de mulheres com nodulações cutâneas palpáveis. Um alto índice de suspeita clínica, com história clínica e exame físico cuidadosos, é essencial para fazer o diagnóstico correto e descartar outras condições mais comuns. Exérese cirúrgica com margens de segurança de 2 milímetros é indicada para prevenir recidiva. Avaliação histopatológica é de suma importância, pois oferece o diagnóstico definitivo (presença de estroma e glândulas endometriais) e exclui malignidade.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1275

TÍTULO DO TRABALHO: ENSINO CIRÚRGICO PARA ACADÊMICOS: SIMULAÇÃO EM ENXERTOS E RETALHOS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GABRIELA FREO1; PAULA GIRELLI2; LETICIA MANOEL DEBON2; KARINA MENEGUZZI2; FELIPE LARANJEIRA2; RENATO FRANZ MATTA RAMOS2; CARLOS UEBEL2; JEFFERSON LUIS BRAGA SILVA2. 1. UFCSPA, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 2. PUCRS, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:
ObjetivoO processo de ensino cirúrgico na medicina geralmente ocorre pelo conhecimento teórico seguido pela observação do ato cirúrgico. Entretanto, sabe-se que esse método não atinge o nível necessário de aprendizado acadêmico de medicina na prática cirúrgica.Neste contexto, o "Curso Básico de Técnica Cirúrgica em Cirurgia Plástica: Enxertos e Retalhos" promovido pela Liga de Cirurgia Plástica da PUC-RS surgiu com o intuito de complementar a formação acadêmica, contemplando noções básicas sobre os enxertos e retalhos mais utilizados em Cirurgia Plástica, bem como o treinamento técnico de cada procedimento. Assim, o curso objetiva alterar a percepção do aluno para as especialidades cirúrgicas.Método O curso é separado em duas fases; no primeiro dia é ministrada uma aula teórica de 90 minutos que aborda os tipos de técnicas de enxertos e retalhos, suas indicações e limitações, sendo fornecido um manual teórico com texto e ilustrações sobre os retalhos em questão.No segundo dia, é aplicado o treinamento prático dividido em quatro estações. Em cada etapa há dois monitores membros da Liga de Cirurgia Plástica para o ensino de um tipo de retalho.Utilizou-se como material: pedaços de pele suína fresca com rico subcutâneo anexado de 10x10x3cm ? ideal para possibilitar a rotação do retalho-, plataformas rígidas, alfinetes, portas agulhas, bisturi montado com lâmina nº22, pinças dente de rato, tesouras, 1 fio de mononylon 4-0, palito, azul de metileno, régua e compasso.ResultadosO modelo de treinamento utiliza a pele suína por ausência de risco de infecção; facilidade de acesso ao material, já que dispensa a doação com termo de consentimento; além do baixo custo. É documentado que uma experiência de um dia de treinamento pode alterar a percepção e a preferência de um aluno por uma especialidade cirúrgica. Ressaltamos que o contato prático favoreceu a compreensão da aplicabilidade das técnicas, as quais seriam insuficientes se ensinadas apenas em aula teórica. Conclusões Dada a positiva repercussão do curso aqui descrito, sugerimos a experiência para todos os centros de graduação em medicina, como forma de aproximar o aluno da especialidade plástica e de adquirir conhecimento cirúrgico teórico e prático.BibliografiaPurim KSM, Santos LDS, Murara GT, et al. Avaliação de treinamento cirúrgico na graduação de medicina. Rev Col Bras Cir. [on-line] 2013;40(2). Khatib M, Soukup B, Boughton O, et al. Plastic Surgery Undergraduate Training. Aesth Plast Surg. 2014;00:1-5.

CODIGO DO TRABALHO: 1002

TÍTULO DO TRABALHO: Esteatocistoma simples simulando cistos cutâneos comuns em paciente pediátrico: um desafio diagnóstico

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RODRIGO DENADAI PIGOZZI DA SILVA1; KARIN MILLENI DE ARAUJO2; ALEX DENADAI PIGOZZI DA SILVA3. 1. UNIVERSIDADE IGUAÇU, NOVA IGUAÇU - RJ - BRASIL; 2. HOSPITAL MUNICIPAL WALTER FERRARI, JAGUARIUNA - SP - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE METROPOLITANA DE SANTOS, SANTOS - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOO esteatocistoma simples é uma má formação nevóide da zona de junção do ducto pilossebáceo, extremamente rara e benigna. É uma forma solitária, histopatologicamente idêntica ao esteatocistoma múltiplo. O objetivo do presente estudo é reportar uma criança com esteatocistoma simples diagnosticada erroneamente e subtratada como cisto sebáceo por pediatras e diagnosticada erroneamente como cisto dermóide por nós.RELATO DE CASOPaciente feminina, 4 anos, com nodulação em sobrancelha esquerda há 16 meses. Pediatras a diagnosticaram com cisto sebáceo; devido insucesso terapêutico (2 drenagens cirúrgicas e antibioticoterapia), ela foi referenciada para nossa unidade. Nosso exame físico revelou uma lesão subcutânea macia, móvel e indolor. Mediante diagnóstico presuntivo de cisto dermóide, realizamos a excisão de um cisto de parede fibrosa repleto de líquido oleoso amarelado e sem invasão dos tecidos adjacentes. Exame histopatológico compatível com esteatocistoma. Como tratava-se de lesão única, o diagnóstico foi de esteatocistoma simples. Nenhum sinal de recidiva ou aparecimento de lesões císticas foi observado durante cinco anos de seguimento.CONCLUSÃOCasos de esteatocistoma simples diagnosticados erroneamente como cisto sebáceo, cisto dermóide ou cisto epidérmico têm sido reportados na literatura. Tais erros diagnósticos podem, provavelmente, estar associado à raridade da lesão, desconhecimento médico acerca desta condição, anamnese e exame físico inadequados e não elaboração de um amplo espectro de hipóteses diagnósticas diferenciais. Além disso, com a disponibilidade cada vez mais expressiva de técnicas diagnósticas laboratoriais e de imagem avançadas, alguns médicos têm a tendência de confiar mais na tecnologia do que na história, exame físico e julgamento clínico. Essa situação é relevante em diferentes cenários clínicos, incluindo nesse caso, uma vez que não há história clínica específica ou critérios laboratoriais/radiológicos que possam auxiliar o diagnostico. Os médicos devem, portanto, estar cientes da possibilidade do esteatoscistoma simples poder mimetizar císticos cutâneos frequentes e, portanto, considerá-lo no diagnóstico diferencial de qualquer paciente pediátrico com lesões císticas faciais. Nesses casos, a excisão cirúrgica é diagnostica (glândula sebácea com parede cística é uma característica histopatológica patognomônica) e terapêutica (remoção cirúrgica da parede do cisto intacta é curativa e evita recidiva).

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2465

TÍTULO DO TRABALHO: Estratégias na reconstrução de perdas cutâneas em membros inferiores pós-traumas

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MIRNA KARINE DE BRITO MELO ESCÓRCIO1; MARIA CLARA CHAVES MONTEIRO2; DÉBORA SARA NEVES LIMA3; RAIMUNDO NONATO VAZ DE SOUSA FILHO4; ISADORA MARIA MATIAS BATISTA1; DAVI BRAGA DE CARVALHO4; LEONARDO FORTES GOMES4; JOÃO ESTEVAM DA ROCHA FONSECA NETO4; CAIO ALCOBAÇA MARCONDES5; PAULO AFONSO DE OLIVEIRA RIBEIRO4; ALESSANDRA MARIA CERQUEIRA DE SOUSA5. 1. UNINOVAFAPI, TERESINA - PI - BRASIL; 2. UNINIVAFAPI, TERESINA - PI - BRASIL; 3. UNINIVAFAPI, TERESINA - ES - BRASIL; 4. FACID, TERESINA - PI - BRASIL; 5. UESPI, TERESINA - PI - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Nos últimos 30 anos, avanços na cirurgia reconstrutora, como o reconhecimento e a utilização de retalhos pediculados fasciocutâneos têm ampliado o arsenal terapêutico do cirurgião plástico e evoluído no tratamento das lesões traumáticas. A escassez de tecidos moles e pele delgada, levam a grande dificuldade no tratamento de lesões de partes moles nessa localização e a reconstrução de defeitos de partes moles no terço inferior da perna, tornozelo, calcanhar e pé é um desafio à cirurgia plástica reconstrutora. O retalho sural reverso é uma boa opção para esses casos. Apresenta maior arco de rotação, não atinge artérias importantes, sendo utilizado como uma alternativa à microcirurgia. A técnica é simples e o dano na área doadora, mínimo. O retalho do músculo gastrocnêmio medial, é conhecido pela sua confiabilidade na reconstrução dos membros inferiores. As vantagens do retalho são a presença de um pedículo vascular constante, seguro e confiável. O retalho plantar medial é baseado na artéria plantar medial e consiste em um retalho fasciocutâneo usando pele do arco plantar do pé, tecido ideal para cobertura de defeitos da região do calcâneo pela sua semelhança estrutural. A inervação desse retalho é preservada, o que confere sensibilidade, fator este de proteção do mesmo. OBJETIVO: Demonstrar diferentes técnicas de reconstrução de membros inferiores com perda cutâneas pós-trauma. MÉTODO: Foi realizado um estudo clínico prospectivo no período de abril de 2016 a janeiro de 2017 de uma série de casos de reconstrução de membros inferiores pós-trauma. Foram realizados 12 reconstruções no Hospital Getúlio Vargas, Teresina-PI. Na casuística estudada, 75% dos pacientes eram do sexo masculino, a idade variou dos 18 aos 52 anos, quanto a etiologia, o acidente moto ciclístico foi a principal causa dos traumas. RESULTADO: Foram realizados 12 reconstruções de membros inferiores, sendo 08 pacientes submetidos a enxerto de pele, pois não apresentavam exposição de estruturas nobres e 04 retalhos (01 retalho gastrocnemio, 01 retalho fasciocutâneo, 01 retalho plantar medial e 01 retalho sural reverso). Não houve complicações no pós-operatório e todos os pacientes tiveram uma boa cobertura dos defeitos. CONCLUSÃO: Como princípio básico que deve nortear qualquer tipo de cirurgia plástica, deve-se optar, sempre que possível, pelos procedimentos mais simples, desde que eficazes e seguros.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1455

TÍTULO DO TRABALHO: Estudo Anátomo-Morfométricos do Corpo Adiposo Bucal de importância para Cirurgia Plástica Estética

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JAVÉ OLIVEIRA VALDEVIÑO; RAFAELA MIHO YTO; GUSTAVO JOSÉ SILVA SANCHEZ; CRISTIANO CIRQUEIRA DE SOUZA; ROGERIO PORTO DA ROCHA DE OLIVEIRA. CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo O corpo adiposo bucal (CAB) vem ganhando destaque na cirurgia plástica, tanto no campo estético quanto na reconstrução facial. Neste contexto, este estudo tem como objetivo revisar as características anátomo-morfométricas encontradas na literatura acerca da extensão bucal ? a mais utilizada nas cirurgias ? comparando-as com dados obtidos em hemifaces de cadáveres da instituição. Método No presente estudo experimental realizado no Laboratório de Anatomia da instituição, vinte hemifaces de cadáveres adultos com faixa etária entre 30-50 anos de idade foram dissecadas a partir de uma incisão pré-auricular desde o arco zigomático até o ângulo da mandíbula e um prolongamento até o mento, seguindo a margem inferior da mandíbula. Rebateu-se a pele e a dissecção foi aprofundada a partir do plano dos mm. da mímica facial na região triangular cujos vértices são: (A) Comissura labial; (B) Art. zigomático-maxilar; (C) Fossa piriforme. Isolou-se a a. e v. faciais e os mm. masseter, elevador do lábio superior, elevador do ângulo da boca e os zigomáticos. Evidenciou-se, assim, o prolongamento bucal e o corpo do CAB. As dissecções foram realizadas pelo mesmo avaliador. A discussão foi embasada a partir da comparação com publicações indexadas nas bases de dados Lilacs, Scielo e Medline. Foram selecionados trabalhos publicados entre 2012 e 2017, além daqueles considerados clássicos dentro do tema, independente do idioma e país de origem. Foram incluídos os trabalhos que descreviam as relações anatômicas e os aspectos morfométricos e cirúrgicos do CAB em humanos. Resultados Os resultados obtidos neste estudo são concordantes com a literatura. O CAB consiste em uma massa especializada de tecido adiposo localizado no espaço mastigatório. A extensão bucal corresponde a maior parte de seu volume, sendo a mais superficial das extensões e estando situada na porção inferior do lobo posterior do corpo do CAB. Localiza-se inferiormente ao zigoma e ducto parotídeo, e anteriormente ao r. da mandíbula, circundado os mm. pterigoide medial e masseter. Conclusões É necessário que novos estudos sejam realizados para um melhor entendimento anátomo-cirúrgico do CAB, devido às suas complexas relações anatômicas e ausência de um consenso. Bibliografia (1) Tibi M. La Boule de Bichat et ses utilisations en chirurgie orale. Human health and pathology. 2013. (2) Khiabani K, et al. Buccal Fat Pad lifting: An alternative technique for malar augmentation. J Oral Maxillofac Surg. 2014.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1172

TÍTULO DO TRABALHO: ESTUDO RETROSPECTIVO DE RECIDIVA DE CICATRIZ QUELOIDIANA APÓS RESSECÇÃO CIRÚRGICA E BETA TERAPIA NO HOSPITAL DE ENSINO PADRE ANCHIETA EM SÃO BERNARDO DO CAMPO, SP.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GERSON VILHENA PEREIRA FILHO; VICTOR HUGO LARA CARDOSO DE SÁ; BEATRICE MARTINEZ ZUGAIB ABDALLA; GABRIELA ANZAI PAVONI. FACULDADE DE MEDICINA DO ABC, SANTO ANDRÉ - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Quelóide é uma desordem fibroproliferativa da derme, consequente a traumatismos e inflamações. Sua prevalência é igual entre homens e mulheres, é descrita principalmente entre os 10 e 30 anos, e é mais frequente entre negros, hispânicos e asiáticos. Não existe consenso sobre o melhor tratamento, e o uso da radioterapia permanece controverso. Esse tratamento visa a remoção cirúrgica do quelóide e pode ser feito com radioterapia superficial, banho de elétrons e braquiterapia. As complicações do tratamento podem ser eritema, alteração de pigmentação e atrofia. OBJETIVO: Avaliar retrospectivamente a recidiva de quelóide em pacientes submetidos a ressecção seguidos ou não de betaterapia no Hospital Ensino Padre Anchieta. METODOLOGIA: Avaliação retrospectiva desses prontuários, desde 2002 até 2012. Foram avaliados qualitativamente dados epidemiológicos, a recidiva do quelóide e a presença de tratamentos adjuvantes. RESULTADOS: Foram avaliados 74 pacientes, com idade média de 25,57 anos. 62,50% foram tratados com ressecção total e betaterapia. Cerca de 40% dos casos totais recidivaram. Os tratamentos feitos sem betaterapia apresentaram recidivas em 9,72% dos pacientes. As recidivas tiveram como tratamento: infiltração de corticoide intralesional, ressecções associadas ou não à betaterapia, placa de silicone, compressão local e corticóide tópico. DISCUSSÃO: O tratamento sem betaterapia apresentou menos recidivas. Entretanto, a amostra total para tratamento com betaterapia era mais extensa do que a amostra sem betaterapia. A taxa de recorrência do queloide foi de aproximadamente 40%, apresentando um valor maior do que a literatura. Não foi possível analisar a eficácia dos tratamentos das recidivas, devido à falta de adesão dos pacientes. Não foram encontrados dados efetivos que comprovem a eficácia específica para cada tipo de tratamento dos quelóides. CONCLUSÃO: No presente estudo, foram avaliados 74 pacientes submetidos a ressecção de cicatrizes queloideanas e foi observado um índice de recidiva (38,89%) após a ressecção, levando em consideração todos os tratamentos ofertados aos pacientes.

CODIGO DO TRABALHO: 520

TÍTULO DO TRABALHO: Evolução da mortalidade por neoplasias malignas de pele no período de 2012 a 2016, no município de João Pessoa-PB.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: HOMERO MEDEIROS DE OLIVEIRA JUNIOR1; MARLA MIKAELY DANTAS DE MEDEIROS2. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA, JOAO PESSOA - PB - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA, BOA VISTA - RR - BRASIL.

RESUMO:
Objetivos: compreender a evolução da mortalidade por câncer de pele, incluindo melanoma, nos últimos 05 anos, no município de João Pessoa, Paraíba.Método: realizou-se estudo transversal retrospectivo sobre a freqüência de mortalidade por neoplasias malignas de pele, incluindo melanoma, de 2012 a 2016, estratificando os dados por sexo, faixas etárias e raça/cor; através do banco de dados TABNET-PB, do Sistema de Informação de Mortalidade, da secretaria municipal de saúde deste município, que possui atualização semanal.Resultados: nos últimos 05 anos, a frequencia de óbitos por câncer de pele manteve-se em cerca de 2 óbitos por 100 mil habitantes, correspondendo a um total de 65 óbitos. A maioria dos óbitos ocorreram entre brancos (59%) e pardos (41,5%). Na distribuição por faixas etárias, a mortalidade foi maior entre 70-79 anos (33,8%), seguida de 60-69 anos (23%) e >80 anos (20%). Ocorreram 05 óbitos em pacientes abaixo dos 40 anos. O sexo masculino foi o mais afetado com 60 % dos óbitos. O melanoma foi responsável por 33,8% dos óbitos, predominantemente entre 70-79 anos (100%) e entre brancos (54%).Conclusões: Percebe-se que o número de óbitos por câncer de pele, em nosso estudo, mantém-se semelhante aos índices nacionais, em que os números chegam a 2 óbitos por 100 mil habitantes. Em nosso país, em 2014, o melanoma correspondeu a 10% de todos os casos de neoplasias, representando 65% dos óbitos por câncer de pele e maior mortalidade na sexta década de vida; resultados que diferem, em nossa realidade, onde o melanoma foi causa de morte em 33,8% desses pacientes. Identificamos, também, maior mortalidade entre brancos e usuários na sétima década de vida.Bibliografia:DATASUS. Sistema de Informações sobre mortalidade. Disponível em: http://tabnet.saude.pb.gov.br/tabnet/deftohtm.exe?tabdo/sim_estado.def . Acessado em 06/02/2017.WEIMANN et al. Delineamento epidemiológico dos casos de melanoma cutâneo atendidos em um hospital terciário de Campinas, São Paulo, Brasil. SURG. COSMET. DERMATOL. (Impr.). 2014; v 6; n3; 266-267.Mendes, Gelcio Luiz Quintella. Melanoma no Brasil: tendência temporal de mortalidade com modelagem idade-período-coorte, e análise de sobrevida em coorte hospitalar. 2014. 134 f. Tese (Saúde Pública e Meio Ambiente) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

CODIGO DO TRABALHO: 1535

TÍTULO DO TRABALHO: EXPANSORES TECIDUAIS NO TRATAMENTO DE SEQUELAS DE QUEIMADURAS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GABRIEL LUNARDI ARANHA1; GABRIEL VICTOR DORNELAS1; LAURA DORNELAS CORRÊA1; MATHEUS CASTELO PRUDENTE1; FELIPE DE ABREU RODRIGUES1; RICARDO CORRÊA FÁVERO JUNIOR1; GABRIEL ANTÔNIO DE SOUZA MUNIZ1; MARILHO TADEU DORNELAS2. 1. FCMS/JF, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL; 2. HU/UFJF, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO A incidência de queimaduras é de grande relevância estimando-se que ocorram 1.000.000 acidentes/ano no Brasil. A gravidade das sequelas das queimaduras são importantes no planejamento e no pós operatório tardio das mesmas. A abordagem dessas sequelas visa diminuir o prejuízo funcional, psicológico e social de suas vítimas.OBJETIVO Apresentar resultados de expansores de tecidos como possibilidade de reconstrução com tecidos regionais, portanto, com semelhança de cor e textura, sem adição de novas cicatrizes de áreas doadoras, oferecendo resultados superiores àqueles obtidos com enxertos cutâneos e retalhos à distância.MÉTODOS Avaliação de seis pacientes submetidos à cirurgia no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora no ano de 2015/2016, portadores de sequelas cicatriciais extensas causadas por queimadura.RESULTADOS Em cinco pacientes a expansão tecidual ocorreu de forma satisfatória, com volume máximo atingido e boa cobertura de cicatriz. CONCLUSÃO A utilização dos expansores teciduais como tratamento das sequelas de queimaduras é um importante recurso terapêutico, com técnica operatória factível, porém, com necessidade de acompanhamento rigoroso e expansões semanais, além de adesão por parte do paciente da sequência terapêutica. O uso dos expansores teciduais visa diminuir as grandes cicatrizes com avanço de pele regional, melhorando de forma significativa o aspecto das lesões e, principalmente, melhorando a qualidade de vida do paciente tanto funcionalmente como em sua imagem corporal.REFERÊNCIAS1- Bozkurt A, Groger A, O˙Dey D, Vogeler F, Piatkowski A, Fuchs PCh, et al. Retrospective analysis of tissue expansion in reconstructive burn surgery: evaluation of complication rates. Burns. 2014;34(8):1113-8.2- Manders EK et al. Soft tissue expansion: concepts and complications. Plast Reconstruc Surg, 2015; 74:495-507.

CODIGO DO TRABALHO: 538

TÍTULO DO TRABALHO: Expectativas de melhorias na qualidade de vida de pacientes submetidos à cirurgia reparadora de fissura labiopalatal

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: KAROLINE KUSTER VALTER; WANESSA RIBEIRO DE OLIVEIRA; MIKAELLE LOPES RODRIGUES; ANTÔNIO IGOR TAUMATURGO DIAS SOARES; LUCAS DE MOURA PORTELA; ÉRICA BEZERRA DE ALMEIDA; MANOEL AURÉLIO SOARES JÚNIOR; ANTONIO AGOSTINHO MOURA. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, SOBRAL - CE - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Descrever as principais expectativas de familiares de pacientes com fissura labial e/ou palatina (FL ± P) após cirurgia corretiva. Método: Trata-se de um estudo descritivo quantitativo. Durante mutirão de reconstrução de (FL ± P), realizado na Santa Casa de Misericórdia de Sobral, durante o período de 12 a 16 de outubro de 2015, universitários captaram aleatoriamente seis famílias de pacientes beneficiados com cirurgias reparadoras organizadas pela Smile Train. Esses pacientes tinham entre 3 meses e 7 anos, e a entrevista foi respondida pelo responsável pela criança. Resultados: As principais expectativas de resultados da reconstrução do lábio/palato por parte dos cuidadores foram: 100% esperavam por melhoria na fonação, 66,7% por melhoria na deglutição e 50% melhoria estética. Essas expectativas são reflexo dos problemas que pacientes e famílias enfrentam desde o nascimento até a cirurgia corretiva. Por isso, tal cirurgia é sinônimo de qualidade de vida. Diante de alterações funcionais básicas, como na alimentação, respiração e/ou fonação, ainda tem-se os impactos psicológicos dos portadores de (FL ± P), tanto pela aparência estética como pelo modo de falar. Um estudo com esse tipo de criança observou sintomas depressivos nesses indivíduos, embora não puderam discriminar as causas para isso[1]. Neste estudo, as famílias também apresentaram sentimentos negativos, 66,7% dos cuidadores tiveram medo e 16,7% tiveram tristeza ao visualizar a (FL ± P). Além disso 83,3% dos responsáveis disseram que já sentiram preconceito de familiares e/ou amigos relacionado ao acometimento. Conclusões: Como se trata de uma anomalia congênita, os recém-nascidos fissurados apresentam diversos problemas; estéticos, distúrbios funcionais, alimentares e de fonação, que comprometem consideravelmente o crescimento e desenvolvimento e podem gerar consequências irreversíveis. Logo, é necessário intervenção e cuidados o mais precoce possível. Felizmente, esses problemas são tratáveis e se conduzidos no tempo hábil e por equipe multidisciplinar não deixam sequelas que não possam ser revertidas. Diante das dificuldades vivenciadas por estas crianças e seus familiares a cirurgia reparadora é um passo essencial para melhor qualidade de vida.Bibliografia: [1]LIMA, LS, et al. Prevalence of depressive symptoms in patients with cleft lip and palate. Braz J Otorhinolaryngol. 2015 Mar-Apr;81(2):177-83.

CODIGO DO TRABALHO: 2384

TÍTULO DO TRABALHO: EXPERIÊNCIA DE ESTUDANTES DE MEDICINA NO CENTRO CIRÚRGICO E AMBULATOTRIO DE RECONSTRUÇÃO DE MAMA DO HOSPITAL OPHIR LOYOLA NO ESTADO DO PARÁ

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: YASMIN COUTINHO HABER1; LUIZ RENATO OLIVEIRA LOPES2; STEPHANIE GONÇALVES CARNEIRO3. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ - UFPA, BELÉM - PA - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ - UFPA, BELEM - PA - BRASIL; 3. HOSPITAL OPHIR LOYOLA, BELÉM - PA - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: relatar experiência no ambulatório e bloco cirúrgico de reconstrução mamaria no hospital de referência do estado do Pará, observando o protocolo de atendimento de reconstrução mamaria e a satisfação das pacientes. Método: Estudo desenvolvido no Hospital Ophir Loyola (HOL) no serviço de atendimento aos pacientes submetidos a mastectómica seguida de reconstrução mamaria. Acadêmicos de medicina da Universidade Federal do Pará, membros da liga acadêmica de cirurgia plástica do Pará (LACIPA), acompanharam a rotina desenvolvida, no ambulatório e no centro cirúrgico, pelos cirurgiões plásticos, observando os procedimentos, resultados da cirurgias e satisfação dos pacientes. Resultados: As mulheres que sofreram mastectomia parcial ou total fazem uma consulta no ambulatório de reconstrução mamaria, no qual é vista a condição do local da cirurgia (pele, cicatriz, tecido mamário) e solicitado exame para posterior reconstrução. O procedimento reconstrutivo mais utilizado é a reconstrução mamaria com retalho miocutâneo do musculo reto abdominal (TRAM) feito em três tempos, de acordo ordem decrescente de grandeza do porte cirúrgico: 1) Retalho TRAM (a pele, gordura e os músculos reto abdominais são rodados e levados para região da mastectomia) 2) Simetrização das mamas (mastopexia, implante e/ou enxerto de gordura) e reconstrução do umbigo, 3) Reconstrução da aréola (com enxerto de pele da virilha) e mamilo (a partir de parte do mamilo da mama saudável). Pode-se observar uma mudança radical na aparência física das pacientes e uma perceptível melhora no seu aspecto emocional, pois a maioria relata que mesmo com o doloroso pós-operatório, devido ao inchaço e os drenos de sucção, elas se sentiam satisfeitas com o resultado tanto da mama, alvo da cirurgia, quanto do abdome (aparenta ter feito uma abdominoplastia). O uso do retalho miocutâneo favorece a obtenção de uma mama com aspecto próximo ao natural, textura, cor e consistência semelhantes à mama original, podendo permitir o retorno da sensibilidade à nova mama e melhorando a perfusão vascular da pele. Conclusão: Mulheres diagnosticadas com Câncer de mama que fizeram mastectomia tem sua vida transformada drasticamente devido sensação de mutilação, que tem implicações físicas, estéticas, sociais e sexuais. A reconstrução da mama aparece com grande importância na recuperação da autoestima e no sentimento de bem-estar das pacientes.

CODIGO DO TRABALHO: 664

TÍTULO DO TRABALHO: Fechamento de grandes feridas da parede corpórea por tração das bordas da pele com elásticos de borracha

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DIVA NOVY BARBOSA CHAVES NAGEM1; RACHID GUIMARAES NAGEM2; ANDY PETROIANU2. 1. IPSEMG, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. UFMG, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Grandes feridas da parede corpórea constituem um desafio cirúrgico de difícil solução. O objetivo deste estudo foi descrever a técnica de fechamento de feridas por tração de suas bordas com elásticos de borracha e avaliar sua eficácia para a redução da área cruenta, evolução para a cicatrização parcial ou total, tempo para a cicatrização e complicações.Método: Essa técnica foi utilizada em 17 feridas de 13 pacientes adultos, sendo cinco homens e oito mulheres com idade de 25 a 80 anos (M= 46,0 anos ± 17,6). Em 84,6% dos pacientes constatou-se hipoalbuminemia e em 76,9%, anemia. Após anestesia local, elásticos esterilizados foram suturados às bordas da ferida em forma de X consecutivos.Resultados: Houve aproximação das bordas em todos os casos e a síntese completa ocorreu em 13 feridas (76,5%) no prazo de um a 14 dias. Em seis feridas (35,3%) ocorreu epitelização após dez a 31 dias. As complicações observadas foram reação inflamatória local (76,5%), deiscência (35,3%), infecção local (11,8%) e úlceras de pressão pelos elásticos (17,7%).Conclusão: A técnica descrita é simples e segura para o fechamento de grandes feridas. Ela pode ser realizada em qualquer hospital e não exige habilidades cirúrgicas avançadas. Em feridas abdominais, essa técnica permite o fechamento e a cicatrização em tempo reduzido e com poucas complicações. Nas úlceras de pressão, apesar de obter-se a aposição das bordas, a cicatrização é demorada e pode não ocorrer.Bibliografia: Brölmann FE, Ubbink DT, Nelson EA, Munte K, van der Horst CMAM, Vermeulen H. Evidence-based decisions for local and systemic wound care. Br J Surg 2012; 99: 1172-83.Demetriades D. Total management of the open abdomen. Int Wound J 2012; 9 (Suppl 1): 17-24.Gupta S, Ichioka S. Optimal use of negative pressure wound therapy in treating pressure ulcers. Int Wound J 2012; 9 (Suppl 1): 8-16. Salgado MI, Petroianu A, Alberti LR, Burgarelli GL, Barbosa AJA. Conducted healing to treat large skin wounds. Chirurgia 2013; 108: 620-4.Santos ELN, Oliveira RA. Elastic sutures for the treatment of extensive wounds. Rev Bras Cir Plást 2012; 27: 475-7.Topaz M, Carmel NN, Silberman A, Li MS, Li YZ. The TopClosure® System, for skin stretching and a secure wound closure. Eur J Plast Surg 2012; 35: 533-43.

CODIGO DO TRABALHO: 2785

TÍTULO DO TRABALHO: HIDRADENITE SUPURATIVA PERINEAL ? FORMA ATÍPICA TUMORAL: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ROGERIO RAFAEL DA SILVA MENDES; LUIZ GUILHERME DE MORAES PRADO MAZUCA; SUMAYA ABDUL GHAFFAR; ESTHER MIHWA OH CHOI; JOAO PAULO FONTANA BRAGAGNOLO; FABIO DE FREITAS BUSNARDO; ROLF GEMPERLI. HC-FM-USP, SAO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoHidradenite supurativa consiste em uma patologia das glândulas apócrinas, particularmente das regiões axilar e inguinal. Cursa com oclusão folicular, inflamação crônica, infecção recorrente e retrações cicatriciais. Dentre as variantes clínicas, pode-se apresentar como pápulas eritematosas, abscessos, fístulas e traves fibróticas em diversos graus de acometimento.O relato de caso a seguir relata a apresentação atípica de paciente com lesão tumoral crônica decorrente de hidradenite supurativa inguinal, tratada com ressecção, terapia por pressão negativa de ponte e reconstrução com retalhos locorregionais.Relato de casoMulher, 43 anos, procedente do ambulatório de tumores do serviço com diagnóstico prévio de hidradenite supurativa perineal, diabética e insulino dependente, com ressecção prévia de lesão axilar seguido de reconstrução com retalhos locais há 6 anos. Apresentou nova lesão na região perineal, tumoral e volumosa de crescimento progressivo e rápido em 2 anos. No início do quadro, havia sido realizado tratamento clínico, sem melhora. Optado por abordagem cirúrgica com debridamento amplo e instalação de terapia por pressão negativa, com fechamento no 12PO com retalhos de avanço V-Y mediais da coxa bilaterais.Evolução da paciente em PO foi favorável, com pequena deiscência de tratamento conservador. Anatomo-patológico da peça retirada mostrou ausência de células neoplásicas.ConclusãoO tratamento cirúrgico de hidradenite supurativa é um desafio para o cirurgião plástico. Tratam-se de pacientes com doença recorrente, por vezes sensibilizados com o tratamento prolongado, submetidos terapias diversas e múltiplas abordagens cirúrgicas.O ?Hidradenitis Suppurativa Clinical Response (HiSCR)?, score utilizado para avaliar o tratamento, definiu êxito de tratamento um mínimo de redução de 50% no total de abscessos e nódulos inflamatórios, sem nenhum acréscimo na formação de novos abscessos ou fístulas drenantes após 12 semanas de tratamento. Estes valores de referência são compatíveis com a melhora da paciente.A apresentação de uma forma ?inflamatória tumoral? de hidradenite supurativa com crescimento progressivo, sem componente neoplásico associado, tratada efetivamente com ressecção e reconstrução com retalhos locorregionais. Revisão da literatura não demonstrou caso com lesão semelhante.

CODIGO DO TRABALHO: 2641

TÍTULO DO TRABALHO: HIPERTROFIA MAMÁRIA VIRGINAL: RELATO DE CASO EM HOSPITAL DA AMAZÔNIA OCIDENTAL - ACRE

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RODRIGO ROCHA RAMALHO1; FERNANDA GERALDINI COELHO VENDETTE2. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE, RIO BRANCO - AC - BRASIL; 2. BELLE PLÁSTICA, RIO BRANCO - AC - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Hipertrofia Mamária Virginal (VBH) é uma condição rara, geralmente limitada à mama, caracterizada pelo aumento rápido e maciço de um ou ambos os seios que pode levar aos sofrimentos físico e psíquico de meninas pré-púberes. Segundo Kupfer et al., o primeiro caso de VBH foi relatado por Henry Albert em 1910. O tratamento desta condição inclui triagem para desequilíbrio hormonal e mamoplastia redutora (MR).Relato de Caso: Paciente do sexo feminino, 12 anos, encaminhada para Hospital das Clínicas do Acre queixando-se de aumento acelerado em ambas as mamas e peso que causava dores intensas em dorso. Ao exame físico das mamas apresentou gigantomastia, hiperemia e veias dilatadas. Contagem sanguínea completa, perfil bioquímico e dosagem hormonal normais. À ultrassonografia mamária presente parênquima mamário com predomínio do tecido fibroglandular. MR realizada e retirados nódulos de ambas as mamas, sendo o maior com dimensão de 22cm. Não realizou tratamento farmacológico. Ao relatório anátomo-patológico apresentou mastopatia fibrocística e fibroadenoma gigante (FaG) bilateral. Em ultrassonografia mamária pós-cirurgica de cerca de um ano presentes nódulos com 6 e 3cm de dimensão na mama direita e esquerda respectivamente. Atualmente, a paciente está satisfeita com o tamanho e a forma dos seus seios.Discussão: Pré-púbere com crescimento acelerado de mamas com ou sem deformidade e presença de nódulos deve-se investigar VBH que pode mimetizar carcinoma. FaG são tumores maiores do que 5 cm ou desprorpocionalmente maiores comparados com o restante da mama, são neoplasias benignas e 0,4% dos casos ocorrem em fase juvenil. O diagnóstico é simples por exame clínico e análise citopatológica de aspirado com agulha fina. Na avaliação clínica deve-se investigar tuberculose mamária, gestação, tumor filóide que são importantes diagnósticos diferenciais. Ainda não foi entendida a exata etiopatogenia do FaG, porém o maior fator contribuinte é a influência hormonal, excesso de estimulação estrogênica, sensibilidade no receptor ou redução do níveis de antagonistas de estrogênio durante a puberdade. O tratamento é cirúrgico e a terapia farmacológica não é consenso na literatura.Conclusão: Tamanho aumentado e deformidade de seios são problemas estéticos que levam aos sofrimentos físico e psíquico em adolescentes. Além de que VBH deve ser suspeita em meninas pré-púberes que apresentem nódulos mamários e devem ser tratadas com MR e se necessário terapia com tamoxifeno.

CODIGO DO TRABALHO: 2248

TÍTULO DO TRABALHO: HTLV: TUMORAÇÃO PRIMÁRIA DE PELE, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: REBECA FERNANDES DE CARVALHO1; VICTOR ARAUJO FELZEMBURGH1; RODRIGO DEL PINO SILVA2; JULIANA VIEIRA PINTO TRAVASSOS1; GUSTAVO VIANA CONCEIÇÃO2; PEDRO MORAES DÓREA2; LUCAS RIOS ROCHA1; JOSÉ VALBER LIMA MENESES1; NILMAR GALDINO BANDEIRA3. 1. UFBA, SALVADOR - BA - BRASIL; 2. UNIFACS, SALVADOR - BA - BRASIL; 3. HOSPITAL ARISTIDES MALTEZ, SALVADOR - BA - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O linfoma de células T do adulto (ATL) é uma doença linfoproliferativa incomum do linfócito T CD4+ maduro causada pelo vírus linfotrópico para células T humanas do tipo 1 (HTLV-1), endêmico em algumas regiões do mundo, com estimativa de 10 a 20 milhões de portadores do vírus. Salvador é uma cidade endêmica, onde a prevalência global da infecção pelo vírus é de 1,7%. A maioria dos portadores não desenvolve doenças, mas cerca de 5% podem manifestar doenças de difícil controle como o ATL. A ATL é classificada em 5 subtipos: aguda, crônica, linfomatosa, smoldering e tumoral primária de pele.A tumoral primária de pele é caracterizada por tumores na pele e ausência de linfocitose, hipercalcemia, linfadenopatia e comprometimento de outros órgão. O valor de LDH é 1,5 vezes superior ao normal.O diagnóstico de ATL é feito com base na triagem sorológica para anticorpos anti-HTLV-1 usando métodos enzimáticos, na demonstração da integração monoclonal do vírus, na comprovação citológica ou histopatológica de leucemia e ou linfoma de células T CD4+/CD25+, e na presença de LTA em sangue periférico, principalmente ?células em flor?.Os tratamentos mais usados para ATL são quimioterapia e a associação de Interferon ? (IFN-?) com ziduvidina (AZT).RELATO DE CASO: EP, 36 anos (08/08/1979), natural e procedente de Salvador, negra, solteira. HMA: em abril/15, surgimento de lesão tumoral em dorso baixo, evoluiu após 2m com lesões também em fronte e ombro, de crescimento progressivo rápido e sangrantes. Apresenta infecção secundária nas lesões, em tratamento com cefalexina, permanganato e diprogenta. Ao exame físico apresentava 4 nódulos: em dorso (10cm), testa (5cm), ombro (5,5cm), abdome (2,3cm). TCs de pescoço, tórax e abdome sem linfonodomegalias ou infiltração de vísceras.A paciente foi submetida à ressecção cirúrgica da lesão em dorso e a análise anatomopatológica e imuno-histoquímica da peça evidenciou um padrão de linfoma T periférico compatível com ATL.A paciente fez quimioterapia com protocolo CHOEP (6 ciclos), apresentando melhora progressiva das lesões cutâneas tumorais. Em abril/2016 iniciou AZT+IFNCONCLUSÃO: Há necessidade de que haja a identificação e suspeição da patologia para, com o diagnóstico, definir o tratamento adequado.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 578

TÍTULO DO TRABALHO: Impacto da reconstrução mamária na qualidade de vida das pacientes mastectomizadas

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: KAROLINE KUSTER VALTER; MIKAELLE LOPES RODRIGUES; EMANUEL DO NASCIMENTO SILVA; JOSÉ DE ARIMATÉA DO NASCIMENTO JÚNIOR; BEATRICE PONTE SOUZA; EMMANUEL FILIZOLA CAVALCANTE; FRANCISCO AIRTON RANGEL FILHO; WANESSA RIBEIRO DE OLIVEIRA. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, SOBRAL - CE - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Analisar o impacto da reconstrução mamária na qualidade de vida e auto-imagem da paciente mastectomizada. Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo e transversal. Foram entrevistadas 33 pacientes submetidas à cirurgia de mastectomia atendidas na Santa Casa de Misericórdia de Sobral, sendo abordadas durante fase de acompanhamento médico no período de novembro de 2016 a janeiro de 2017. Foi assinado termo de consentimento e as informações foram declaradas pelas pacientes em um formulários de coleta de dados, sendo a qualidade de vida foi aferida através do questionário validado WHO-QOL bref. Resultados: Das 33 pacientes entrevistadas, 7 (21,2%) declararam ter realizado a reconstrução mamária (grupo 1) e 26 (78,8%) declararam não ter realizado a cirurgia de reconstrução (grupo 2). Quanto à avaliação da qualidade de vida, foi dividida em cinco domínios. As respostas envolviam escalas de 0 a 5, quanto menor a pontuação, menor era a satisfação pessoal da paciente. A pontuação de cada domínio era definida pela soma das respostas. No primeiro domínio, o físico, no qual a paciente foi questionada a respeito de dores, satisfação física e disposição para a realização de atividades diárias, a média do grupo 1 foi 13,31 já a média do segundo foi 14,07. No domínio psicológico, que abordava a saúde emocional, a média do grupo 1 foi 15,62 enquanto que a do grupo 2 foi 15,95. No domínio de relações sociais a média do grupo 1 foi 16,76 sendo a do grupo 2, 17,64. Já em relação ao domínio ambiental, incluindo questões de moradia, o grupo 1 obteve a média de 13,79 enquanto que o grupo 2, 14,59. No último domínio, onde se avaliou a própria perspectiva de qualidade de vida, o grupo 1 obteve a média 16,29, enquanto que a do grupo 2 foi 15,85. Conclusão: A cirurgia de reconstrução é uma grande aliada na melhoria da autoestima e da qualidade de vida da mulher[1]. É possível observar que no domínio 5 referente a qualidade de vida, a média das pacientes que passaram por reconstrução foi maior do que as que não passaram, já nos outros domínios isso não aconteceu. Logo, pode-se afirmar que, a reconstrução não é a única responsável pela auto-satisfação da mulher, fatores como apoio emocional, apoio familiar, apoio social e idade também influenciam no bem estar feminino. Bibliografia: [1]FURLAN, Vanessa Lacerda Alves. Qualidade de vida e autoestima de pacientes mastectomizadas submetidas ou não a reconstrução de mama. Rev Bras Cir Plást. 2013; 28(2):264-9.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 580

TÍTULO DO TRABALHO: Impacto nas relações sociais de pacientes mastectomizadas submetidas ou não a reconstrução mamária.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MIKAELLE LOPES RODRIGUES1; ANTÔNIO IGOR TAUMATURGO DIAS SOARES1; EMANUEL DO NASCIMENTO SILVA1; RENAN LOPES VASCONCELOS1; WANESSA RIBEIRO DE OLIVEIRA1; NARCÉLIO MENEZES SILVA FILHO1; ANTONIO AGOSTINHO MOURA2; JOSÉ JUVENAL LINHARES2. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL, SOBRAL - CE - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, SOBRAL - CE - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Analisar o impacto da mastectomia nas relações sociais das mulheres que foram submetidas ao procedimento e comparar o efeito da reconstrução mamária nessas relações. Método: Este estudo foi desenvolvido na mastologia da Santa Casa de Misericórdia de Sobral - CE. Foram entrevistadas mulheres mastectomizadas, e em acompanhamento médico, que realizaram ou não a cirurgia de reconstrução mamária. Foram abordadas 33 pacientes no período de novembro de 2016 a janeiro de 2017. Foi assinado termo de consentimento e as informações processadas em formulários validados. Resultados: Das 33 pacientes, 7 (21,2%) se submeteram a cirurgia de reconstrução mamária. A faixa etária destas foi de 28 a 39 anos e das 4 mulheres casadas, apenas 25% não tinham vida sexual ativa. Em relação a essas 7 mulheres, 14,3% não possuíam liberdade em usar qualquer tipo de roupa e 28,6% sentiam-se envergonhadas em se vestir ao lado das pessoas mais próximas. Em contraste, na amostra de 26 mulheres que não realizaram cirurgia reconstrutora, a faixa etária foi de 43 a 84 anos, excluindo-se apenas uma paciente com 28 anos. Destas, 14 mulheres eram casadas, sendo que 5 (35,7%) não tinham vida sexual ativa, 13 (50%) não tinham liberdade em usar qualquer tipo de roupa e 10 (38,5%) ficavam com vergonha de se vestir ao lado das pessoas mais próximas, representando percentuais maiores em relação às pacientes que realizaram reconstrução da mama. Quanto se houve mudança no relacionamento familiar após a mastectomia, 85,7% das mulheres com reconstrução mamária responderam não, enquanto 61,5% das que não realizaram esta cirurgia negaram mudança. Em relação a alterações no relacionamento social, 28,6% e 15,4% responderam que houve mudanças positivas, respectivamente, no grupo mastectomizado com reconstrução e sem a reconstrução da mama. Conclusões: Existe menor impacto de mudanças familiares e alteração positiva no relacionamento social de mulheres que realizaram cirurgia reconstrutiva. Além disso, há melhor aceitação da imagem corporal e maior confiança, o que facilita o rearranjo das relações interpessoais dessas mulheres. Portanto, a reconstrução mamária possibilita à mulher mastectomizada incorporar ao tratamento do câncer de mama conceitos de qualidade de vida, trazendo benefícios físicos, psicológicos e sociais[1]. Bibliografia: [1]PAREDES, CG, et al. Impacto da reconstrução mamária na qualidade de vida de pacientes mastectomizadas. Rev Bras Cir Plást. 2013 ; 28(1):100-4.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 735

TÍTULO DO TRABALHO: Importância da Cirurgia Plástica no atendimento de pacientes vítimas de lesões traumáticas de mãos em hospital terciário do Ceará

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOSÉ DE ARIMATÉA DO NASCIMENTO JÚNIOR; WANESSA RIBEIRO DE OLIVEIRA; BEATRICE PONTE SOUZA; MIKAELLE LOPES RODRIGUES; KAROLINE KUSTER VALTER; LUCAS DE MOURA PORTELA; ANTONIO AGOSTINHO MOURA. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, SOBRAL - CE - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Destacar a importância dos procedimentos cirúrgicos plásticos realizados após lesões traumáticas de mãos. Método: Estudo seccional, do tipo quantitativo, realizado no setor de cirurgia plástica do hospital Santa Casa de Misericórdia de Sobral, no interior do Ceará. Durante o pré-cirúrgico, acadêmicos de medicina, no período de 26/11/16 até 23/01/17, entrevistaram 22 pacientes, amostra não probabilística, que realizaram algum tipo de procedimento cirúrgico devido à lesão traumática nas mãos.Resultados: Dos 22 entrevistados, 19 (86,4%) eram do sexo masculino e 15 (68,1%) estavam na faixa etária de 20-50 anos. A grande maioria tinha profissões como agricultor, 6, pedreiro, 2, marceneiro, 2 e doméstica, 2, atividades estas que demandam uso constante das mãos. Além disso, a grande parte dos traumas teve como causa acidente de trabalho, 11 (47,8%), seguido por acidente de moto, 4 (17,4%), e violência urbana por arma branca, 4 (17,4%). A mão direita era dominante para 19 (86,4%) pacientes e a mão esquerda foi acometida em 11 (50,0%) casos. Em relação às cirurgias plásticas realizadas, predominou a tenorrafia (7), ocorreram também 6 amputações, 6 limpezas/debridamentos, 1 retalho e em 2 casos não houveram dados para contabilizar. Conclusões: O trauma da mão é uma das lesões mais frequentes nas emergências[1] e normalmente envolve múltiplas estruturas, podendo gerar lesão vascular, nervosa, tendínea e/ou óssea. Além disso, apresenta alto risco de desenvolver isquemia, infecção, alteração na cicatrização, dificuldade para a consolidação de fratura e dor crônica, carregando um elevado potencial de morbidade e amputação[1]. Por estes motivos, é fundamental uma conduta multifatorial, assertiva e especializada no tratamento dessas lesões. Devido às dificuldades econômicas na saúde do nosso País e à ausência de serviços especializados de mão e de cirurgias microvasculares, o cirurgião plástico reconstrutor é um profissional fundamental e efetivo para lidar com essas lesões. Isso é constatado pelo número de tenorrafias e amputações desse serviço. Bibliografia: SILVA, Jefferson Braga Silva, ET al. Trauma complexo da mão parte I: lesão vascular, lesão nervosa, lesão tendínea. Revista da AMRIGS, Porto Alegre, 58 (3): 240-246, jul.-set. 2014

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2958

TÍTULO DO TRABALHO: ÍNDICE DE INFECÇÃO ENTRE PACIENTES VÍTIMAS DE QUEIMADURAS INTERNADOS EM HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA-PI

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BRENNO IVO SOARES SANTOS1; THIAGO AYRES HOLANDA2; CAROLINA HOLANDA VICTOR DE OLIVEIRA2; CARLO VICTOR SOUSA RODRIGUES2; BRENDA IRLA SOARES SANTOS3. 1. UFPI/HSPE, TERESINA - SP - BRASIL; 2. NOVAFAPI, TERESINA - PI - BRASIL; 3. UFPI, TERESINA - PI - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVOS: Queimadura é definida como uma lesão da pele causada por um agente externo. Objetivou-se com essa pesquisa avaliar os índices de infecção entre os pacientes que foram internados em um hospital de urgência de Teresina-PI em novembro de 2016. MÉTODOS: Trata-se de um estudo quantitativo, retrospectivo, por meio da coleta de dados em 28 prontuários de paciente internados por queimadura. RESULTADOS: infecções se sobressaíram mais naqueles com porte de queimadura grave, sendo o principal agente causador o fogo , com índices de infecção em torno de 25%, onde os principais tipos foram: infecção urinária, a infecção de pele e a infecção de partes moles, sendo o agente causador mais mencionado a Morganela Morganim. CONCLUSÕES: Pacientes com queimadura do tipo grave apresentaram no estudo um maior índice de infecção, sobretudo naqueles internados fora da Unidade de Tratamento de Queimados. A ocorrência consideravel de infecção por Mortadela Morganim sugere falha na higiene destes pacientes, por provável contato das queimaduras com as fezes. REFERÊNCIAS: 1. Shoja S, et al. Dissemination of carbapenem-resistant Acinetobacter baumannii in patients with burn injuries. J Chin Med Assoc. 2017 Mar 3 2. Saeidinia A, et al. Partial-thickness burn wounds healing by topical treatment: A randomized controlled comparison between silver sulfadiazine and centiderm. Medicine (Baltimore). 2017 Mar.

CODIGO DO TRABALHO: 1184

TÍTULO DO TRABALHO: Influência de corticoides locais ou sistêmicos na resistência de cicatrizes da pele

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANDY PETROIANU1; MATHEUS SEWASTJANOW SILVA1; LUIZ RONALDO ALBERTI1; KELLY RENATA SABINO2; CRISTINA SOFIA CANDIA BARRIENTOS2. 1. UFMG, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. SANTA CASA BH, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A cicatrização da pele é um processo complexo que envolve inflamação, reepitelização, angiogênese, formação de tecido de granulação e deposição de matriz intersticial, além de outros eventos realizados por diferentes tipos de células, como queratinócitos, fibroblastos, células inflamatórias e endoteliais. Esses fenômenos são influenciados pela matriz intersticial, fatores de crescimento e outros mediadores. Os glicocorticoides parecem atrasar o processo de cicatrização das feridas, causando uma diminuição da proliferação celular, na neovascularização e na produção de matriz. Em animais, foi relatado um atraso no afluxo de macrófagos, neutrófilos e fibroblastos. Sabe-se que os corticosteroides reduzem a fase inflamatória da cicatrização. O uso crônico de corticoides pode influenciar negativamente reepitelização, neovascularização e síntese de colágeno.Objetivo:Comparar a resistência de cicatrizes da pele em camundongos submetidos à administração de hidrocortisona local ou sistêmica, em diferentes períodos pós-operatórios.Método:Incisão e sutura foram feitas na pele da região torácica de 130 camundongos machos: Grupo 1(n=10)-resistência de pele íntegra; Grupo 2(n=30)-submetidos apenas à incisão e sutura; Grupo 3(n=30)-incisão da pele e sutura, seguidos pela administração de solução salina; Grupo 4(n=30)-incisão da pele e sutura, seguidos pela administração de hidrocortisona local; Grupo 5(n=30)-incisão da pele e sutura, seguidos pela administração de hidrocortisona sistêmica. A resistência da cicatriz e o peso dos animais foram avaliados no sétimo, décimo quarto e vigésimo primeiro dia pós-operatório. Exame histológico também foi realizado.Resultados:Os camundongos que receberam corticoide (grupos 4 e 5) apresentaram perda significativa de peso (p=0.02). Os grupos 3, 4 e 5 apresentaram menor resistência da cicatriz em relação ao grupo 2 no sétimo dia pós-operatório (p0.05).Conclusões:Administração de hidrocortisona em camundongos é responsável por perda de peso e redução de resistência da cicatriz da pele na primeira semana de pós-operatório.Bibliografia:Alberti LR, Vasconcellos Lde S, Petroianu A. Influence of local or systemic corticosteroids on skin wound healing resistance. Acta Cir Bras. 2012;27(4):295-9.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1671

TÍTULO DO TRABALHO: Invasão de órbita e periósteo por Carcinoma Basocelular: Relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ISABELA SANTAS DE MIRANDA1; ANA LUIZA CAVALHEIRO1; FERNANDA FRUET2; DECIO LUIS PORTELLA2. 1. PUCSP, SAO PAULO - SP - BRASIL; 2. PUCSP, SOROCABA - SP - BRASIL.

RESUMO:
O carcinoma basocelular (CBC) é a neoplasia malígna com maior incidência na atualidade e dentre os tumores cutâneos, corresponde a aproximadamete 75% dos casos. Possui maior incidência em pessoas do sexo masculino, de idade superior a 40 anos e com história de exposição solar frequente e repetitiva, sem uso de proteção solar. O CBC privilegia áreas fotoexpostas do tegumento. Localiza-se em aproximadamente 80% dos casos na face e região cervical, embora já tenha sido descrito, eventualmente, nas regiões genital, nas axilas, na cicatriz umbilical, no couro cabeludo, nas mucosas e outras (CHINEM, 2011, p.297). É um tumor de baixo grau de malignidade, com capacidade de invasão local, destruição tecidual, recidivante e com limitado poder de metastatização(MANTESE, 2006, p.137).Como esta neoplasia raramente cursa com metástases, sua morbidade está principalmente associada a invasão tecidual associada. Como na maioria dos casos, o tumor encontra-se em face, o CBC pode provocar deformações faciais em pacientes portadores desta malignidade. Além do fator estético, a invasão tecidual pode acometer estruturas com funções importantes, como o ocorrido neste relato de caso.Paciente F.Q.F, de 72 anos, deu entrada em nossos serviços com lesão ulcerativa em face de aproximadamente 3 cm de diâmetro, já com intervenção cirúrgica prévia há um ano em cidade de origem. Entretanto o resultado do estudo anátomo patológico da primeira intervenção demostrou margens comprometidas de subtipo esclerodermiforme, e não foi realizada nova abordagem cirúrgica, apenas realização de radioterapia adjacente, sem melhora do quadro.Na tomografia computadorizada, realizada já em nossos serviços, foi evidenciada invasão de olho direito e de osso zigomático. Programada abordagem cirúrgica, na qual foi realizada ressecção crânio facial associada a exenteração orbitária e reconstrução de zigoma com tela de marlex e cimento ósseo. Por fim, foi rodado um retalho têmporo-facial. O retalho têmporofrontal (RTF) é por definição um retalho miocutâneo pediculado, fundamentalmente irrigado pela artéria temporal superficial, ramo da artéria carótida externa.Com o resultado do exame anátomo-patológico, realizado após a segunda intervenção, foi laudado um carcinoma basocelular esclerodermiforme com margens livres e paciente mantém-se em acompanhamento com a unidade de cirurgia de cabeça e pescoço do Conjunto Hospitalar de Sorocaba, livre de doença e com demonstrando um excelente resultado estético.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1164

TÍTULO DO TRABALHO: Levantamento retrospetivo de prontuários de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos no ambulatório de cirurgia plástica da faculdade de medicina do ABC

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FELIPE SANDOVAL DO CARMO; LUCIANA CAMPI AURESCO; ISABELLA TOMÉ SANT`ANNA; VICTOR HUGO LARA CARDOSO DE SÁ; GERSON VILHENA PEREIRA FILHO. FACULDADE DE MEDICINA DO ABC - FMABC, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
RESUMOINTRODUÇÃO: Segundo o Conselho Nacional de Residência Médica (CNRM), o curso de residência em Cirurgia Plástica deve oferecer treinamento aos médicos residentes em cirurgia não só reparadora (85%), mas também estética (15%). Objetivando aumentar a experiência e o aperfeiçoamento dos médicos residentes, a Faculdade de Medicina do ABC (FMABC) oferece um serviço privado de baixo custo para os pacientes que realizam cirurgias estéticas. OBJETIVOS: Relatar as cirurgias realizadas no Ambulatório de Cirurgia Plástica da FMABC no período de Agosto de 2007 a Agosto de 2012. MÉTODOS: Realizou-se um estudo retrospectivo por meio da análise dos prontuários dos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos de caráter estético no Ambulatório de Cirurgia Plástica da FMABC. Os dados são referentes ao período de cinco anos, de agosto de 2007 a agosto de 2012. Com isso, foram feitos levantamentos dos procedimentos realizados e de dados epidemiológicos dos pacientes. RESULTADOS: No período de cinco anos, de agosto de 2007 a agosto de 2012, foram realizados 518 procedimentos com uma média de 103,6 procedimentos anuais. Desses, os mais frequentes foram: Mamoplastia de aumento (47,5%); Blefaroplastia (12,35%); Otoplastia (8,88%); ;Mastopexia(8,5%) ; Rinoplastia (8,1%); Ritdoplastia (6,56%). Dos pacientes submetidos a Mastopexia, 6,37% receberam próteses mamárias de silicone. Tendo em vista que o serviço conta com 13 residentes, cada profissional realizou aproximadamente 40 procediementos (39,8 cirurgias ou 7,69%). CONCLUSÕES: Foram realizados 518 procedimentos cirúrgicos estéticos no Ambulatório de Cirurgia Plástica da FMABC no período de cinco anos, de agosto de 2007 a agosto de 2012. Os procedimentos mais realizados foram: Mamoplastia de aumento (47,5%); Blefaroplastia (12,16%) e Otoplastia (8,88%). BIBLIOGRAFIA: DataFolha. Cirurgia Plástica no Brasil [internet]. [Local desconhecido], Janeiro de 2009: Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. Acesso em 07 de Setembro de 2012. Disponível em http://www.slideshare.net/senhorfisico/pesquisadatafolhasbcp?type=powerpointThe American Society for Aesthetic Plastic Surgery. 2011 ASAPS Statistics: Complete charts [Including National Totals, Percent of Change, Gender Distribution, Age Distribution, National Average Fees, Economic, Regional and Ethnic Information]. [Local desconhecido], 2011. Acesso em 07 de Setembro de 2012. Disponível em http://www.surgery.org/media/statistics

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 720

TÍTULO DO TRABALHO: Lipoblastoma de Membro Superior em Paciente Pediátrico - Manejo Adequado

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RAYSSA RUSZKOWSKI DO AMARAL; CAROLINA MARQUEZIN GIACOMELLO; ISABEL CRIVELATTI; EVANDRO JOSE SIQUEIRA; LOURENÇO FRIGERI TEIXEIRA; GUSTAVO STEFFEN ALVAREZ; JEFFERSON LUIS BRAGA SILVA. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL - PUCRS, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O lipoblastoma é um tumor benigno de tecidos moles que acomete, predominantemente, a população pediátrica no segundo ano de vida. Tem origem no tecido adiposo embrionário e é mais frequentemente nas extremidades corporais e no tronco. Os sintomas variam de acordo com a localização e a compressão de órgãos adjacentes. O diagnóstico diferencial é dado pelo exame histopatológico. Exames radiológicos são importantes para avaliar a evolução da doença, a qual costuma apresentar bom prognóstico. Caso não haja manejo adequado, pode tornar-se incapacitante.Relato do Caso: Paciente do sexo feminino, 1 ano e 7 meses. A mãe relata o aparecimento, logo após o nascimento, de lesão assintomática em antebraço direito de aproximadamente 1cm3, que não ocasionava limitações funcionais, mas, com crescimento acentuado após 1 ano de idade, causou limitação de flexão e extensão do antebraço, punho e dedos da mão, associado às dimensões da lesão. Ao exame físico observou-se massa em antebraço direito, fixa, de consistência lipomatosas, aderida a planos profundos. Ecografia do ano anterior indicava lesão cística de 37x22x27mm, com septos internos e ampla vascularização na sua porção profunda. Angiotomografia atual indicou espessamento de tecidos moles ao longo da estrutura. Houve aumento volumétrico em comparação ao exame anterior, medindo 14,5x9cm. A lesão, compatível com o laudo tomográfico de linfangioma, compreendia do terço distal do braço ao punho direito. Estruturas ósseas e vasculares preservadas. Optou-se por embolização, na tentativa de diminuir a lesão e facilitar a ressecção da mesma; sem sucesso. A paciente foi, então, submetida a cirurgia para ressecção da lesão. O anatomopatológico indicou diagnóstico de lipoblastoma benigno. Após 4 meses de seguimento, a movimentação do antebraço, punho e dedos foi recuperada, apresentando como sequela funcional apenas déficit parcial de movimentação do polegar, para o qual, realizando-se tratamento fisioterápico, obteve-se bom resultado.Conclusão: Apesar de não possuir potencial maligno, o lipoblastoma pode causar complicações por efeito de massa local e compressão das estruturas subjacentes. O diagnóstico correto mostra-se importante perante o diferente manejo e prognóstico entre as diferentes possíveis lesões lipomatosas. A abordagem cirúrgica conservadora é o tratamento padrão, evitando mutilação ou procedimentos excessivamente extensos. O acompanhamento clínico longo é justificado pela possibilidade de recorrência.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1241

TÍTULO DO TRABALHO: Lipoma gigante: Um desafio ao cirurgião

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DANIEL DE MORAIS TAVARES1; HAMILTON ALLEARDO GOELA1; DANIEL JOSÉ DE MORAIS FOZATI1; DECIO LUIS PORTELLA1; ORLANDO JOSÉ AVALOS FRANCO2; KARINE HELENA BÓCOLI1; ANDERSON RYO KUBONIWA1; GILMAR VIEIRA VELOSO JÚNIOR1. 1. PUC-SP, SOROCABA - SP - BRASIL; 2. PUC-SP, SOROCABA - PARAGUAI.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Lessões tumorais sólidas de origem mesenquimal são bastante frequentes, como é o caso dos lipomas, principalmente quando encontram-se no subcutâneo e não ultrapassam diâmetro de 2 cm. Lessões maiores de 10 cm ou com crescimento acelerado, encapsuladas, intramusculares, localizadas principalmente em membros inferiores e em pacientes com idade avançada são sugestivas de malignidade, sendo um desafio para o cirurgião. RELATO DO CASO: Paciente MML, 34 anos, sexo feminino, secretaria, procedente de Sorocaba ? SP. Atendida no ambulatório de Cirurgia Plástica do serviço Linneu Mattos Silveira da PUC-SP, com história de abaulamento em região medial de coxa direita com crescimento progressivo desde a infância. Realizado ressonância magnética de membro inferior em janeiro de 2016 que evidenciou tumoração de 30cm no maior diâmetro, bem delimitada, com presença de pedículo posterior e encontrava-se em planos musculares. Realizado exérese da lesão em agosto de 2016, com incisão medial em coxa direita, dissecção por planos até musculatura, encontrava-se abaixo do músculo grácil e do músculo satório e ao lado do músculo adutor magno, encapsulado, com pedículo em artéria femoral. Realizado toda sua dissecção sem romper a capsula e feito a ligadura do pedículo na base. Fechamento por planos e utilizado um dreno de portovac em subcutâneo, sendo retirado no quinto dia pós-operatório. Apesar dos fatores de risco o anatomopatologico evidenciou um Lipoma gigante. Paciente evolui assintomática, com boa movimentação do membro e excelente cicatrização. CONCLUSÃO: O crescimento dos lipomas é incomum, ocasionalmente podem atingir grandes proporções, caracterizando os chamados lipomas gigantes. O uso de exames de imagem, como a ressonância magnética, auxiliam para uma melhor programação cirúrgica. A biópsia prévia tem sido discutível e desaconselhada atualmente. O tratamento dos lipomas gigantes é cirúrgico e consiste em sua total remoção sob visão direta. Existe sempre a possibilidade de transformação sarcomatosa desses lipomas, sendo indicado o procedimento cirurgico assim que diagnosticado.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2899

TÍTULO DO TRABALHO: Mastite Necrotizante por Stenotrophomonas maltophilia e Amamentação: Relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: THAMIRIS VILAS BOAS NEVES1; STEFANO TERSARIOLLI MUTO1; LARISSA GONÇALVES DOS SANTOS1; LISANDRA AYUSSO1; LUDMILA LILIANA GUAZELLI DE FREITAS1; MARCUS ODILON ANDRADE BALDIM1; LUCAS FILENI BAPTISTELLA1; LARA VARINI SOARES2. 1. UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSARIO VELLANO, ALFENAS - MG - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELANO, ALFENAS - MG - BRASIL.

RESUMO:
RESUMO: A mastite é definida clinicamente como a presença de inflamação dolorosa e localizada nas mamas, associada a sintomas sistêmicos de infecção. Pacientes imunodeprimidos, alcoólatras, diabéticos, portadores de doenças vasculares e usuários de drogas podem desenvolver a mastite necrotizante bacteriana. OBJETIVO: Este relato tem como objetivo expor o caso de uma paciente imunocompetente com quadro de mastite necrotizante avançada, reforçar as condutas médicas adequadas e a necessidade de intensificar a detecção precoce dos problemas relacionados à lactação e seu manejo. MÉTODO: Paciente de 44 anos, deu entrada no HUAV (Hospital Universitário Alzira Velano), com queixa de ?mal-estar?, síncope e apatia, com piora progressiva, de início há quatro dias, associado à hiporexia. Estava em tratamento de mastite em mama esquerda com Cefalexina. Nega comorbidades. Último parto há dois anos, estando em amamentação até hoje. A hipótese diagnóstica foi de sepse grave de foco cutâneo, forçando a realização de cirúrgica imediata, com internação hospitalar e solicitação de exames laboratoriais e complementares. Iniciou-se o tratamento medicamentoso com Ceftriaxona. No ultrassom mamário houve espessamento cutâneo e aumento difuso da ecogenicidade do parênquima mamário e áreas anecóides. O resultado da cultura da secreção foi de Stenotrophomonas maltophilia, sensível a Levofloxacino e Trimetroprima + Sulfonamida. RESULTADOS: Com todos os laudos complementares em mãos e a mastectomia total realizada, pode-se constatar a gravidade do quadro, uma vez que a bactéria Stenotrophomonas maltophilia tem importante papel no cenário das infecções hospitalares e apresenta uma característica multirresistente aos antibióticos disponíveis. Tipagem fenotípica e genotípica têm sido utilizadas no cenário atual na tentativa de definir padrões de transmissão e disseminação intra- e inter-hospitalar, porém a metodologia molecular é considerada o recurso técnico mais promissor no estabelecimento da epidemiologia desse importante patógeno. Somente após essa investigação é que poderá ser concluída a forma como essa paciente adquiriu tal patógeno, buscando relação íntima com a amamentação prolongada que a mesma realizava para seu lactente.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1706

TÍTULO DO TRABALHO: Mastite Puerperal: um relato de caso com mastectomia e reconstrução mamária

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ROBERTO MARINO; ISABELA FERNANDES ROSSI; HELENA GOULART GOMES MONTEIRO; MARIA CLARA FERREIRA NONATO ROMANIA; DEBORA ALVES PINTO; LETICIA SANCHES OEZAU; CARLA DE FREITAS; ANA CAROLINA SIQUEIRA. UNIVERSIDADE DE ARARAQUARA - UNIARA, ARARAQUARA - SP - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVOS: Relatar o processo de reconstrução mamária paciente submetida a mastectomia total (MT) após quadro de mastite puerperal (MP) complicada.METODOLOGIA: Revisão de prontuário e bibliográfica, anamnese e registro fotográfico.RESULTADOS: Puérpera, 23 anos, previamente hígida, iniciou uma semana após parto com febre, dor, edema e hiperemia em mama direita (MD). Internada com diagnóstico de MP, para suporte clínico e antibioticoterapia. Irresponsiva ao tratamento inicial, evoluiu com formação de abcesso mamário. Submetida a drenagens sucessivas e terapia em câmara hiperbárica, também sem sucesso, evoluiu com piora do estado geral e necrose do tecido mamário e muscular subjacente. Sob o risco de sepse e acometimento contralateral (CL), foi realizada MT. Dois anos após, foi encaminhada para serviço de cirurgia plástica e após avaliação, foi programada reconstrução mamária em três tempos. Primeiramente, colocou-se expansor de pele em região peitoral direita com válvula locada lateralmente, associado a mamoplastia redutora a esquerda para a simetrização entre as mamas. Realizou-se expansão volumétrica semanal, com soro fisiológico, até 600 ml. O segundo tempo, se constituiu na remoção do expansor com capsulectomia e a colocação da prótese permanente em MD associada a simetrização final. Na última cirurgia, realizou-se a correção estética de cicatrizes e a confecção do complexo aréolo-papilar. Considerando a gravidade do caso e a situação do local do sítio cirúrgico, como escassez de pele e tecido subcutâneo, o resultado obtido foi muito satisfatório, alcançando o reestabelecimento anatômico e psicológico da paciente.CONCLUSÃO: Mastectomia como tratamento para MP é considerada conduta de exceção e é rara sua descrição como opção terapêutica para esta condição. A escolha da técnica de reconstrução mamária, depende da mastectomia realizada e deve sempre considerar tratamentos adjuvantes, situação local e presença de comorbidades. No presente caso, considerando os itens acima e tratando-se de uma indicação de reconstrução mamária por causa rara de MT, foi proposta a reconstrução em três tempos, o que possibilitou uma satisfatória adaptação entre mama reconstruída e a CL, assim como seu resultado estético.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1227

TÍTULO DO TRABALHO: Mastopexia

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: VICTOR HUGO LARA CARDOSO DE SÁ; ERIKA TOSHIE AOKI; GABRIELA DE PAIVA ASCANI; GERSON VILHENA PEREIRA FILHO; CÉSAR AUGUSTO DE OLIVEIRA PACHECO; MAYRA RIBEIRO CARRETTI; ALINE CAROLINA CAPELLATO DIAS. FACULDADE DE MEDICINA DO ABC, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução A mastopexia é uma cirurgia que, por meio de diversas técnicas, permite a correção da ptose mamária. Essa correção pode ser feita com ou sem a inclusão de implante mamário de silicone. As complicações pós-operatórias, nas mastopexias, dividem-se em imediatas e tardias. Dentre as imediatas pode-se encontrar: Hematoma, Seroma, Infecção, Deiscência de Sutura, necrose do complexo areolopapilar e complicações decorrentes do ato anestésico. Dentre as complicações tardias encontram-se alterações de sensibilidade, cicatrizes hipertróficas/queloidianas, excesso cutâneo (?orelha de cão?) e assimetria pós-operatória. Objetivo Esse trabalho tem como objetivo relatar eventuais complicações existentes nesse tipo de cirurgia, através de um estudo retrospectivo de todos os procedimentos cirúrgicos de mastopexia realizados pela técnica de MILLAN, na Faculdade de Medicina do ABC, de 2006 a 2012. Resultados Foram analisados prontuários de 25 pacientes submetidas à cirurgia de mastopexia com ou sem a utilização de implantes mamários de silicone, no período citado. A média da idade dos pacientes foi de 37,9 anos (variando entre 25 e 53 anos), 20 pacientes realizaram mastopexia com implante mamário e 5 somente mastopexia. As pacientes não apresentavam nenhuma comorbidade, como exigência para se submeter ao procedimento no local citado. As complicações observadas foram: um paciente (4%) com hematoma; três (12%) com seroma em pequena quantidade; um (4%) com contratura capsular; 11 (44%) com deiscência pequena; três (12%) com cicatriz hipertrófica; dois (8%) com saída de secreção pela incisão; sete (28%) com cicatriz hipercrômica; um (4%) com cicatriz hipocrômica; três (12%) com alergia ao curativo; um (4%) com alteração de sensibilidade areolar; dois (8%) com recidiva da ptose. Conclusão Neste estudo foram encontradas, como complicações, nas pacientes submetidas à mastopexia: presença de hematoma, deiscências pequenas, seroma, contratura capsular precoce, alterações cicatriciais (cicatriz alargada, hipertrófica, hipocrômica e hipercrômica), alergia ao curativo, mudança na sensibilidade areolar, recidiva da ptose, saída de secreção da ferida operatória, extrusão de fios de sutura e dor.

CODIGO DO TRABALHO: 2513

TÍTULO DO TRABALHO: MASTOPEXIA PARA ELEVAR, MEDIALIZAR , AUMENTAR OU MANTER O MESMO VOLUME DAS MAMAS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANTONIO ARCANJO BATUIRA TOURNIEUX1; TATIANA TOURINHO TOURNIEUX2; FUGÊNCIO COSTA RAMOS2; WANESSA DA COSTA LIMA2. 1. CIRURGIA PLASTICA CIENTIFICA SAO PAUO, SAO PAULO - SP - BRASIL; 2. CIRURGIA PLASTICA CIENTIFICA SAO PAULO, SAO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
MASTOPEXIA PARA ELEVAR, MEDIALIZAR , AUMENTAR OU MANTER O MESMO VOLUME DAS MAMASAUTOR: ANTONIO ARCANJO BATUIRA TOURNIEUXCO-AUTORES: TATIANA TOURINHO TOURNIEUX FUGÊNCIO COSTA RAMOS WANESSA DA COSTA LIMAINTRODUÇÃOESTE TRABALHO, FOI BASEADO, INICIALMENTE, CONFORME O PREOCEDIMENTO TÁTICO DA "MAMAPLASTIA EM (L)"DE ARMANDO CHIARI JUNIOR. A PARTE INTERESSADA,FOI A POSSIBILIDADE DE POSICIONARCOM MANOBRAS BIDIGITAIS O FUTURO POSICIONAMENTO DA PLACA AREOLO-MAMILAR, PROCURANDO DAR AO PACIENTE A IDÉIA DA FORMA E ADEQUAÇÃO DA POSIÇÃO DA MAMA.TÉCNICA E COMENTÁRIOFAZ-SE INCISÃO PERI AREOLAR E MEDIAL NA PELE, DESCOLAMENTO DO TECIDO DERMOGORDUROSO DA GLÂNDULA MAMÁRIA, PROCEDE EXCISÃO MEDIAL E RETROGLANDULAR PARA RESSECÇÃO OU NÃO DO TECIDO MAMÁRIO; EM SEGUIDA FAZ-SE A INCLUSÃO DA PROTESE, FIXAÇÃO DA MESMA COM O RETALHO GLANDULAR EXTERNO NA CARTILAGEM COSTAL, PROCURANDO MEDIALIZAR O CONJUNTO, FECHAMENTO DOS PLANOSANATÔMICOS, E RESSECÇÃO DO TECIDO DERMOGORDURO EM EXCESSO, TANTO NA VERTICAL E HORIZONTAL, FAZER SIMETRIZAÇÃO ANTES DA SUTURA FINAL.A CIRURGIA PLASTICA DA MAMA, É CLARO E DESEJÁVEL OBTER UMA BOA PROJEÇÃO, SENDO QUE DEVEMOS LEVAR EM CONTA A MANUTENÇÃODA FORMA A LONGO PRAZO. COM ESTE PROCEDIMENTO, ESTAMOS CONSEGUINDO TEXTURA E POSIÇÃO GRATIFICANTE.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2241

TÍTULO DO TRABALHO: MELANOMA CUTÂNEO: ESTUDO RETROSPECTIVO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE 2002 A 2012 NO OESTE DO PARANÁ

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GABRIEL ANGELO GARUTE ZENATTI; WILLIAN ANTONIO SEIJIN INAMINE; ANGELA RENATA DE MELO; FABRICIO MACHADO PELICIOLI; BRUNA DE SOUZA BRITO. CENTRO UNIVERSITÁRIO ASSIS GURGACZ, CASCAVEL - PR - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVO: Este estudo retrospectivo teve como objetivo analisar os dados de pacientes diagnosticados com melanoma cutâneo, em dois hospitais oncológicos referência na região oeste do Paraná. Além disso, foi montado um perfil clínico-epidemiológico dos doentes, visando futuras ações solutivas bem fundamentadas em tal âmbito, motivado pela alta taxa de mortalidade desse tumor, principalmente na região Sul do Brasil.MÉTODOS: Este estudo investigativo analisou 324 pacientes, por meio da plataforma online do Instituto Nacional de Câncer (INCA), de dois hospitais oncológicos referência do oeste paranaense: União Oeste Paranaense de Estudos e Combate ao Câncer (UOPECCAN) e o Centro de Oncologia Cascavel (CEONC).RESULTADOS: Sinteticamente, houve o predomínio do sexo masculino (55%), a partir da quinta década de vida, caucasoides (92,9%), com ocupação na área agropecuária, com os tumores localizados principalmente no tronco (38,8%), com novidades epidemiológicas no que tange o sexo e a localização primária dos tumores, além de novos dados relacionando a ocupação dos pacientes.CONCLUSÕES: Concluiu-se, em geral, com a concordância com dados previamente analisados por outros autores, com exceção da discrepância entre o sexo e a localização primária predominante. Ademais, notou-se a prevalência do melanoma cutâneo em indivíduos com ocupação agrária, abrindo leques para os gestores de saúde da região.
BIBLIOGRAFIA:- World Health Organization. World Cancer Report 2014. Lyon: International Agency for Research on Cancer; Geneva: World Health Organization, 2014.- Instituto Nacional do Câncer (INCA) [Internet]. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil [acesso em 05 jan 2017]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/- American Cancer Society [internet]. Survival Rates for Melanoma Skin Cancer, by Stage [acesso em 05 jan 2017]. Disponível em: https://www.cancer.org/cancer/melanoma-skin-cancer/detection-diagnosis-staging/survival-rates-for-melanoma-skin-cancer-by-stage.html- CHIBA, F. B.; DELFINO, A.C.G.; DAMASCENO, S.A.S; SCHETTINI, A.P.A.; CHIRANO, C.A. Perfil clínico-epidemiológico dos melanomas em duas instituições de referência na cidade de Manaus, Brasil. Anais Brasileiros de Dermatologia. 2012; 86(6): 1239-1241.- BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de informações sobre mortalidade (SIM). [Internet]. Brasília, 2013. [acesso 10 jan 2017] Disponível em: http://www.datasus.gov.br.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1147

TÍTULO DO TRABALHO: O Retalho Kite na reconstrução do polegar acometido por lesão traumática: um relato de caso.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MIKAELLE LOPES RODRIGUES1; KAROLINE KUSTER VALTER1; LUCAS DE MOURA PORTELA1; WANESSA RIBEIRO DE OLIVEIRA1; ANTONIO AGOSTINHO MOURA2; PABLO AUGUSTO COELHO COSTA1; MANOEL AURÉLIO SOARES JÚNIOR1. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL, SOBRAL - CE - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, SOBRAL - CE - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Lesões traumáticas na mão são tipo de lesões que podem deixar seqüelas funcionais e estéticas consideráveis. Diante da variedade e dimensão das lesões, os retalhos são os principais métodos de reconstrução. A escolha desses, varia de acordo com o grau de comprometimento da área, levando-se em consideração o resultado funcional e estético esperado. O objetivo do trabalho é relatar um caso de reparação da mão por meio do retalho de Kite, apresentando como local lesionado o primeiro quirodáctilo com área cruenta e exposição tendínea, avaliando-se a viabilidade técnica desse tipo de retalho. Relato de Caso: A.W.P, 47 anos, procedente de Reriutaba, Ceará, destro, lesionou o primeiro quirodáctilo esquerdo com inclinação no plano volar enquanto realizava atividade laboral com manuseio de serra no dia 29/04/15. Para reconstrução da área foi realizado o retalho de Kite no dia 02/05/15. O procedimento consiste em incluir a fáscia do primeiro músculo interósseo. O arco de rotação permite a cobertura do dorso do polegar, da primeira membrana e da porção palmar da primeira falange. O sítio doador é coberto com um enxerto de pele[1]. O paciente evoluiu bem no pós operatório, com recuperação dos movimentos e da sensibilidade local. Conclusões: Este caso revelou, assim como afirma a literatura, que o retalho Kite é versátil para cobrir os defeitos da região dorsal e, em alguns casos, da região volar do polegar. O retalho fornece sensibilidade e cobertura adequada de tecidos moles afetados, proporcionando preservação da funcionalidade do segmento reconstruído.
Bibliografia: [1]PRABHU, M. , POWAR, R. , SULHYAN, S.R. Fdma flap: a versatile technique to reconstruct the thumb. Int. J. Pharm. Med. & Bio. Sc. Vol. 2, No. 4, Outubro 2013.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1348

TÍTULO DO TRABALHO: O USO DE ENXERTO DE PELE TOTAL PARA A RECONSTRUÇÃO DE PAVILHÃO AURICULAR EXTERNO: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CLARISSA MENEZES MONTEIRO1; LORENA DOS SANTOS SÁ1; EMANOELA DA SILVA GONÇALVES1; MARIANA RÊGO FREITAS1; FELIPE CAMILO SANTIAGO VELOSO2; ANTÔNIO CARLOS BARROS LIMA JÚNIOR3; ANNA CRISTINA DE FREITAS COELHO BARROS LIMA4. 1. DISCENTE DO CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES (UNIT), MACEIÓ - AL - BRASIL; 2. DISCENTE DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DO ESTADO DE ALAGOAS (UNCISAL), MACEIÓ - AL - BRASIL; 3. MÉDICO CIRURGIÃO GERAL. DOCENTE DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DO ESTADO DE ALAGOAS, MACEIÓ - AL - BRASIL; 4. MÉDICA CIRURGIÃ PLÁSTICA. DOCENTE DO CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES, MACEIÓ - AL - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O carcinoma basocelular (CBC) é responsável por, aproximadamente, 70 a 75% dos casos de câncer de pele. A incidência de tumores cutâneos está associada à exposição crônica aos raios solares e ao envelhecimento da população. As regiões mais comprometidas são face, orelhas, pescoço, couro cabeludo, ombros e dorso, por serem áreas mais frequentemente expostas ao sol. Existem diversas modalidades de tratamento, dentre elas destacam-se os enxertos e os retalhos. RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 78 anos, hipertenso, leucodermo, apresentou lesão tumoral extensa, ulcerada, hiperemiada, de bordas irregulares e infiltrativas, comprometendo aproximadamente um terço do pavilhão auricular externo direito em sua porção anterolateral. A área da ressecção tumoral foi demarcada com azul de metileno, respeitando-se as margens de segurança preconizadas pela literatura, seguida de anestesia local com xilocaína 2%. Ressecou-se aproximadamente um terço da hélice, quase a totalidade da anti-hélice e parte da concha. Através da preservação de grande segmento da hélice, foi possível manter a forma anatômica adequada do pavilhão auricular, havendo apenas prejuízo mínimo em seu tamanho total, quando comparado ao lado contralateral. Para cobertura da área cruenta obtida após a ressecção tumoral, retirou-se um fuso de pele total na região posterior do pavilhão auricular externo esquerdo. A fim de evitar a formação de hematomas e deslocamentos do enxerto no sítio receptor, realizou-se um curativo de Brown na área receptora que foi retirado apenas 5 dias após a enxertia. CONCLUSÃO: Existem inúmeras opções disponíveis para a reconstrução pós-ressecção de tumores no pavilhão auricular externo, que proporcionam resultados estético-funcionais adequados. No caso em questão, o paciente evoluiu com um resultado extremamente satisfatório e foi possível preservar a forma do pavilhão auricular externo com diferença mínima de tamanho em relação a orelha contralateral.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1158

TÍTULO DO TRABALHO: O USO DO RETALHO DE LIMBERG PARA A RECONSTRUÇÃO DE DORSO NASAL: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: EMANOELA DA SILVA GONÇALVES1; MARIANA RÊGO FREITAS1; CLARISSA MENEZES MONTEIRO1; LORENA DOS SANTOS SÁ1; FELIPE CAMILO SANTIAGO VELOSO2; ANTÔNIO CARLOS BARROS LIMA JÚNIOR3; ANNA CRISTINA DE FREITAS COELHO BARROS LIMA4. 1. CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES - UNIT, MACEIÓ - AL - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ALAGOAS - UNCISAL, MACEIÓ - AL - BRASIL; 3. MÉDICO CIRURGIÃO GERAL. PROFESSOR DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS., MACEIÓ - AL - BRASIL; 4. MÉDICA CIRURGIÃ PLÁSTICA. PROFESSORA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES., MACEIÓ - AL - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO. A incidência de tumores cutâneos vem crescendo devido à exposição solar associada ao envelhecimento da população. O câncer de pele não-melanoma compreende o carcinoma espinocelular (CCE), geralmente menos frequente e mais agressivo, e o carcinoma basocelular (CBC), o qual representa cerca de 90% das lesões cutâneas malignas da cabeça e pescoço, sendo a região nasal frequentemente afetada. Os tumores nasais são de difícil abordagem, pois acarretam consequências estéticas significativas devido à posição de destaque do nariz na face. A ressecção tumoral, se não realizada de forma adequada, ocasiona recorrências frequentes em virtude de uma excisão incompleta. Retalhos cutâneos usados para reconstrução nasal possuem versatilidade em sua aplicação e serão selecionados conforme a particularidade de cada região anatômica acometida.RELATO DE CASO. Paciente do sexo masculino, 52 anos, feodermo, hipertenso, apresentou lesão pigmentada, com bordas irregulares e infiltrativas em dorso nasal e foi submetido à cirurgia para exérese do tumor. Realizou-se a demarcação das áreas a serem abordadas com azul de metileno seguida de anestesia local com xilocaína 2%. Para ressecção tumoral criou-se um defeito rombóide, no qual foram respeitadas as margens de segurança preconizadas pela literatura. Analisou-se a região que apresentava uma maior quantidade de pele para a confecção do retalho, o qual foi executado através da extensão da diagonal do defeito ocasionado pela ressecção, traçando ao final desta, uma linha paralela e de igual comprimento ao da face lateral do defeito rombóide. O retalho foi transposto para fechar a falha pós-excisional e o local de onde ele foi retirado é fechado primariamente.CONCLUSÃO. O retalho de Limberg apresenta destaque dentre as inúmeras alternativas disponíveis para a reconstrução dos defeitos nasais por preservar a funcionalidade e harmonia estética, respeitando a peculiaridade de cada região. O paciente evoluiu de forma satisfatória, pois foi submetido a uma intervenção operatória adequada

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1192

TÍTULO DO TRABALHO: O USO DO RETALHO DE LIMBERG PARA A RECONSTRUÇÃO DE PÁLPEBRA INFERIOR: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARIANA RÊGO FREITAS1; EMANOELA DA SILVA GONÇALVES1; CLARISSA MENEZES MONTEIRO1; LORENA DOS SANTOS SÁ1; FELIPE CAMILO SANTIAGO VELOSO2; ANTÔNIO CARLOS BARROS LIMA JÚNIOR3; ANNA CRISTINA DE FREITAS COELHO BARROS LIMA4. 1. CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES (UNIT), MACEIÓ - AL - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS (UNCISAL), MACEIÓ - AL - BRASIL; 3. MÉDICO CIRURGIÃO GERAL. PROFESSOR DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS., MACEIÓ - AL - BRASIL; 4. MÉDICA CIRURGIÃ PLÁSTICA. PROFESSORA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES., MACEIÓ - AL - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO. O carcinoma basocelular (CBC) é a neoplasia maligna da pele mais comum das pálpebras. Essa região anatômica é de abordagem complexa, pois as reconstruções podem ocasionar sequelas de difícil reparo, dentre elas destaca-se o ectrópio. O retalho de Limberg constitui uma opção adequada, visto que ele disponibiliza uma maior quantidade de tecido para a área cruenta ocasionada pela ressecção tumoral e permite o uso de uma pele de mesma espessura, semelhante ao da área acometida.RELATO DE CASO. Paciente do sexo feminino, 83 anos, leucoderma, hipertensa, apresentou lesão hiperemiada, de centro ulcerado, com bordas irregulares e infiltrativas em pálpebra inferior esquerda. A operação foi realizada objetivando a exérese do tumor com posterior reconstrução da área acometida. Inicialmente, realizou-se a demarcação da área tumoral a ser ressecada com azul de metileno seguida de anestesia local com xilocaína 2%. Para remoção do tumor, respeitou-se as margens de segurança preconizadas pela literatura. O retalho de Limberg foi executado por meio do prolongamento do diâmetro do defeito ocasionado pela retirada da lesão. Ao final desta linha traçada, foi projetada uma outra, de mesmo comprimento, paralela à área de ressecção. Esta área abordada não foi convertida em um rombóide, pois a pálpebra inferior necessita de uma maior preservação tecidual, a fim de evitar complicações.CONCLUSÃO. Existem inúmeras opções disponíveis para a reconstrução pós-retirada de tumores da região palpebral. O retalho de Limberg possibilitou a utilização de um tecido de características semelhantes às da área ressecada, conferindo um bom resultado estético e funcional para a paciente.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1196

TÍTULO DO TRABALHO: O USO DO RETALHO EM AVANÇO DO TIPO V-Y PARA A RECONSTRUÇÃO DE ASA NASAL: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARIANA RÊGO FREITAS1; EMANOELA DA SILVA GONÇALVES1; CLARISSA MENEZES MONTEIRO1; LORENA DOS SANTOS SÁ1; FELIPE CAMILO SANTIAGO VELOSO2; ANTÔNIO CARLOS BARROS LIMA JÚNIOR3; ANNA CRISTINA DE FREITAS COELHO BARROS LIMA4. 1. CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES (UNIT), MACEIÓ - AL - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DO ESTADO DE ALAGOAS (UNCISAL), MACEIÓ - AL - BRASIL; 3. MÉDICO CIRURGIÃO GERAL. PROFESSOR DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DO ESTADO DE ALAGOAS, MACEIÓ - AL - BRASIL; 4. MÉDICA CIRURGIÃ PLÁSTICA. PROFESSORA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES, MACEIÓ - AL - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO. A anatomia singular do nariz, associada à sua relevância funcional e estética, torna sua reconstrução um desafio para a cirurgia plástica. Perdas de substância nasal são recorrentes após ressecções tumorais, a exemplo do carcinoma basocelular (CBC). As subunidades nasais mais frequentemente acometidas são a asa e o dorso. Lesões de asa nasal são comuns na prática cirúrgica e existem inúmeras técnicas disponíveis para a sua reconstrução. O retalho nasogeniano e o retalho de avanço em V-Y, geralmente, são os procedimentos de escolha para a abordagem da asa nasal.RELATO DE CASO. Paciente do sexo feminino, 72 anos, leucoderma, apresentou uma lesão pigmentada, com bordas irregulares, infiltrativas e pouco ulcerado em asa nasal esquerda. Realizou-se delimitação da área tumoral a ser ressecada com azul de metileno, respeitando as margens de segurança preconizadas na literatura, seguida de infiltração de xilocaína a 2%. Posteriormente, demarcou-se um retalho em V-Y, onde o vértice do V foi posicionado sobre o sulco nasogeniano, objetivando minimizar a cicatriz, e sua base, de largura semelhante à do defeito, voltada para a área cruenta da ressecção tumoral. O avanço do retalho se faz por deslizamento e o fechamento da área doadora ocorre em forma de ?V-Y?. Após o posicionamento do retalho foram feitos dois pontos captonados, a fim de preservar o sulco da asa nasal para um melhor resultado estético.CONCLUSÃO. Existem diversas opções para a reconstrução nasal após ressecções tumorais. Através da utilização de um retalho de avanço do tipo V-Y, a paciente evoluiu com bom resultado cosmético e funcional da área abordada. Além disso, conferiu uma boa semelhança na textura e coloração da pele transposta, resultando em uma melhora expressiva da região tratada.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1806

TÍTULO DO TRABALHO: O USO DO RETALHO GLABELAR ESTENDIDO PARA A RECONSTRUÇÃO DE DORSO NASAL: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CLARISSA MENEZES MONTEIRO1; LORENA DOS SANTOS SÁ1; EMANOELA DA SILVA GONÇALVES1; MARIANA RÊGO FREITAS1; FELIPE CAMILO SANTIAGO VELOSO2; ANTÔNIO CARLOS BARROS LIMA JÚNIOR3; ANNA CRISTINA DE FREITAS COELHO BARROS LIMA4. 1. DISCENTE DO CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES, MACEIÓ - AL - BRASIL; 2. DISCENTE DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIENCIAS DA SAUDE DE ALAGOAS, MACEIÓ - AL - BRASIL; 3. DOCENTE DA UNIVERSIDADE DE CIENCIAS DA SAUDE DE ALAGOAS. MEDICO CIRURGIÃO GERAL, MACEIÓ - AL - BRASIL; 4. DOCENTE DO CENTRO UNIVERSITARIO TIRADENTES. MÉDICA CIRURGIÃ PLÁSTICA, MACEIÓ - AL - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Os tumores malignos de pele não-melanoma são o tipo de câncer de maior incidência e de igual prevalência entre homens e mulheres. O carcinoma basocelular (CBC) é o câncer de pele mais comum, sendo responsável por, aproximadamente, 70 a 75% dos casos. Caracteriza-se por seu alto grau de malignidade, capacidade de invasão local, destruição tecidual, recorrência e limitado poder de metastatização. Possui maior incidência na face devido sua constante exposição ao sol. Para as áreas anatomicamente comprometidas por esse tipo de carcinoma, opta-se por diferentes tipos de abordagens para a reconstrução, dentre elas, destaca-se os retalhos por oferecerem um melhor resultado estético.RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 70 anos, feoderma, sem comorbidades, apresentava lesão pigmentada, com bordas irregulares e infiltrativas no centro do dorso nasal. A cirurgia foi realizada há 1 ano e dois meses objetivando a exérese da lesão. No início do procedimento, a área da ressecção tumoral foi demarcada com azul de metileno, seguida de anestesia local com xilocaína 2%. Para a reconstrução da área abordada optou-se pelo uso do retalho glabelar estendido, também conhecido como retalho heminasal, uma vez que a pele dessa região apresenta mobilidade limitada. Este retalho permite que as características teciduais locais sejam preservadas, pois os tecidos utilizados na reconstrução têm as mesmas características. Retirou-se a lesão, respeitando-se as margens de segurança preconizadas pela literatura. A demarcação do retalho foi iniciada pela área de ressecção, estendendo-se superiormente em direção a região glabelar, formando-se um triângulo de base vertical. Cabe ressaltar que a incisão lateral é realizada ao longo da junção da parede nasal lateral com o dorso, possibilitando o recrutamento de pele apenas do ápice nasal e da região glabelar. A pele é elevada completamente em direção ao pedículo, seguido de um movimento de rotação inferior em direção à área do defeito objetivando sua cobertura.CONCLUSÃO: Existem inúmeras opções disponíveis para a reconstrução pós-retirada de tumores da região nasal. Através da utilização de um retalho do tipo glabelar estendido, a paciente evoluiu com bom resultado estético e funcional da área abordada. Além disso, conferiu uma boa semelhança na textura e coloração da pele transposta, resultando em uma melhora expressiva da região tratada.

CODIGO DO TRABALHO: 2650

TÍTULO DO TRABALHO: PERFIL DE CIRURGIAS PLÁSTICAS EM UM HOSPITAL DE MÉDIO PORTE NO INTERIOR DE MINAS GERAIS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GUSTAVO NADER GUIDOUX; JACKELINE RIBEIRO OLIVEIRA GUIDOUX; ANDRÉIA GONÇALVES DOS SANTOS; CLEIDINEY ALVES E SILVA; JÉSSICA DE CARVALHO ANTUNES BARREIRA. IMEPAC ARAGUARI, ARAGUARI - MG - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVO: Listar as cirurgias plásticas realizadas em um centro cirúrgico de um hospital de médio porte do interior de Minas Gerais. Correlacioná-las com o perfil dos pacientes (idade, sexo) e com o tipo de anestesia utilizada nos principais procedimentos. MÉTODO: Trata-se de um recorte de um trabalho de levantamento de perfil de cirurgias dos últimos quatro anos realizadas no centro cirúrgico do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Araguari ?MG. Os dados foram analisados e tabulados em planilha de Excel, análise estatística simples, e referem-se ao período de janeiro a dezembro de 2016. RESULTADOS: Foram encontrados 288 registros de pacientes que totalizaram 326 procedimentos cirúrgicos, representando 9,94% do total de cirurgias realizadas no período citado. Destas, 85,89% foram realizadas no sexo feminino e 14,11% no masculino. A faixa etária mais acometida foi a de adultos jovens (19 ? 44 anos) que se submeteu a 50,92% de todas as cirurgias plásticas, seguida da faixa de 45 a 59 anos, com 17,48%. Cerca de 16,26% dos procedimentos não tiveram a coluna idade preenchida. Os três procedimentos mais observados podem ser classificados tanto como cirurgia plástica reparadora quanto estética e correspondem a um total de 49.09% do total, sendo respectivamente representadas pela inserção de prótese mamária (26,69%), lipoabdominoplastia (11,66%) e blefaroplastia (10,74%). CONCLUSÃO: Sabe-se que a cirurgia plástica divide-se em dois ramos principais: estética e reparadora, mas pode ter um caráter misto. Observou-se que a maior quantidade de abordagens cirúrgicas foi em mulheres, adulto-jovens e em região de tronco e face, condizente com a literatura atual, o mesmo valendo para os tipos anestésicos. Vale ressaltar que a falta de informações acerca da idade no livro de registo pode mascarar uma análise mais fidedigna no presente trabalho.REFERÊNCIASCOELHO, Fernanda; et al. Insatisfação corporal e influência da mídia em mulheres submetidas à cirurgia plástica. Rev. Bras. Cir. Plást. 30(4):567-573, 2015.SIMONETI, Fernanda; et al. Perfil epidemiológico de pacientes com tumores cutâneos malignos atendidos em ambulatório de cirurgia plástica de serviço secundário no interior de São Paulo. Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba 18(2): 98-102, 2016.SOUZA, Cecília; et al. Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos pelo serviço de cirurgia plástica do hospital João XXIII em Belo Horizonte/ MG no período de março à agosto de 2013. Rev. Bras. Cir. Plást. 29(2):269-74, 2014.

CODIGO DO TRABALHO: 2963

TÍTULO DO TRABALHO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS CIRURGIAS PLÁSTICAS EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM TERESINA-PI NO ANO DE 2015

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JULIANA CUNHA DA COSTA1; BRENNO IVO SOARES SANTOS2; THIAGO AYRES HOLANDA1; CARLO VICTOR SOUSA RODRIGUES1; LUCAS DE DEUS SOUSA1; JOÃO LISBOA DE FLORES NETO1; BRENDA IRLA SOARES SANTOS3. 1. NOVAFAPI, TERESINA - PI - BRASIL; 2. UFPI/HSPE, TERESINA - SP - BRASIL; 3. UFPI, TERESINA - PI - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVO: Descrever características epidemiológicas de cirurgias plásticas estéticas realizadas em hospital de referência no estado do Piauí. MATERIAL E MÉTODOS: O universo pesquisado foi o conjunto de pacientes submetidos a cirurgia plástica no ano de 2015 em hospital de referência, sendo analisadas as seguintes variáveis: mês de realização, sexo do paciente, idade, tipo de cirurgia realizada, tipo de procedimento anestésico realizado. RESULTADOS: Foram realizadas 819 cirurgias plásticas no hospital pesquisado. Mulheres corresponderam a 91% dos casos. Lipoaspiração (29,4%) e mamoplastia (21,3%) foram as cirurgias mais executadas. Em homens, o implante capilar correspondeu a 52% dos procedimentos realizados neste sexo. Os meses de Janeiro, Julho, Outubro e Dezembro foram os de maior movimento cirúrgico (41,7% dos casos). Quanto ao tipo de anestesia, geral endovenosa foi a via prefencial sendo utilizada em 69% dos atos cirúrgicos, nestes em 47 % associada a anestesia peridural. A duração média das cirurgias plásticas estéticas correspondeu a 290 minutos. CONCLUSÃO: Apesar de ser considerado um dos estados de menor PIB da federação, o presente estudo concluiu que a cirurgia plástica estética representa um importante segmento das cirurgias realizadas. Lipoaspiração e mamoplastia foram as cirurgias mais executadas, correspondendo com a literatura. Mulheres corresponderam à mais de 90% dos casos, dado um pouco discrepante da realidade nacional, onde os homens já representam um segmento maior. REFERÊNCIAS: 1. Srinivasa DR, et al. Global Adverse Event Reports of Breast Implant-Associated ALCL: An International Review of 40 Government Authority Databases., Plast Reconstr Surg. 2017 Jan 20. 2. Hammoudeh ZS, et al. The "Independent" Plastic Surgery Match: Analysis of Changes in Recent Years and Applicant Preferences. J Surg Educ. 2016 Nov - Dec.

CODIGO DO TRABALHO: 574

TÍTULO DO TRABALHO: Perfil epidemiológico das pacientes submetidas à cirurgia de mastectomia em um serviço de mastologia do interior do Ceará

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LUCAS DE MOURA PORTELA; MIKAELLE LOPES RODRIGUES; ANTONIO ROMÉRIO LEITE DE MACÊDO; ANTÔNIO IGOR TAUMATURGO DIAS SOARES; ÉRICA BEZERRA DE ALMEIDA; MANOEL AURÉLIO SOARES JÚNIOR; JOSÉ JUVENAL LINHARES; FRANCISCO JARDAS SAMPAIO DE SOUSA. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, SOBRAL - CE - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Descrever o perfil epidemiológico das mulheres que realizaram cirurgia de mama em um serviço de Mastologia em Sobral, Ceará. Método: Este estudo foi desenvolvido no setor de Mastologia da Santa Casa de Misericórdia de Sobral - CE. Foram entrevistadas mulheres mastectomizadas, atendidas por esse serviço e em acompanhamento médico, que realizaram ou não a cirurgia de reconstrução mamária. Foram abordadas 33 pacientes no período de novembro de 2016 a janeiro de 2017. Foi assinado termo de consentimento e as informações processadas em formulários validados. Resultados: Das 33 pacientes, 7 (21,2%) haviam feito cirurgia de reconstrução mamária e 26 (78,8%) declararam não ter feito a cirurgia reconstrutiva, sendo a faixa etária predominante destas de 43 a 84 anos, excluindo-se apenas uma paciente com 28 anos, e daquelas, de 28 a 39 anos. Quanto à procedência das 33 pacientes, 22 (66,7%) eram de outras localidades, sendo apenas 11 (33,3%) procedentes de Sobral, revelando um forte influxo de paciente de outras cidades. Ocorreu predomínio de mulheres que se autodeclararam não brancas 25 (75,8%) em vista de 8 (24,2%) brancas, sendo 78,8% do total da amostra adepta do Catolicismo e 21,2% adepta da religião Evangélica. Para o cálculo da renda das pacientes, foi utilizado o critério de estratificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa ? ABEP, em que 17 (51,5%) mulheres apresentavam renda média familiar de R$ 424,00, 13 (39,4%) de R$ 927,00, seguido de 2 (6,1%) com renda de R$ 1.669,00 e apenas 1 (3%) com renda de R$ 207,00. Com relação ao estado civil, predominaram as casadas (54,5%), seguido das solteiras com 27,3%. Quanto ao nível de escolaridade, um terço, 33,3% eram analfabetas ou possuíam primário incompleto. E em relação à ocupação, 13 (39,4%) estavam empregadas, 10 (30,3%) desempregadas e 10 (30,3%) aposentadas. Conclusões: A maior parte das mulheres mastectomizadas se constitui por mulheres não brancas, de baixa escolaridade e baixa renda, na faixa etária de 28 a 84 anos e provenientes de outras cidades (66,7%). Essas informações são de extrema importância para que possam ser estabelecidas medidas visando à estruturação e acompanhamento das ações de saúde para essas pacientes. Bibliografia: SILVA, Ana Cláudia Conceição da. et al. Perfil Epidemiológico de Mulheres que Realizaram Mastectomia em uma Unidade-Referência em Salvador-Bahia. Revista Brasileira de Saúde Funcional, [s.l], v.1, n.1, p.31-41, jun. 2014.

CODIGO DO TRABALHO: 882

TÍTULO DO TRABALHO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES VÍTIMAS DE QUEIMADURAS INTERNADOS NO ESTADO DO PIAUÍ NO ANO DE 2016

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ROBSON DAVID DE ARAÚJO LIAL1; DANNIEL ANDRADE DA ROCHA1; WELLIGTON RIBEIRO FIGUEIREDO2; DIEGO COIMBRA ALENCAR1; GUILHERME MEIRELES FERREIRA2; MARIANE MENDES GIL BARBOSA SANTOS3; EULER DAVE CARDOSO RIBEIRO MATOS SILVA4; ALEXANDRE ANDRADE SOUSA4. 1. FACULDADE INTEGRAL DIFERENCIAL, TERESINA - PI - BRASIL; 2. HOSPITAL GETÚLIO VARGAS, TERESINA - PI - BRASIL; 3. HOSPITAL SANTA MARIA, TERESINA - PI - BRASIL; 4. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA, TERESINA - PI - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: No Brasil, as queimaduras são responsáveis por 2500 mortes anuais causando o dispêndio de grandes cifras monetárias tanto no tratamento quanto na recuperação e até mesmo com relação ao afastamento dos pacientes de suas ocupações laborais. Além desse ônus anteriormente citado tem-se as repercussões psicológicas negativas abrangendo todas as faixas etárias. OBJETIVO: Caracterizar os pacientes queimados internados no estado do Piauí com relação às variáveis: sexo, média de permanência e idade. MÉTODO: Estudo observacional e retrospectivo através da coleta de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), tabulação e estatística descritiva através do programa Microsoft Excel 2016 e revisão narrativa comparativa da literatura. RESULTADOS: Mesmo com a existência de subnotificações registradas pelo sistema foi observado que os meses de maior prevalência de internação foram agosto e dezembro com predominância do sexo masculino. Já o de menor prevalência foi maio com inversão do padrão com relação ao sexo. A média de permanência também destacou o período de maio com maior proporção das mulheres. Subsequentemente ao se comparar a idade houve destaque o intervalo de 20 ? 29 anos. Provavelmente o primeiro achado supracitado é devido aos meses de férias juntamente com uma exposição maior do sexo masculino. E o último pode ser correlacionado com atividades laborais entre outros fatores. CONCLUSÕES: Apesar de algumas limitações devido às subnotificações de alguns dados, o presente trabalho é valido pois permite uma análise de pontos importantes como o sexo e a média de permanência hospitalar. Dessa forma, isso possibilita verificar falhas e com isso reajustar alguns pontos importantes (como melhorar equipamentos cirúrgicos/curativos), afim de trazer recuperação mais rápida aos pacientes, além de minimizar os gastos com tempo de hospitalização.BIBLIOGRAGIASANTOS, E. A. dos, et al. Ocupações com maior risco para acidente com queimaduras. Rev. Bras. Queimaduras. v.13, n.4, p.260-4. Nov 2014. Disponível em: . Acesso em: 11 Fev. 2017.SIMÃO, T. S.; FELS, K. W.; FAIWICHOW, L. QUEIMADURAS AUTOPROVOCADAS NO IAMSPE: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO SBQ-R. Arquivos Catarinenses de Medicina. v.41, n.01. 2012. Disponível em: . Acesso em: 11 Fev. 2017.

CODIGO DO TRABALHO: 1013

TÍTULO DO TRABALHO: Primeiro Tempo de Reconstrução Mamária na Síndrome de Poland: Relato de caso e Revisão de Literatura

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GERSON VILHENA PEREIRA FILHO1; DANIEL RIBEIRO DEBASTIANI1; EDUARDO FERNANDES DA COSTA1; MARCOS VINÍCIUS CREDIDIO1; ALEXANDRE KATALINIC DUTRA1; VICTOR HUGO LARA CARDOSO DE SÁ1; JULIANA DALTRINO TEODORO2; LUIZ GUSTAVO MARTINS BURANELLO1. 1. FACULDADE DE MEDICINA DO ABC, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA DO ABC, SÃO BERNARDO DO CAMPO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Resumo1.1 IntroduçãoA Síndrome de Poland é uma anomalia congênita rara com uma incidência de um para cada trinta e dois mil nascidos vivos. Ela se caracteriza principalmente por uma hipoplasia ou aplasia da parede torácica unilateralmente (forma mais comum) e raramente bilateral, o que promove uma ausência, parcial ou não, do músculo peitoral maior ou então sua malformação. Associada à anormalidade torácica, a síndrome envolve também malformações na mão ipsilateralmente como: sindactilias diversas, ausência de falanges médias, fusão dos ossos do carpo ou encurtamento do antebraço. Nas mulheres ainda pode ocorrer a hipoplasia da mama ou amastia do mesmo lado acometido da parede torácica. 1.2 ObjetivoEste relato de caso objetiva descrever o primeiro tempo de correção cirúrgica de uma paciente portadora da síndrome de Poland.1.3 Relato do CasoPaciente sexo feminino, 21 anos, procurou o serviço no Hospital de Ensino Padre Anchieta por apresentar uma deformidade torácica esquerda, além de apresentar sindactilia na mão ipsilateral. Visando a correção desta deformidade torácica, foi realizado um planejamento cirúrgico em dois tempos. A primeira etapa cirúrgica, trata-se da inclusão de expansor mamário de silicone via sulco mamário, abaixo da musculatura peitoral hipoplásica. Essa etapa permitiu a expansão do tecido mamário sem complicações, para posterior troca por implante mamário de silicone definitivo. 1.4 ConclusãoA inclusão do expansor mamário de silicone, permitiu a expansão do tecido torácico sem complicações, até o presente momento, no caso descrito. Palavras Chave: Síndrome de Poland, Mamoplastia, Implantes de Mama, Sindactilia, Anormalidades Congênitas.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2452

TÍTULO DO TRABALHO: Queimadura química por água de bateria: relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RAFAEL ADAILTON DOS SANTOS JUNIOR1; BRUNO BARRETO CINTRA2; ALEX RODRIGUES MOURA2. 1. UNIVERSIDADE TIRADENTES, ARACAJU - SE - BRASIL; 2. HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE SERGIPE, ARACAJU - SE - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO As queimaduras são lesões nas quais ocorre perda tecidual, que resultam em grandes consequências clínicas, locais e sistêmicas. Apresentam múltiplas etiologias, gravidade e prognóstico variados.1,2,3 Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a queimadura é classificada nos Estados Unidos como a quarta causa de morte por injúria e quinta causa de morte violenta em todo o mundo.4 Estimativas apontam que ocorrem em torno de 1.000.000 deacidentes com queimaduras por ano. Destes, 2.500 irão a óbitodireta ou indiretamente ocasionados por suas lesões.5 O hidróxido de sódio e o ácido sulfúrico (constituinte eletrolítico das baterias automotivas) correspondem aos dois principais agentes responsáveis pelas queimaduras químicas, respectivamente. No que relaciona-se ao gênero, 79% são do sexo masculino, e os indivíduos de 19 a 45 anos responderam por 75% dos pacientes desse estudo.8 Em virtude da apresentação clínica peculiar e do manejo diferenciado, ressalta-se a importância do seu conhecimento para obtenção de bons resultados. RELATO DE CASO PFJ, sexo masculino, 20 anos de idade, apresentou-se no pronto-socorro do Hospital de Urgências de Sergipe (HUSE) com lesões infectadas ocasionadas por queimadura química por ácido sulfúrico em membro inferior esquerdo 15 dias antes. O membro inferior esquerdo apresentava queimaduras de 2º e 3º graus, associadas a edema, hipertermia, drenagem de secreção purulenta e necrose cutânea extensa.Foi submetido a debridamento cirúrgico, com grande exposição da musculatura da coxa e internado na UTQ do HUSE. Durante a internação, fez uso de terapia tópica com Sulfadiazina de Prata e Dersani®, complicou com febre de difícil controle, colite pseudomembranosa e insuficiência renal aguda. No 38º DIH, foi submetido a auto-enxertia de pele parcial e após correção das complicações clínicas e avaliação do enxerto, recebeu alta hospitalar no 52º DIH. CONCLUSÃO As queimaduras químicas figuram num cenário a parte, tendo em vista que muitos profissionais não estão aptos a fazer o correto manejo, além de elas apresentarem-se clinicamente de maneira peculiar, requerendo cuidados especiais. O atendimento inicial rápido e eficaz é de fundamental importância na evolução da queimadura. Quando isso não ocorre, o tratamento posterior é dificultado como visto no presente relato, em que só foi estabelecida conduta adequada dias após o ocorrido e diante de uma infecção grave e de difícil controle.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 566

TÍTULO DO TRABALHO: Questões relacionadas ao aleitamento e outras formas de alimentação de crianças com fissura labiopalatina submetidas a procedimento cirúrgico reconstrutor

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LUCAS DE MOURA PORTELA; WANESSA RIBEIRO DE OLIVEIRA; ÉRICA BEZERRA DE ALMEIDA; ANTÔNIO IGOR TAUMATURGO DIAS SOARES; KAROLINE KUSTER VALTER; ANTONIO ROMÉRIO LEITE DE MACÊDO; PABLO AUGUSTO COELHO COSTA; ANTONIO AGOSTINHO MOURA. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, SOBRAL - CE - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Identificar dificuldades na amamentação e ingestão de outros alimentos antes de procedimento reconstrutor, a perspectiva do cuidador após cirurgia e prognóstico desta no ato de alimentar. Método: Trata-se de um estudo descritivo quantitativo. Durante mutirão de reconstrução de fenda labial e/ou palatina (FL ± P), realizado na Santa Casa de Misericórdia de Sobral, durante o período de 12 a 16 de outubro de 2015, universitários captaram aleatoriamente seis famílias de pacientes beneficiados com cirurgias reparadoras organizadas pela Smile Train. Esses pacientes tinham entre 3 meses e 7 anos, e a entrevista foi respondida pelo responsável pela criança. Resultados: Apesar de todas as famílias com portadores de (FL ± P) terem recebido incentivo ao aleitamento, 2 responsáveis afirmaram que possuíam dúvida quanto a amamentação do bebê. Além disso, como principais problemas vivenciados, 80% apresentaram dificuldade da pega e engasgo e 40% regurgitação e pouco volume de leite sugado. Em outro estudo entre os problemas mais comuns relacionados ao aleitamento, encontra-se sucção inadequada por falta de pressão oral, fadiga durante a amamentação, alimentação prolongada e comprometimento do crescimento e nutrição. Também nesse estudo, todos enfermeiros questionados sobre aleitamento para lactentes com (FL ± P) relataram ausência de aprendizado[1]. Apesar de em nosso estudo 83,3% dos cuidadores terem afirmado que a equipe de enfermagem apoiou o aleitamento e instruiu devidamente suas dúvidas e medos, apenas 50% das famílias receberam orientações quanto às maneiras de evitar as regurgitações ou engasgos e como proceder nos primeiros socorros. O problema da alimentação é tão relevante que 66,7% dos cuidadores esperavam por melhoria na deglutição da criança após cirurgia. Conclusões: É evidente a importância que a amamentação tem no crescimento e desenvolvimento e ainda mais para indivíduos com anomalias. Contudo, percebe-se que, mesmo tendo atuação fundamental no prognóstico, as equipes de saúde apresentam conhecimentos incipientes e não repassam informações aos cuidadores. Além disso, as crianças que crescem com problemas na área alimentar teriam suas dificuldades sanadas com a cirurgia reparadora. Bibliografia: [1]TOLEDO NETO, João Lopes, et al. Conhecimento de enfermeiros sobre amamentação de recém-nascidos com fissura labiopalatina. Rev Rene. 2015 jan-fev; 16(1):21-8.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2445

TÍTULO DO TRABALHO: RECONSTITUIÇÃO DA PAREDE TORÁCICA EM TUMORES AVANÇADOS DA MAMA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DAVI BRAGA DE CARVALHO1; RAIMUNDO NONATO VAZ DE SOUSA FILHO1; ISADORA MARIA MATIAS BATISTA2; THAIGRA NUNES LULA REIS1; JOÃO ESTEVAM DA ROCHA FONSECA NETO1; LEONARDO FORTES GOMES1; MIRNA KARINE DE BRITO MELO ESCÓRCIO2; RAISSA TECIA BRAGA DE CARVALHO2. 1. FACID, TERESINA - PI - BRASIL; 2. NOVAFAPI, TERESINA - PI - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOO câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais prevalente no mundo e o primeiro entre as mulheres.[1] Apesar dos avanços no rastreamento e no diagnóstico precoce do câncer de mama, ainda há muitos casos dramáticos de tumores localmente avançados, ou de recidivas tumorais locorregionais, que exigem grandes ressecções cutâneas e, em alguns casos, até ressecções do gradil costal e do esterno, levando a grandes defeitos da parede torácica.[2] As técnicas mais utilizadas para o fechamento de partes moles em casos extremos são os retalhos miocutâneos. Este trabalho teve como objetivo demonstrar algumas das estratégias cirúrgicas utilizadas na reconstrução de grandes defeitos no tórax pós ressecção de tumores avançados na mama.MÉTODOFoi realizado um estudo clínico prospectivo no período de julho de 2016 a janeiro de 2017, de uma série de casos de tumores extensos na mama.RESULTADOSForam realizados 4 retalhos do músculo grande dorsal para cobertura de defeitos da parede anterior do tórax, 4 retalhos fasciocutâneos na parede anterior do tórax e abdômen. Observou-se uma cobertura eficaz dos defeitos originados pós ressecção das neoplasias.DISCUSSÃONas intervenções sobre a parede torácica, o planejamento deve considerar: a extensão da ressecção de partes moles, ossos e cartilagens, tipo de material a ser usado para a reconstrução do arcabouço, retalhos disponíveis, recursos para garantir a adequada expansão pulmonar.[3] O retalho do músculo grande dorsal, pediculado na artéria toracodorsal, é uma boa opção para cobertura de defeitos anteriores e anterolaterais do hemitórax.4 Tem a vantagem de ter um bom arco de rotação e poder ser desenhado de formas e tamanhos variados. Os retalhos fasciocutâneos baseiam-se na vascularização superficial dos plexos subdérmicos da fáscia superficial dos tecidos que recobrem a parede torácica.5 Por ser uma região ricamente vascularizada permite a confecção de retalhos longos, espessos, resistentes e seguros. Pode-se utilizar com base pedicular medial ou lateral. Nos relatos apresentados, foram realizados quatro retalhos fasciocutâneos para a cobertura de defeitos torácicos. CONCLUSÃOO tratamento cirúrgico agressivo é viável nestes tumores e, diferentes técnicas para a reconstrução do tórax são possíveis, devendo ser realizado o reparo que possibilite um menor trauma cirúrgico e menor morbidade, de forma a não retardar o tratamento adjuvante nestes pacientes.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1936

TÍTULO DO TRABALHO: Reconstrução com múltiplos retalhos faciais após excisão de extenso Carcinoma Basocelular: Um relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: EDUARDA VIDAL ROLLEMBERG1; JULIANA ALVES DA SILVA2; LIS ROCHA CAMPOS1; AUGUSTO GURGEL FARIA ARAÚJO3. 1. UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA, BRASILIA - DF - BRASIL; 2. CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 3. INSTUTUTO DE CIRURGIA DO LAGO, BRASILIA - DF - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O Carcinoma Basocelular (CBC) é o tipo mais comum de câncer de pele3. Dentre os subtipos do CBC, o esclerodermiforme é o de pior prognóstico e manifesta-se como placas atróficas de limites imprecisos com alta probabilidade de recidiva. O Tratamento padrão-ouro do CBC é a excisão cirúrgica com margens de segurança adequadas. A reconstrução após excisão cirúrgica é etapa fundamental devido aos danos causados pela ressecção do tumor.Relato do caso: P. A.P, 58 anos, submetido a ressecção de carcinoma basocelular há 10 anos em pálpebra inferior direita, referia tumoração no mesmo local de crescimento lento e progressivo há 6 anos, associado à lacrimejamento e eritema conjuntival. Ao exame, apresentava tumoração eritemato-escamosa, descamativa que compreendia toda pálpebra inferior direita (lamela posterior e anterior), região malar direita e dorso nasal. Foi submetido à cirurgia de ressecção de lesão com biópsia de congelação transoperatória que revelou margens cirúrgicas livres de neoplasia. Para a reconstrução da pálpebra inferior direita foi utilizado retalho miocutâneo monopediculado da pálpebra superior ipsilateral associado ao enxerto de cartilagem auricular para substituição do tarso ressecado. A região malar foi coberta com retalho de avanço após descolamento da pele pré-auricular e cervical. O retalho médio-frontal baseado na artéria supra-troclear foi utilizado para reconstrução da região nasal. A drenagem lacrimal foi refeita por meio de fratura do osso nasal e manutenção de uma sonda no pertuito por 7 dias para epitelizar o novo ducto lacrimal. O paciente se recuperou satisfatoriamente, sem complicações pós-operatórias. Realizou outras pequenas cirurgias para refinamentos. Apresenta-se, após 4 anos de acompanhamento, sem sinais de recidiva e resultado estético satisfatório.Conclusão: O CBC esclerodermiforme é um tumor agressivo que pode trazer graves acometimentos à área atingida. Para o tratamento eficaz, a ressecção deve ser ampla e o tratamento com retalhos deve ser executado preferencialmente após confirmação histopatológica de margens cirúrgicas livres. Diante de defeitos complexos na face envolvendo várias subunidades faciais, o tratamento abordado com diversos retalhos específicos para cada subunidade facial facilita o planejamento cirúrgico e apresenta resultados satisfatórios.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 476

TÍTULO DO TRABALHO: Reconstrução de lesão submandibular causada por CBC nodular com retalho bipediculado em ?Cata Vento?

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARIANA DA SILVA ASSIS; FREDERICO KLANN VICTORINO; DAIANE PAULO; PAULA VICK VIEIRA; AMANDIA MONICA MARCHETTI. UNIVALI, ITAJAÍ - SC - BRASIL.

RESUMO:
Introdução:O câncer de pele mais comum é o carcinoma basocelular (CBC), responsável por 70% a 80% dos casos. É um tumor de alto grau de malignidade, com capacidade de invasão local, destruição tecidual, recorrência e com limitado poder de metastização. A morbidade do CBC está relacionada à invasão e destruição tecidual local, principalmente na cabeça e no pescoço. A excisão cirúrgica é considerada o tratamento ?padrão ouro? no tratamento do CBC. A maior chance de cura desta neoplasia depende de um tratamento correto, sendo necessária sua excisão completa na primeira intervenção. Para aumentar as chances de cura é fundamental ter o controle histológico das margens no ato operatório. Nesse sentido, objetiva-se apresentar um caso de CBC nodular na região submandibular esquerda que teve como tratamento a ressecção do tumor, bem como mostrar a reconstrução da região acometida com retalho bipediculado e o aspecto funcional e estético resultante da medida terapêutica escolhida.Relato de Caso:Paciente feminina, 74 anos, nascida e residente em Blumenau-SC, descendente de alemães, aposentada e ex-trabalhadora rural. Consultou no Serviço de Cirurgia Plástica da Policlínica Lindolf Bell em abril de 2014, com queixa de lesão em região submandibular E com 2 anos de evolução, associada à prurido e sangramento ao trauma local. É hipertensa em uso de Losartana 50mg 2x/dia, nega história prévia de câncer de pele, outras co-morbidades ou alergias. Nega história familiar de câncer de pele. Ao exame físico apresentava lesão nodular, perolada, extensa, de bordos irregulares e ulceração central em região submandibular E. Indicou-se biópsia incisional da lesão, realizada em caráter ambulatorial, na mesma Policlínica, sob anestesia local, com diagnóstico de carcinoma basocelular nodular. Programado ressecção total do tumor e reconstrução com rotação de retalho bipediculado em ?cata-vento?. Foram realizados exames pré-operatórios, cujos resultados não impediram o procedimento. Cirurgia realizada ambulatorial, também na Policlínica Lindolf Bell, com anestesia local, sem intercorrências.Conclusão:É importante enfatizar o potencial de morbimortalidade dos CBC e a necessidade de diagnóstico precoce. Ainda, alerta-se para o correto manejo das lesões e escolha adequada de tratamento para cada paciente, a fim de preservar os tecidos em amplo âmbito estético-funcional.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 477

TÍTULO DO TRABALHO: Reconstrução de lesão submandibular causada por CBC nodular com retalho bipediculado em ?Cata Vento?

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARIANA DA SILVA ASSIS; FREDERICO KLANN VICTORINO; DAIANE PAULO; PAULA VICK VIEIRA; AMANDIA MONICA MARCHETTI. UNIVALI, ITAJAÍ - SC - BRASIL.

RESUMO:
Introdução:O câncer de pele mais comum é o carcinoma basocelular (CBC), responsável por 70% a 80% dos casos. É um tumor de alto grau de malignidade, com capacidade de invasão local, destruição tecidual, recorrência e com limitado poder de metastização. A morbidade do CBC está relacionada à invasão e destruição tecidual local, principalmente na cabeça e no pescoço. A excisão cirúrgica é considerada o tratamento ?padrão ouro? no tratamento do CBC. A maior chance de cura desta neoplasia depende de um tratamento correto, sendo necessária sua excisão completa na primeira intervenção. Para aumentar as chances de cura é fundamental ter o controle histológico das margens no ato operatório. Nesse sentido, objetiva-se apresentar um caso de CBC nodular na região submandibular esquerda que teve como tratamento a ressecção do tumor, bem como mostrar a reconstrução da região acometida com retalho bipediculado e o aspecto funcional e estético resultante da medida terapêutica escolhida.Relato de Caso:Paciente feminina, 74 anos, nascida e residente em Blumenau-SC, descendente de alemães, aposentada e ex-trabalhadora rural. Consultou no Serviço de Cirurgia Plástica da Policlínica Lindolf Bell em abril de 2014, com queixa de lesão em região submandibular E com 2 anos de evolução, associada à prurido e sangramento ao trauma local. É hipertensa em uso de Losartana 50mg 2x/dia, nega história prévia de câncer de pele, outras co-morbidades ou alergias. Nega história familiar de câncer de pele. Ao exame físico apresentava lesão nodular, perolada, extensa, de bordos irregulares e ulceração central em região submandibular E. Indicou-se biópsia incisional da lesão, realizada em caráter ambulatorial, na mesma Policlínica, sob anestesia local, com diagnóstico de carcinoma basocelular nodular. Programado ressecção total do tumor e reconstrução com rotação de retalho bipediculado em ?cata-vento?. Foram realizados exames pré-operatórios, cujos resultados não impediram o procedimento. Cirurgia realizada ambulatorial, também na Policlínica Lindolf Bell, com anestesia local, sem intercorrências.Conclusão:É importante enfatizar o potencial de morbimortalidade dos CBC e a necessidade de diagnóstico precoce. Ainda, alerta-se para o correto manejo das lesões e escolha adequada de tratamento para cada paciente, a fim de preservar os tecidos em amplo âmbito estético-funcional.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 3036

TÍTULO DO TRABALHO: RECONSTRUÇÃO DE MAMA COM RETALHO MIOCUTÂNEO DO MÚSCULO LATÍSSIMO DO DORSO: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JULIANA COELHO XAVIER1; LUÍS AUGUSTO PRAZIM BEZERRA2; MATHEUS OLIVEIRA CARLOTA3; HEMELI GEANINE BERTOLDI4; FELIPE AUGUSTO FERREIRA SIQUELLI5; TATYANE RIBEIRO DE CASTRO PALITOT6; GABRIEL LUNARDI ARANHA4. 1. UNINASSAU, RECIFE - PE - BRASIL; 2. UESB, VITORIA DA CONQUISTA - BA - BRASIL; 3. PUCCAMP, CAMPINAS - SP - BRASIL; 4. SUPREMA, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL; 5. FACISB, BARRETOS - SP - BRASIL; 6. UFRN, NATAL - RN - BRASIL.

RESUMO:
O câncer de mama é a neoplasia de maior incidência nas mulheres. O carcinoma ductalinfiltrante é o tipo histológico de câncer de mama invasivo mais comum. O prognóstico apesar de bom quando isolado, é sombrio em casos de metástases. O tratamento cirúrgico tem significante papel e o mais utilizado é a mastectomia radical modificada, método que preserva o músculo peitoral. Essa prática tem como exemplos o uso de expansores teciduais e implantes de silicone, retalhos miocutâneos e transferências de tecido autógeno. O retalho miocutâneo do músculo latíssimo do dorso é uma das abas mais confiáveis utilizados em cirurgia reconstrutiva e é conhecido por seu uso na parede torácica, reconstrução pós-mastectomia e também é utilizado de forma eficaz para a cobertura de grandes defeitos dos tecidos moles. Não existem contraindicações absolutas ao seu uso caso o pedículo vascular esteja intacto. A reconstrução da mama aparece com grande importância na recuperação da auto-estima e no bem-estar, principalmente pela sensação de mutilação provocada pela mastectomia, que tem implicações físicas, estéticas, sociais e sexuais. Trata-se de um relato de caso subsidiado por análise retrospectiva do prontuário e revisão bibliográfica. Paciente, 64 anos, feminino, apresentou diagnóstico de carcinoma ductalinfiltrante, estádio IIB, em mama direita. Foi submetida à mastectomia radical modificada (linfonodo sentinela negativa) sem esvaziamento axilar, associada à reconstrução mamária imediata, com retalho miocutâneo do músculo grande dorsal e colocação de prótese de silicone texturizada, perfil baixo, volume 310cm3 (cc). Após 12 meses, realizou segundo tempo da reconstrução mamária através de enxerto de pele parcial da região crural e mamilo contra-lateral associada à colocação de prótese de silicone texturizada, perfil moderado, volume de 150cc na mama remanescente. A técnica mais usada para reconstrução é o uso de expansor tecidual e inclusão de prótese de silicone, 40% dos casos. Em 36% dos procedimentos foi realizado retalho do músculo latíssimo do dorso. A reconstrução imediata parece ser mais benéfica para a mulher, pois evita mais constrangimentos em relação à cirurgia reconstrutora retardada. Tendo em vista suas características, o retalho do músculo latíssimo do dorso apresentou-se como boa opção para correção, com resultado favorável, de fácil reprodução e com baixos riscos de complicações, correspondendo aos objetivos propostos.

CODIGO DO TRABALHO: 1232

TÍTULO DO TRABALHO: Reconstrução de membro superior após ressecção de carcinoma anexial de glândulas apócrinas

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DANIEL DE MORAIS TAVARES1; HAMILTON ALLEARDO GOELA1; DANIEL JOSÉ DE MORAIS FOZATI1; DECIO LUIS PORTELLA1; ORLANDO JOSÉ AVALOS FRANCO2; KARINE HELENA BÓCOLI1; ANDERSON RYO KUBONIWA1; GILMAR VIEIRA VELOSO JÚNIOR1. 1. PUC-SP, SOROCABA - SP - BRASIL; 2. PUC-SP, SOROCABA - PARAGUAI.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A reconstrução de membros superiores após grandes perdas de tecido no trauma ou ressecções amplas de tumores cutâneos é um desafio ao cirurgião plastico. O retalho lateral do braço auxilia na cobertura em defeitos à distância, usado de forma micro cirurgica, porém apresenta uma excelente opção para reconstrução de defeitos complexos quando pediculados. RELATO DO CASO: Paciente RNF, 65 anos, sexo masculino, branco, agricultor, procedente de Araiçoaba da Serra ? SP. Relata exposição solar durante anos sem uso de filtro. Atendido no ambulatório de Cirurgia Plástica do Serviço Linneu Mattos Silveira da PUC-SP, com história de lesão cultânea ulcerada em braço direito, próximo ao deltoide, de aparecimento há 3 anos e crescimento progressivo. Ao exame: Lesão de cerca de 3cm no maior diâmetro, ulcerada, com hiperemia ao redor. Realizado procedimento cirurgico em agosto de 2016, com exerese da lesão em bloco até fascia muscular com margens de 2cm. Optado para reconstrução do defeito a utilização de retalho fasciocutâneo lateral do braço, sendo seu pedículo formado pela artéria colateral radial posterior, avançando até o fechamento primário do defeito. Anatomopatológico evidenciando um carcinoma anexial de glândulas apócrinas, confirmado através de imunohistoquiímica, com margens cirurgicas livres. Evolui com boa cicatrização e manutenção da movimentação de todo o membro afetado. CONCLUSÃO: O retalho fasciocutâneo lateral do braço, na forma pediculada, é versátil, de fácil reprodução e apresentou-se uma excelente opção para reconstrução de defeitos complexos em membros superiores.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1225

TÍTULO DO TRABALHO: Reconstrução de pálpebra inferior com Retalho de Hughes: Relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DANIEL DE MORAIS TAVARES1; HAMILTON ALLEARDO GOELA1; DANIEL JOSÉ DE MORAIS FOZATI1; DECIO LUIS PORTELLA1; ORLANDO JOSÉ AVALOS FRANCO2; KARINE HELENA BÓCOLI1; ANDERSON RYO KUBONIWA1; GILMAR VIEIRA VELOSO JÚNIOR1. 1. PUC-SP, SOROCABA - SP - BRASIL; 2. PUC-SP, SOROCABA - PARAGUAI.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A reconstrução palpebral após lesão por trauma ou remoção de tumores de pele é importante para proteção da córnea e da visão, bem como na manutenção estética da região orbitária e palpebral. A técnica a ser usada depende do grau de comprometimento anatômico proporcionado pela ressecção do tumor; assim, são importantes sua localização e dimensões. Nos defeitos superficiais, somente a lamela anterior necessita reparo. Os defeitos de espessura total, entretanto, exigem reconstrução das lamelas anterior e posterior. A utilização do retalho tarsoconjuntival de pálpebra superior, descrito por Hughes em 1937, para reconstrução de defeito palpebral inferior ipsilateral, de espessura total, foi a opção optada para este caso. RELATO DO CASO: Paciente MAG, 64 anos, sexo feminino, branca, olhos claros, aposentada, procedende de Sorocaba ? SP. Atendida no ambulatório de Cirurgia Plástica do Serviço Linneu Mattos Silveira da PUC-SP, em fevereiro de 2016, com histórico de tumoração nodular em região central de palpebral inferior à direita de crescimento lento nos ultimos 2 anos. Ao exame: Acometimento de espessura total, com 1,8 cm no seu diâmetro horizontal. Realizado procedimento cirurgico no Day Clinic em Março de 2016, com anestesia local, ressecado tumoração em plano total com margens de 0,5 cm e optado por realização de retalho tarsoconjutival de palpebral superior para recontrução do defeito de espessura total de palpebral inferior. Realizado ainda enxerto de pele para cobertura do defeito, tendo como área doadora a palpebral superior ipsilateral. Mantido oclusão de olho direito e após 6 semanas foi realizado o segundo tempo cirurgico para liberação do pedículo e abertura ocular. Anatomopatolócico evidenciou carcinoma basocelular nodular com margens cirurgicas livres. Paciente evolui com boa cicatrização local e encontra-se em acompanhamento ambulatorial devido outros tumores de pele em região de membros superiores. CONCLUSÃO: O retalho tarsoconjuntival mostra-se como boa opção para as reconstruções dos defeitos de espessura total das pálpebras, tendo como grande vantagem a possibilidade de se praticar a reconstrução com o próprio tecido palpebral.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 402

TÍTULO DO TRABALHO: Reconstrução de Pênis e Escroto Após Sd. de Fournier

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CAIO CÉZAR OLIVEIRA MENEZES; MOHAMED IBRAHIM ALI TAHA; FERNANDO TORRES VASQUES; FABRICIO OLIVEIRA RAMADA; FERNANDA CAVALCANTI CABRAL; MONISE CORNELIO DE DEUS; KLEBER CASTILHO. HOSPITAL GERAL DE ITAPEVI, ITAPEVI - SP - BRASIL.

RESUMO:
ObjetivoSíndrome de Fournier primeiramente descrita por Jean Alfred Fournier, é uma infecção bacteriana aguda severa que acomete derme e hipoderme de rápida evolução para necrose de tecidos genitais, perianal e perineais. Pela progressão e gravidade da doença necessita de debridamento cirúrgico agressivo, causando uma ampla perda tecidual podendo-se considerar mutiladora. Acometimento do escroto é comum, e em poucos casos também do pênis. Por tais motivos torna-se um paciente de difícil manuseio e um desafio para posterior reconstrução. Um caso bem sucedido de reconstrução de pênis e escroto é relatado. Métodos E.M. Masculino , 52 anos, em situação de rua, sem morbidades. Deu entrada via pronto socorro no Hospital Geral de Itapevi tendo como diagnostico Sd. de Fournier. Realizado hidratação, antibioticoterapia ampla e debridamento agressivo. Tendo como resultado remoção de tecido desvitalizado do pênis, escroto e fossa ilíaca esquerda com exposição de corpos cavernosos, esponjosos e testículos. Após trigésimo dia de abordagem realizada reconstrução local. Seguindo a técnica adiante: fechamento de região inguinal esquerda, enxertia de pele parcial em pênis tendo como area doadora lateral de coxa direita, rotação de retalho fascio-cutaneo medial de coxa cobrindo defeito remanescente. ResultadoLevando em conta a alta mortalidade - atingindo 100% em não desbridados, a cicatrização de ferida, manutenção estética, funcionalidade além do reparo psicológico a técnica de reparo foi eficiente. Tendo como resultado final a proteção dos testículos expostos, e reconstrução da região escroto-perinealConclusãoO retalho fascio cutâneo medial de coxa associado ao enxerto de pele mostraram-se eficientes no reparo estético e funcional do escroto e pênis

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 851

TÍTULO DO TRABALHO: RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA E SUBSTITUIÇÃO DE PRÓTESE- TRATAMENTO CIRURGICO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: YURI GUILHEM RACHID JAUDY1; JULIANE LOPES DO NASCIMENTO2; JULIANA CARREIRO CARVALHO2; FILIPE COUTINHO MOTA2; VÍCTOR SOUSA SILVA2; JOÃO VICTOR PEREIRA GOMES2; PATRICK NUNES BRITO2; PAULO SILVESTRE DE MOURA3. 1. ITPAC/FAHESA ARAGUAÍNA, ARAGUAÍNA - TO - BRASIL; 2. ITPAC/FAHESA, ARAGUAÍNA - TO - BRASIL; 3. HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAÍNA, ARAGUAÍNA - TO - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Os tratamentos cirúrgicos conservadores aplicados hoje aos casos de câncer de mama (CA de mama) podem levar a deformidades de difícil resolução cirúrgica, se não houver a reparação imediata. O principal tumor que acomete a mama é o carcinoma ductal, sendo responsável por 75 a 80% dos casos. Localiza-se, geralmente nos quadrantes superiores do órgão. Relato de Caso: Paciente Feminina, 46 anos, chega ao Hospital Regional de Araguaína, para reconstrução mamária devido à mastectomia radical a esquerda há 17 anos por CA de mama. Afirma diabetes (em uso de medicação), etilistimo e tabagismo (relata que parou há 10 anos). Nega HAS. Descrição do Procedimento: Paciente encontra-se em Decúbito dorsal, sob efeito de anestesia geral. Faz-se assepsia e antissepsia do tórax e em seguida, a demarcação dos planos cirúrgicos para realização da plástica mamária cirúrgica não estética bilateral. Realiza-se abertura em planos em ambas as mamas e em seguida, troca de próteses mamária direita (170 ml para 300 ml) e esquerda (300 ml para 400 ml). A diferença entre o tamanho das próteses se dá em prol da antissemelhança entre as mamas devido à cirurgia anteriormente realizada devido ao CA de mama. Para finalizar o ato cirúrgico, faz-se curativo com gase e faixa. No 1º, 2º e 3º dias pós-peratório, paciente evolui bem, sem queixas e reclamações, recebendo alta no 4º dia pós-operatório. Conclusão: A reconstrução da mama é um procedimento físico e emocionalmente gratificante para uma mulher que perdeu a mama devido ao câncer ou a outra situação. Uma nova mama pode melhorar radicalmente sua autoestima, autoconfiança e qualidade de vida. No entanto é importante salientar que a mama substituta não terá a mesma sensibilidade da mama substituída e que cicatrizes iram permanecer no local.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2426

TÍTULO DO TRABALHO: RECONSTRUÇÃO NASAL COM RETALHO FRONTAL DEVIDO A MÁ FORMAÇÃO ARTERIOVENOSA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PATRÍCIA MORAES1; ALEXANDRE FERRIAN2; MARCELO BELLI2; CRISTIANO CARMO GALINDO2; JOEL ANTONIO BERNHARDT2; ARETUSA KRUCHINSKI2; EVELYN MÁRCIA LEITE PEREIRA2; MARILIA HIRTH RIBAS2. 1. HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN, CAÇADOR - SC - BRASIL; 2. HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN, BALNEÁRIO CAMBORIÚ - SC - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A cirurgia reparadora para lesões nasais tem seu berço na Índia, quando Sushruta Shamita 600 ac apresentou a técnica de reconstrução do nariz com retalho frontal mediano. A técnica foi desenvolvida para correção das amputações nasais, que eram a punição pelo crime de adultério[2]. E hoje é denominada método indiano[1].Descrição: G. G. F., masculino, 16 anos, sem comorbidades, negou cirurgias prévias. Desde a infância apresentava tumoração em dorso nasal, compatível com má formação arteriovenosa. Submetido à arteriografia de artérias da face, em 26/09/2016, que evidenciou hipervascularização com microfístulas no nariz por ramos da face bilateralmente, seguido de embolização superseletiva do ramo nutridor da artéria bilateralmente, através da injeção de partículas de PVA 500-700 MC. Arteriografia de controle com desvascularização da região tumoral e preservação dos ramos do nariz e face. Após 2 dias da arteriografia paciente submetido a ressecção do tumor em ponta nasal e reconstrução utilizando a rotação de retalho frontal desepidermizado em túnel, em tempo cirúrgico único, com boa evolução estética. Discussão: Na técnica do retalho indiano a incisão é iniciada na linha paramediana em região medial da sobrancelha estendida até a raiz dos cabelos. No ponto de rotação a incisão será estendida até epicanto medial[3]. Sabe-se que a pele da região frontal é ideal para as reconstruções nasais, devido a sua cor, textura, vascularização e capacidade de cobertura dos defeitos nasais[3]. 1 CINTRA, et al. Uso do retalho médio-frontal na reconstrução do nariz. Revista Brasileira Cirurgia Plástica. 2013. v. 28. p. 212-217. Disponível em: . Acesso em: 12 mar 2017.2 LIMA, et al. RECONSTRUÇÃO NASAL COM RETALHO FRONTAL: NOSSA EXPERIÊNCIA. Arquivos Catarinenses de Medicina. 2007. v. 36. Disponível em:. Acesso em: 12 mar 2017.3 THORNE, C.H. GRABB AND SMITH`S PLASTIC SURGERY. 2014. Filadélfia. 7 ed. p. 361-372.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2017

TÍTULO DO TRABALHO: RECONSTRUÇÃO NASAL POR RETALHO NASOGLABELAR: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LUCIANA BENEVIDES DE ARAÚJO1; ELSON TAVEIRA ADORNO FILHO2; LAÍNE RIBEIRO LAÍNE ANTONELLI3; KAMILLA GUIMARÃES DIAS4. 1. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, GOIÂNIA - GO - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE DE CUIABÁ MT, CUIABÁ - MT - BRASIL; 3. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOÍAS, GOIÂNIA - GO - BRASIL; 4. INSTITUTO MASTER DE ENSINO PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS, ARAGUARI - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O dorso nasal é um local comum para o desenvolvimento de neoplasias cutâneas, em especial o carcinoma basocelular, e constituem as principais indicações clinico-cirúrgicas das reconstruções nasais. Em intervenções cirúrgicas de reconstrução escolhe-se uma modalidade de cobertura baseada na experiência, na condição clínica do paciente e na possibilidade de recidiva da lesão. Os retalhos de vizinhança possibilitam restabelecimento do relevo e apresentam coloração mais semelhante, sem a necessidade de manuseio em locais mais distantes (área doadora do enxerto de pele). Existe consenso de que o melhor tecido para reconstrução do nariz seja aquele de maior proximidade possível do defeito, que mimetize ao máximo as características da pele perdida. Os objetivos do presente trabalho são: apresentar o uso do retalho nasoglabelar por deslizamento na reconstrução nasal após uma cirurgia de retirada de um carcinoma basocelular e elencar as vantagens da técnica de escolha. Relato de caso: Paciente do sexo feminino, 82 anos foi submetida à exérese de tumor nasal há 10 anos. Permaneceu sem acompanhamento médico por cinco anos, quando apresentou nova lesão na área ressecada. A paciente procurou o Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (Campo Grande-MS) apresentando lesão em dorso nasal de aproximadamente 3x2 cm ulcerada com base eritematosa e limites mal definidos. No planejamento cirúrgico demarcou-se a área doadora do Retalho Nasoglabelar, que se projetava sobre a região de mesmo nome. Devido à pouca elasticidade da pele do nariz, as regiões da glabela e das pregas nasolabiais dispõem de uma pele de fácil mobilização e com uma vascularização abundante, sendo uma excelente fonte de retalho cutâneo. Por isso, a versatilidade e a utilidade do Retalho Nasoglabelar por deslizamento são bem reconhecidas na reconstrução do nariz. Dentre as vantagens, incluem a simplicidade da execução, a baixa morbidade, o tempo operatório reduzido e, praticamente, ausência de cicatrizes na área doadora. Conclusão: A escolha da técnica de reconstrução nasal visa fundamentalmente a cura da lesão e restauração da função a que se destina o nariz, mantendo-se boa permeabilidade respiratória e o restabelecimento da unidade funcional e estética nasal mais próximo do natural.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 459

TÍTULO DO TRABALHO: Reconstrução palpebral inferior através de Retalho de Tripier: Relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ALINE CARRER BORTOLINI1; BRUNA CARVALHO ROSSI2; LUANA PREVEDELLO SIGANSKI3; VINICIUS SILVA DE LIMA4; GUILHERME BARREIRO4. 1. UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL, GARIBALDI - RS - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL, PALMEIRA DAS MISSÕES - RS - BRASIL; 4. HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Neoplasias cutâneas podem apresentar grande capacidade de invasão, gerando importantes defeitos após ressecções na face. Uma das frequentes sequelas ocasionadas pelo tratamento é o ectrópio: o afastamento da margem palpebral de sua posição anatômica em contato com a conjuntiva bulbar, tornando-se evertida. A correção cirúrgica dessa condição deve garantir a proteção do globo ocular e o estabelecimento de simetria facial. O objetivo deste relato é demonstrar a efetividade da técnica de retalho de Tripier para resolução de ectrópio bilateral decorrente de exérese de múltiplas lesões neoplásicas.Relato de Caso: Paciente masculino, 78 anos, encaminhado por ectrópio bilateral decorrente de exérese de múltiplas lesões neoplásicas na região malar. Para a correção cirúrgica, optou-se pela técnica de Tripier, usando-se retalho miocutâneo bipediculado de pálpebra superior. Com os pedículos medial e lateral, garante-se bilateralmente um suprimento sanguíneo adequado, evitando-se necrose ou deformidades. Além disso, tem-se a vantagem de que ambas as partes ficam suspensas pelo ligamento cantal, e o retalho naturalmente segura a pálpebra inferior perto do globo ocular. O procedimento foi realizado sob anestesia local com infiltração de solução de lidocaína a 1% com adrenalina 1:100.000. Fez-se a transposição do retalho do leito superior para o inferior. Foi associada cantopexia lateral com mononylon 4.0. A sutura da pele foi realizada com mononylon 6.0 em sutura contínua. No pós-operatório, usaram-se lágrimas artificiais e pomada oftálmica para lubrificação ocular até a retirada dos pontos em 7 dias. O plano inicial da equipe cirúrgica era a ressecção do pedículo medial em 3 semanas. Porém, o paciente, satisfeito com os resultados parciais, optou por não realizar o segundo tempo cirúrgico.Conclusão: Com a reconstrução, é possível a estabilidade da pálpebra, que permite visão adequada, fechamento ocular e lubrificação, além de bons resultados estéticos. O retalho de Tripier mostrou-se bastante efetivo no tratamento do ectrópio cicatricial da pálpebra inferior por ser uma técnica simples, sem cicatrizes aparentes e por manter a pálpebra estável e com bom resultado estético. Como esse retalho inclui o músculo orbicular, ele fornece volume e vascularização suficientes. Sendo assim, o retalho de Tripier atende a todos os critérios de recuperação da função palpebral e proteção do olho, além de garantir estabilidade à pálpebra.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 512

TÍTULO DO TRABALHO: Reduzindo morbidade da reconstrução mamária pós-radioterapia: viabilidade da utilização de expansor associado à lipoenxertia.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ISABEL CRIVELATTI1; RAYSSA RUSZKOWSKI DO AMARAL1; GABRIELE WINTER DE MOURA1; RAFAEL NETTO2. 1. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL (PUCRS), PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 2. HOSPITAL MOINHOS DE VENTO DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A reconstrução mamária tardia (RM) com expansor tecidual após radioterapia (RT) usualmente necessita da utilização de retalhos musculares, o que adiciona morbidade ao tratamento. Na tentativa de evitar uso de retalhos complexos, a lipoenxertia (LE) pode ser uma opção segura e eficaz nesse contexto.Objetivo: Relatar o uso de LE na RM tardia com expansor e sem retalho muscular pós RT.Descrição do caso: Paciente feminina, 56 anos, com história prévia de mastectomia à direita com tentativa de reconstrução imediata com implante de silicone há 2 anos. Evoluiu com infecção local e extrusão do implante após 14 dias. Submetida à radioterapia adjuvante (25 sessões, totalizando 50 Gy). Um ano após, com sinais de radiodermatite crônica no plastrão, a paciente solicita RM. Inicialmente foi realizada uma sessão de lipoenxertia na região do plastrão no volume de 180mL. Três meses após, foi colocado expansor tecidual anatômico 650mL e realizada nova sessão de LE no volume de 160mL. Três meses após foi realizada a troca do expansor por implante de silicone, nova sessão de LE (160mL) e simetrização mamária. Após seguimento de 18 meses, observou-se um resultado estético satisfatório sem contratura capsular. Não foram observadas complicações associadas à lipoenxertia no caso descrito.Conclusão: A utilização de expansor em pacientes com RT prévia é bastante limitada pelo resultado estético insatisfatório e pelo alto risco de complicações. Expansão inadequada, cobertura local pobre e contratura capsular com alteração do formato e posição do implante estão entre as principais complicações observadas. A alternativa padrão nesses casos é a utilização de retalhos musculares, que proporcionam cobertura local adequada e revascularização da zona irradiada. Essa estratégia, porém, envolve procedimentos com maior risco de morbidade e complicações. Assim, a busca de estratégias que viabilizem a RM sem a necessidade de retalhos deve ser estimulada. Por ser uma técnica de baixa morbidade e com grande aplicabilidade, a LE mostra-se uma alternativa segura nesse contexto. Atenuação da fibrose associada à RT, estimulação do crescimento vascular pela presença de células mesenquimais pluripotentes e reconstituição da camada subcutânea estão entre as principais vantagens da LE. A utilização dessa estratégia pode viabilizar a RM com expansor sem a necessidade de retalhos musculares mesmo após RT.

CODIGO DO TRABALHO: 1019

TÍTULO DO TRABALHO: RELATO DE CASO ? FERIDA EXTENSA EM COXA DIREITA E UTILIZAÇÃO DE CURATIVO A VÁCUO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JULIA DE OLIVEIRA FONSECA1; DIEGO SILVERIA RODRIGUES2; MILENA DE MACEDO MARQUES2; ROGÉRIO MENDONÇA DE NORONHA2; LÍVIA CARDOSO REIS2; MARCELO MARTINS CASAGRANDE2; PEDRO HENRIQUE BAUTH2; BRUNO DE FREITAS BELIZIA2. 1. HOSPITAL MUNIPAL ODILON BEHRENS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. HOSPITAL MUNICIPAL ODILON BEHRENS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A terapia de fechamento de ferida assistida por vácuo refere-se ao sistema de curativo aplicado continua ou intermitentemente com pressão subatmosférica à superfície da lesão. Essa técnica tem sido muito utilizada e indicada no tratamento de feridas agudas e crônicas. O presente relato de caso objetiva discorrer sobre o uso dessa técnica, a princípio com a utilização de vácuo confeccionado pela equipe e posteriormente com o vácuo industrial portátil.Relato: Paciente F.L.O., 41 anos, hipertenso, história de trauma penetrante em coxa direita há 24 horas por vergalhão de ferro. Previamente atendido em outro serviço, foi submetido à sutura, seguida de alta hospitalar com cefalexina e analgesia. Procurou nosso serviço no dia 29/09/16 relatando dor intensa local e drenagem de secreção pela ferida. Realizada abertura da sutura, com saída de grande quantidade de pus, sendo encaminhado ao bloco cirúrgico para exploração e desbridamento. No procedimento, foi feita ampliação da ferida longitudinalmente e abertura de compartimento muscular lateral da coxa, já em sofrimento.Paciente submetido várias vezes à revisão e desbridamento da lesão. No dia 18/10/2016, optou-se por inicio de terapia com curativo à vácuo na ferida, com tecido de granulação em porção medial e pequena quantidade de tecido necrótico e de esfacelo em compartimento lateral da coxa. Foram feitas múltiplas revisões de curativo por esta técnica, utilizando esponjas pré-cortadas esterilizadas, filme adesivo e confeccionado vácuo com sonda nasogastrica em curativo conectada ao vácuo de parede, até que toda ferida fosse recoberta por tecido de granulação. Após boa evolução no dia 28/11/2016, foi realizado o enxerto e colocação de curativo à vácuo industrial portátil. O paciente recebeu alta hospitalar dia 30/11/16, em boas condições clínicas, com o curativo à vácuo portátil, deambulando com andador, em acompanhamento com cirurgia geral e plástica.Conclusão: A utilização do curativo à vácuo tem se mostrado efetivo, sobretudo na redução do tempo das primeiras fases da cicatrização de feridas extensas. Dessa forma, a ferida tem tecido de granulação homogênea e precocemente por toda sua extensão. No caso descrito, a utilização do sistema alternativo nas primeiras abordagens foi eficiente e assim, a racionalização do uso do sistema industrializado pode permitir a ampliação dessa tecnologia. A posterior utilização do sistema industrial possibilitou o fechamento terciário da ferida e boa evolução.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2805

TÍTULO DO TRABALHO: Relato de caso. Técnica de reconstrução nasal com ajuda do retalho médio frontal: EXPERIÊNCIA NO HUGG

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: NAZLY GARCES MURILLO; VLADIMIR SANCHEZ JIMENEZ; EDUARDO COSTA TEIXEIRA; LEIDY CATHERINE PINZON MURILLO; EDWIN CHARRIS CABALLERO. DEPARTAMENTO DE CIRURGIA GERAL E ESPECIALIZADA - EMC/UNIRIO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O tipo de câncer de maior incidência no Brasil é o de pele. Este trabalho apresenta um relato de caso de reconstrução nasal realizado no no Hospital Universitário Gaffreé e Guinle, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, com o objetivo de demosntrar a indicação cirúrgica, tipo de anestesia e a conduta cirúrgica utilizada, de acordo com a tecnica do retalho frontal descrita por Sushuta Samhita (retalho indiano).Método Foi realizada a avaliação retrospectiva de um caso de reconstrução nasal realizado em junho de 2016 pela equipe do Deparatamento de Cirurgia Geral e Especializada da Escola de Medicina e Cirurgia da UNIRIO, com o objetivo de monstrar a aplicabilidade da técnica na região nasal. Foram analisadas as variáveis, indicação cirúrgica, anestesia utilizada e técnica cirúrgica. Relatado um caso de paciente tratada pela técnica proposta no Hospital Universitário Gaffrée Guilne, sendo os resultados comparados ao descrito na literatura atual.Resultados: A indicação cirúrgica foi o carcinoma basocelular (CBC), o tipo de anestesia empregado foi anestesia local e o procedimento realizado foi o retalho médio frontal. A evolução do retalho foi satisfatória, com resultado final considerado bom, dentro dos parâmetros encontrados na literatura..Conclusão: O retalho médio frontal tem uma grande vantagem que consiste na manutenção da vascularização o que é parte fundamental para garantir a viabilida-de do retalho, além de, um ótimo resultado estético.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1931

TÍTULO DO TRABALHO: RELATO DE CASO: CARCINOMA EPIDERMOIDE DE TRAQUÉIA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GABRIELA RODRIGUES IZOLAN1; CAROLINA BEIRITH2. 1. HOSPITAL CIDADE PASSO FUNDO, PASSO FUNDO - RS - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO, PASSO FUNDO - RS - BRASIL.

RESUMO:
ResumoIntrodução: O carcinoma primário de traqueia é raro na literatura médica, sua incidência corresponde a 0,1 a cada 100,000 pacientes por ano. A doença apresenta prognóstico reservado pelo elevado número de casos subdiagnosticados. Relato de Caso: Apresentamos caso de paciente masculino, de 64 anos, com queixa de dispneia progressiva, diagnosticado com carcinoma epidermoide de terço média de traqueia. Realizado tratamento por ressecção tumoral cirúrgica por cervicotomia. Discussão: As neoplasias primárias de traqueia incluem em, aproximadamente, 65% dos casos carcinoma epidermoide de traqueia e o restante se deve ao adenoma cístico. O tratamento cirúrgico com ressecção e anastomose término-terminal oferece os melhores resultados e deve ser realizado sempre que possível, ou seja, quando não houver invasão de estruturas adjacentes e a ressecção compreender menos de 60% da extensão da traqueia. Conclusão: o tratamento cirúrgico de ressecção deve ser realizado sempre que possível e apresenta resultados satisfatórios em até 90% dos pacientes submetidos.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 457

TÍTULO DO TRABALHO: RELATO DE CASO: CONFECÇÃO DE RETALHO ANTEBRAQUIAL PARA COBERTURA DE EXPOSIÇÃO DE ESTRUTURAS PROFUNDAS EM MEMBRO SUPERIOR

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOÃO AUGUSTO DOS REIS GUERRA1; STEPHANIE JAUQUIN DE ABREU2; CHARLANE VASCONCELOS2; ELISA GIRARDI HYPOLITO2; ANA LUIZA RIBAS BRAGA BETTEGA2; MARIA EDUARDA COMIN CARDOSO2; STEFÂNIA DALL?AGNO DEMORI2; LEONARDO GETÚLIO PIOVESAN3. 1. UNOESC - UNIVERSIDADE DO OESTE DE SANTA CATARINA, JOAÇABA - SC - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL, CANOAS - RS - BRASIL; 3. UNIVALI - UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ, ITAJAÍ - SC - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Queimaduras elétricas podem ocasionar extensas lesões com exposição de tecidos profundos que requerem cobertura cutânea. Duas opções para cobrir exposições no membro superior são o retalho fasciocutâneo baseado na artéria radial, chamado Retalho Chinês e o Retalho Interósseo, baseado na artéria interóssea posterior. Esse trabalho relata o uso de ambos para cobertura de estruturas profundas do antebraço em paciente vítima de queimadura elétrica.RELATO DO CASO: Paciente masculino, 21 anos, procurou a emergência devido a choque elétrico. Apresentava queimaduras de II e III graus em membro superior direito. Após debridamento cirúrgico, foi realizado enxerto de pele. Após uma semana houve perda total do enxerto e piora das lesões ventrais do punho. Em novo ato cirúrgico, constatou-se necrose do nervo mediano, e a excisão tangencial dos tecidos desvitalizados ocasionou exposição do aparelho flexor dos dedos ao nível do túnel do carpo. Para cobertura neste momento, foi realizado o Retalho Interósseo. Possivelmente por danos microvasculares causados pelo choque elétrico, este retalho evoluiu com congestão venosa e epidermólise; culminando em necrose completa. Durante o debridamento do Retalho Interósseo foi realizada arteriografia, que constatou integridade das artérias radial, ulnar e do arco palmar, permitindo o planejamento do Retalho Antebraquial Reverso. A partir desta cobertura, houve boa evolução do caso e alta hospitalar. O paciente manteve-se em acompanhamento ambulatorial até submeter-se a reconstrução do nervo mediano a partir de enxerto de nervo sural.CONCLUSÃO: O tratamento de grandes queimados é realizado com debridamentos e posterior cobertura cutânea. Freqüentemente, é necessária a confecção de retalho. A seleção desse é baseada em características do tecido desejado para o leito receptor e na presença de área doadora íntegra. O Retalho Antebraquial, ou Retalho Chinês, descrito por Yang et al em 1978, é uma das melhores opções na reconstrução do membro superior, já que permite a rotação de extensa área cutânea devido à sua vascularização pela artéria radial, que pode ser ligada tanto proximal quanto distalmente, permitindo o giro tanto no sentido cranial ou caudal. É importante a avaliação vascular por imagem, já que a artéria radial é sacrificada para confecção do retalho, sendo necessária a integridade da artéria ulnar para vascularização da mão a partir do arco palmar.

CODIGO DO TRABALHO: 1712

TÍTULO DO TRABALHO: Relato de caso: Retalho de transposição em região malar para tratamento de neoplasia

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: EDUARDO VIEIRA DO NASCIMENTO DE LUCENA; INGRID JANINE GOMES VIEIRA DE ALMEIDA; RAVELLY MAIA CUNHA; MONISE AMÉLIA MARTINS DE OLIVEIRA ALENCAR; MAYRA CORREIA AZEVEDO; KLEITON HALLYSSON DA SILVEIRA PINTO; ROSIMAR DE LIMA LUCENA; BÁRBARA BERNADETE DE OLIVEIRA BRITO. FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS, PATOS - PB - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O carcinoma basocelular (CBC) é o tumor maligno mais frequente em seres humanos, correspondendo a 30% de todos os tumores malignos existentes no Brasil, de acordo com registros do Instituto Nacional do Câncer (INCA). Apesar da sua alta frequência e malignidade, apresenta baixas taxas de metástase e é curável por meio de tratamento cirúrgico realizado em único tempo. A maioria dos carcinomas basocelulares aparecem na região facial, com crescimento lento e sem motivação aparente. Porém peles claras e alta exposição solar se caracterizam como fatores de risco. Quando a localização é na região facial a reconstrução requer maiores cuidados no sentido estético e de preservação de estruturas anatômicas importantes. O retalho de transposição é a melhor escolha por se tratar de uma técnica linear, que mantem exatamente as características da pele da área doadora e não têm contração, conferindo assim melhor resultado estético e funcional. Requer maior exigência técnica e minucioso planejamento do procedimento e conhecimento dos vetores de pressão a fim de evitar distorção das estruturas faciais.Relato de caso: Paciente de 60 anos, branco, masculino, agricultor, com exposição solar crônica e histórico de tumor prévio em olho esquerdo e posterior enucleação. Encaminhado para avaliação de lesão em região malar esquerda. Evidenciou-se na dermatoscopia lesão compatível com carcinoma basocelular devido a presença de telangiectasia arboriforme. O paciente então foi submetido à exérese com margens de 5mm da lesão e reconstrução feita com retalho de transposição sendo boa opção para reconstrução malar. O exame anatomopatológico confirmou o diagnóstico de carcinoma basocelular.Conclusão: A reconstrução por meio do retalho de transposição apresentou desfechos estéticos e funcionais bastante favoráveis. O paciente vem sendo acompanhado periodicamente, não teve complicações e, até a última consulta, não havia qualquer sinal de recidiva.

CODIGO DO TRABALHO: 2990

TÍTULO DO TRABALHO: RELATO DE CASO: TRATAMENTO CONSERVADOR EM CASO DA SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON DESENCADEADA POR ANTICONVULSIVANTE

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCELLA REZENDE HACHUL1; MARCO RINOLDI1; LAURA DORNELAS CORRÊA2; LIVIA DORNELAS CORRÊA3; MARILIA DE PÁDUA DORNELAS CORRÊA4; MARCÍLIA DE CASSIA DORNELAS5. 1. FAME, BARBACENA - MG - BRASIL; 2. SUPREMA, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL; 3. HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA TEREZINHA, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL; 4. UFJF E PLASTIC CENTER, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL; 5. PLASTIC CENTER E DABIN, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Descrita em 1922, a Síndrome de Stevens-Johnson é uma reação cutânea grave, com potencial para morbidade e mortalidade, acometendo a pele e mucosa. Quando acomete mais de 30% na superfície corpórea, é denominada Necrólise Epidérmica Tóxica. Quadro clínico caracterizado por exantema eritematoso disseminado de acometimento centrífugo, lesões em alvo, envolvendo também as mucosas oral, ocular e genital. A SSJ é uma afecção rara, com incidência descrita de 2-3 casos por milhão habitante / ano na Europa e Estados Unidos, é fatal em 5% dos casos, podendo chegar a 30% na NET. Fatores predispõem: comorbidades múltiplas, medicamentos , idade avançada, susceptibilidade genética e doenças imune. A patogênese básica é uma reação de hipersensibilidade imunomediada, relacionada principalmente ao uso de fármacos. O diagnóstico é empírico. RELATO DE CASO: Paciente C. S. R., sexo feminino, três anos, apresentou quadro de febre sem foco infeccioso, nove dias após iniciar uso de Oxcarbazepina. Fazia uso de Periciazina como anticonvulsivante, procurou atendimento hospitalar após cinco dias do início dos sintomas, apresentando pápulas eritematosas. Levantadas, inicialmente, as hipóteses diagnósticas de Dengue e Sarampo todavia excluídas por exames laboratoriais e história vacinal. Evoluiu com formação de lesões esfoliativas, bolhas e epidermólise disseminadas, na face e no pescoço com acometimento ocular, edema palpebral, desepitelização corneana central , e das mucosas oral e vaginal. Foi encaminhada ao centro de tratamento intensivo (CTI) pediátrico devido a sinais de sepse e síndrome da angústia respiratória aguda grave. Tratada, sob cuidados intensivos, com suporte ventilatório invasivo, antibióticos de largo espectro, corticoterapia, imunoglobulina e hemotransfusão e acompanhada, por equipe multidisciplinar, optou por tratamento conservador com o uso de curativos diários com Sulfadiazina de Prata 1% e gaze vaselinada, além de hidratação da pele da face, já sem flictemas, com pomada de Neomicina e Bacitracina e do restante da superfície corporal com triglicerídeos de cadeia média. Alta do CTI após oito dias e para o domicílio após dezenove dias de internação, mantendo acompanhamento ambulatorial e sem seqüelas.CONCLUSÃO: Embora rara, a SJS é uma reação imunomediada tardia a fármacos que tem alto potencial de morbimortalidade para o paciente, sendo importante o seu reconhecimento precoce e tratamento adequado.

CODIGO DO TRABALHO: 2492

TÍTULO DO TRABALHO: REMOÇÃO DE TECIDO GORDUROSO E ENXERTIAPARA O CONTORNO CORPORAL

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANTONIO ARCANJO BATUIRA TOURNIEUX1; FUGÊNCIO COSTA RAMOS2; TATIANA TOURINHO TOURNIEUX2; WANESSA DA COSTA LIMA3. 1. CIRURGIA PLASTICA CIENTIFICA SAO PAUO, SAO PAULO - SP - BRASIL; 2. CIRURGIA PLASTICA CIENTIFICA SAO PAULO, SAO PAULO - SP - BRASIL; 3. CIRURGIA PLASTICA SAO PAULO, SAO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
REMOÇÃO DE TECIDO GORDUROSO E ENXERTIA PARA O CONTORNO CORPORAL.AUTOR: ANTONIO ARCANJO BATUIRA TOURNIEUXCO-AUTORES:FUGÊNCIO COSTA RAMOS TATIANA TOURINHO TOURNIEUX WANESSA DA COSTA LIMAOBJETIVOA NOSSA INTENÇÃO FOI REALIZAR ESSE PROCEDIMENTO COM ANESTESIALOCO-REGIONAL, PROCURANDO APROVEITAR PARA ENXERTAR O TECIDO GORDUROSO NA SUA AMPLITUDE, MODELANDO AS REGIÕES A SEREM TRATADAS,COMVÁRIAS SESSÕES PROGRAMADAS.DESTA MANEIRA LOGRAMOS UM RESULTADO DA PERFILOPLASTIA DO QUADRIL.MÉTODOAS PACIENTES SE SUBMETERAM DUAS A QUATRO SESSÕES CIRÚRGICAS CONSECUTIVAS, PREVIAMENTE FOI UTILIZADO ULTRASOM EXTERNO;INFILTRAÇAO COM SOLUÇÃO ANESTÉSICA, NÃO ULTRAPASSANDO 800MG DE LIDOCAINA, COM ADRENALINA 1/1000 (UMA AMPOLA) E BICARBONADO DE SÓDIO 8,4% 2ML, EM SORO FISIOLÓGICO DE 500 A 1000ML.A REMOÇÃO DA GORDURA, UTILIZAMOS CANULAS CONECTADAS A VIBRAÇÃO. ENXERTIA DA MESMA NOS LOCAIS PRÉ DETERMINADOS.A EXECUÇÃO DAS SESSÕES FOI RESPEITADO INTERVALOS DE 15 DIAS.DISCUSSÃO E CONCLUSÃOO TRATAMENTO LOCO-REGIONAL, COM A SOLUÇÃO ANESTÉSICA, SENDO A LIDOCAINA, O PRINCIPAL FÁRMACO , COM A PROPRIEDADE DE CONTATO NAS TERMINAÇÕES NERVOSAS, POSSIBILITA NA ÁREA PRÉ ESTABELECIDA, INFILTRAR VOLUME, QUE A EXPERIÊNCIA DO CIRURGIÃO SE FAZ PRESENTE ,PARA NÃO HAVER DEFORMAÇÃO; A IDADE DOS PACIENTES VARIOU DE 18-56 ANOS; INDICE DE SATISFAÇÃO FOI DE 98,6%.OS RESULTADOS INESPERADOS FORAM RAROS SENDO A MAIORIA REVERSÍVEL,POSSIBILITOU REGULARIZAÇÃO DAS REGIÕES COM ONDULAÇÃO REALIZADA POR OUTRA TÉCNICA.ESSA TÉCNICA PROMOVE UM RESULTADO ADEQUADO E SATISFATÓRIO DO CONTORNOCORPORAL, COM BAIXO RISCO CIRÚRGICO. COM GRANDE FREQUÊNCIA, OS PACIENTES SE SENTEM MOTIVADOS A FINALIZAR O TRATAMENTO.

CODIGO DO TRABALHO: 338

TÍTULO DO TRABALHO: Ressecção de metástases cutâneas de melanoma guiada por ultrassonografia

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DANIEL ARCUSCHIN DE OLIVEIRA1; GUTEMBERG FAGUNDES LIMA1; FABIO CESAR RODRIGO B.BENTO1; JOSE CIONGOLI1; RENATO SANTOS DE OLIVEIRA FILHO2. 1. HOSPITAL STELLA MARIS, GUARULHOS - SP - BRASIL; 2. CENTRO AVANÇADO DE PREVENÇÃO DE CÂNCER PROF. DR. RENATO SANTOS, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoA incidência de melanoma cutâneo está aumentando dramaticamente entre os homens, mais rapidamente do que qualquer outra neoplasia; e,na mulher, é o segundo mais frequente, atrás apenas do câncer de pulmão. Os pacientes portadores de melanoma cutâneo com metástases linfonodais regionais ou com metástases em trânsito ou satelitose, sem metástases à distância, são estadiados como EC III. Este estádio engloba uma amplo espectro de pacientes e a sobrevida de 5 anos pode varia de 20% a 70%. Relato do CasoIRFA, feminino, branca, 48 anos. Notou lesão em perna direita há 3 meses, 5 cm distante da cicatriz da cirurgia para tratamento de melanoma cutâneo operado em abril de 2014. Procurou o Serviço de Cirurgia Oncológica do Hospital Bom Clima de Guarulhos em dezembro de 2016, sendo internada para diagnóstico e tratamento. Por ocasião de sua cirurgia em 2014, fora realizado biópsia de linfonodo sentinela que se mostrou negativa. Na internação atual foi realizado biópsia que se mostrou positiva para melanoma. Foi realizado tomografia computadorizada de tórax e de abdome e ressonância magnética de crânio, dosagem de DHL sérica, que se mostraram negativas. No exame de PET-CT oncológico, além de hipercaptação no nódulo biopsiado, foram identificados dois outros nódulo cutâneos não palpáveis. Na ultrassonografia, os nódulos se localizavam em tecido subcutâneo, distantes 3 cm e 6 cm da lesão recidivada, medindo 1,1 e 0,8 cm, respectivamente. Assim, foi re-estadiada como EC III. Foi então submetida à ressecção do melanoma visível recidivado e dos nódulos subcutâneos guiada por ultrassonografia, com sucesso. O resultado do anátomo-patológico evidenciou melanoma nodular, em fase de crescimento vertical, Clark V, Breslow 16,5 mm, 10 mitoses/mm2, presença de ulceração, sinais histológicos de regressão e satélites microscópicos; não detectada invasão vascular. Paciente continua em acompanhamento ambulatorial. Conclusão:A primeira opção terapêutica para metástases em trânsito é a cirurgia, desde que seja possível obter excisão completa com margens livres. Outros tratamentos incluem injeção intra-lesional de T-VEC, BCG, IFN ou IL-2, ablação local, imiquemod tópico para lesões dérmicas superficiais e radioterapia. A infusão ou perfusão hipertérmica de membro com melphalan é outra opção de tratamento regional.

CODIGO DO TRABALHO: 1246

TÍTULO DO TRABALHO: Retalho de Karapandzic na reconstrução de lábio inferior

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DANIEL DE MORAIS TAVARES1; HAMILTON ALLEARDO GOELA1; DANIEL JOSÉ DE MORAIS FOZATI1; DECIO LUIS PORTELLA1; ORLANDO JOSÉ AVALOS FRANCO2; KARINE HELENA BÓCOLI1; ANDERSON RYO KUBONIWA1; GILMAR VIEIRA VELOSO JÚNIOR1. 1. PUC-SP, SOROCABA - SP - BRASIL; 2. PUC-SP, SOROCABA - PARAGUAI.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A reconstrução labial representa um desafio ao cirurgião plástico. Os lábios são o centro dinâmico do terço inferior da face, sendo fundamentais para mímica e expressão facial, fala, deglutição, sucção e contenção de secreções salivares. A reconstrução labial deve ter como objetivo o restabelecimento funcional da estrutura lesada e um bom resultado estético. A técnica de Karapandzic, descrita em 1974, é indicada para reparação de defeitos centrais do lábio inferior, por rotação e avançamento de até 3/4 do lábio, preservando a função esfincteriana, inervação e irrigação. para a reconstrução de grandes defeitos labiais. RELATO DO CASO: Paciente MSPD, 72 anos, sexo feminino, aposentada, procedente de Sorocaba ? SP. Atendida no ambulatório de Cirurgia Plástica do Conjunto Hospitalar de Sorocaba do serviço Linneu Mattos Silveira da PUC-SP em Maio de 2016. Apresentava ferimento há 10 meses em região central de lábio inferior de 1,5 cm, sem lonfonodomegalias ao exame físico. Paciente com dificuldade de alimentação por limitação na colocação de prótese dentária. Optado por ressecção tumoral através de cirurgia ambulatorial no Day Clinic, com anestesia local, devido comorbidades. Retirado tumor em espessura total e realizado reconstrução de lábio inferior com retalho de Karapandzic. CONCLUSÃO: O retalho de Karapandizic mostrou-se um excelente opção para reconstrução após ressecção de carcinomas com envolvimento até 2/3 do lábio inferior. A cirurgia tem tempo único e restaura a musculatura orbicular, restabelecendo a funcionalidade e a estética labial, com bons resultados a longo prazo, sendo ainda de fácil reprodução.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2436

TÍTULO DO TRABALHO: RETALHO DO MUSCULO GASTROCNEMIO NO REPARO DE PERCA DE SUBSTÂNCIA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DAVI BRAGA DE CARVALHO1; RAIMUNDO NONATO VAZ DE SOUSA FILHO1; ISADORA MARIA MATIAS BATISTA2; JOÃO ESTEVAM DA ROCHA FONSECA NETO1; LEONARDO FORTES GOMES1; DÉBORA SARA NEVES LIMA2; MIRNA KARINE DE BRITO MELO ESCÓRCIO2; RAISSA TECIA BRAGA DE CARVALHO2. 1. FACID, TERESINA - PI - BRASIL; 2. NOVAFAPI, TERESINA - PI - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O musculo gastrocnêmio é composto de duas porções, com boas dimensões para uma transposição, podendo ser utilizado como retalho miocutâneo ou somente como retalho muscular. Cada ventre muscular é irrigado pela artéria sural. Não tem sido detectados clinicamente déficits funcionais ou alterações na deambulação como resultado da transposição desse musculo. A importância do retalho miocutâneo do músculo gastrocnêmio já está consagrada para o tratamento de lesões traumáticas e infecciosas no membro inferior (coxa distal, perna proximal). Como exemplo, na cobertura de exposições ósseas, tendinosas ou de implantes metálicos, como também nas reconstruções após infecções de partes moles ou ósseas. RELATO DE CASO: A.T.R, 19 anos, feminino, paciente com fratura de tíbia e fíbula em terço proximal com exposição óssea; realizou fixação externa de osso para tratamento de fratura evoluindo com exposição óssea e perda cutânea de terço proximal da perna; indicado realizar retalho muscular gastrocnêmio medial para cobertura da exposição óssea; 7 dias após o primeiro tempo da cirurgia foi realizado enxerto depele sob retalho muscular, paciente evolui sem complicações. CONSIDERAÇÕESFINAIS: Retalhos musculares rotacionais são um método de tratamento de primeira escolha para o tratamento de lesões com a perda de tecido ósseo e partes moles no terço superior da tíbia, sem aplicar técnicas de microcirurgia. Isto irá facilitar a cobertura das estruturas importantes, com um baixo índice de complicações.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1179

TÍTULO DO TRABALHO: Retalho médio-frontal utilizado na reconstrução de defeito nasal por leishmaniose

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANDY PETROIANU1; MATHEUS SANTOS ALVES FERREIRA1; MATHEUS SEWASTJANOW SILVA1; KELLY RENATA SABINO2; CRISTINA SOFIA CANDIA BARRIENTOS2. 1. UFMG, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. SANTA CASA BH, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução:O nariz apresenta-se como um dos principais componentes da estética facial e também é uma das estruturas mais sujeitas a traumas devido grande exposição e pouca proteção. Em virtude da anatomia singular e importante papel funcional no que diz respeito a respiração e ao componente estético da face, a reconstrução nasal é um grande desafio ao cirurgião.O retalho médio-frontal foi descrito primeiramente em 600 a.C. por Sushruta Samhita na reconstrução de amputações nasais. Hoje é também conhecido como ?retalho indiano? e apresenta-se como um dos principais métodos para reconstrução nasal. O retalho médio-frontal possui algumas vantagens como suprimento sanguíneo suprido pela artéria supratroclear e um comprimento adequado, livrando o retalho de tensão. Dentre algumas desvantagens destacam-se a necessidade de um segundo tempo cirúrgico e cicatriz frontal.Relato de caso: Paciente de sexo masculino, 72 anos, ex-caminhoneiro. Procurou atendimento no serviço de cirurgia plástica o Hospital Júlia Kubitschek ? HJK apresentando defeito nasal por sequela de leishmaniose há 15 anos.Ao exame físico, apresentava orifício no dorso nasal de aproximadamente 1,5cm de diâmetro comunicando a cavidade nasal interna, destruição parcial de septo nasal, achatamento de dorso e retração da mucosa da columela.Foi realizada em primeira instância, sob anestesia geral, a desepidermização da área receptora no nariz, delimitação da área doadora do retalho médio-frontal baseada na artéria supre troclear, e posterior dissecção do retalho com rotação do mesmo sem tensão e com uma boa adaptação em seu novo leito.Manteve-se o pedículo vascular para manutenção do retalho, sendo necessária nova intervenção cirúrgica para secção do pedículo após quatro semanas.Conclusão: O retalho médio-frontal é muito utilizado para reconstrução nasal, mostrando-se como primeira escolha na grande maioria das vezes. Demonstrou ser uma opção segura e maleável, permitindo a reconstrução em sua totalidade sem alterações isquêmicas. Pode ser combinado com enxerto ósseo para auxilio do suporte nasal, além de existir a possibilidade de novos tempos cirúrgicos para refinamento do nariz e correção de cicatriz frontal.No caso descrito o paciente evoluiu bem, com a preservação das estruturas envolvidas e boa integração do retalho. A equipe está aguardando decisão do paciente pelo refinamento ou não do nariz com enxerto de cartilagem costal.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 824

TÍTULO DO TRABALHO: RETALHO NASOLABIAL MIOCUTÂNEO ILHADO DA ARTÉRIA FACIAL PARA RECONSTRUÇÃO LABIAL

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARIANA FIDELIS SOLLA1; DECIO LUIS PORTELLA1; HAMILTON ALLEARDO GOELA1; DIEGO GARDENAL ALCANTARA2; JOSE MAURO DA SILVA RODRIGUES1; ORLANDO JOSÉ AVALOS FRANCO1. 1. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, SOROCABA - SP - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A neoplasia malígna de lábio ,é o câncer mais comum na cavidade oral e apresenta como o tipo histológico mais comum o carcinoma de células escamosas , e é de 20 vezes mais prevalente no lábio inferior quando em comparação com o superior.O tratamento cirúrgico para a ressecção tumoral é o que garante a possibilidade de cura, no entanto torna-se necessária uma cirurgia reparadora. O retalho nasolabial miocutâneo ilhado da artéria facial demonstrou ser uma alternativa eficaz tanto do ponto de vista funcional quanto estético.Objetivo: Apresentar uma alternativa funcional e estética para reconstrução dos defeitos no lábio inferior, com obtenção de resultados satisfatórios no pós-operatório.Métodos: As informações contidas nesse trabalho foram obtidas por meio de análise de prontuário, avaliação do resultados da cirurgia e revisão de literatura. Resultados : Foi analisado o paciente do sexo masculino, encaminhado para o ambulatório de cirurgia plástica apresentando lesão tumoral em lábio inferior à esquerda. Foi optado pela ressecção tumoral e reconstrução labial com um retalho nasolabial miocutâneo ilhado na artéria facial. Desenhou-se o retalho ilhado no sulco nasolabial, tendo a artéria facial como eixo de orientação. A forma e as medidas do retalho correspondem àquelas da região labial a ser reconstruída, mas a largura do retalho é limitada pela quantidade de pele disponível.O procedimento foi realizado com a anestesia local. O paciente evoluiu bem, com boa cobertura do defeito, o retalho apresentou boa perfusão, além de bom resultado estético e funcional.Conclusão: O câncer de lábio , como a maioria das lesões de pele, é comum em indivíduos que se expõe a luz solar intensa. Além disso,o tabagismo pode estar envolvido. O tratamento cirúrgico apresenta altos índices de curabilidade, pois menos de 5 % das lesões metastizam para linfonodos regionais.Entretanto, após a ressecção tumoral, a reconstrução ideal do lábio deve procurar tanto a reparação funcional quanto a necessidade estética. Este equilíbrio apresenta diversas dificuldades, sendo evidenciado por inúmeras técnicas propostas. As ressecções tumorais e os traumas são principais causas de deformidades labiais que necessitam de cirurgia reparadora. A reconstrução labial deve priorizar,primeiramente, o aspecto funcional do órgão, mas o aspecto estético não deve ser esquecido. O retalho descrito demonstrou ser uma alternativa eficaz em ambos os aspectos.

CODIGO DO TRABALHO: 2320

TÍTULO DO TRABALHO: Retalho pediculado temporofrontal: um relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GABRIEL VICTOR DORNELAS1; MARILHO TADEU DORNELAS2; MATHEUS CASTELO PRUDENTE1; GABRIEL ANTÔNIO DE SOUZA MUNIZ1; PEDRO HENRIQUE RODRIGUES CRUZ2; GABRIEL LUNARDI ARANHA1; THIAGO ABIZAID KLEINSORGE3; LARISSA VITORIA DORNELAS1. 1. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA/SUPREMA, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL; 2. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O retalho temporofrontal (RTF) ou retalho frontal com base temporal é um retalho miocutâneo pediculado (pele da região frontal e músculo frontal subjacente), fundamentalmente irrigado pela artéria temporal superficial, ramo da artéria carótida externa. A sua viabilidade é mantida por uma conexão vascular temporária ou definitiva, sendo aplicado quando a reconstrução primária é inviável.O RTF é utilizado principalmente pela cirurgia plástica e pela cirurgia de cabeça e pescoço em um grande número de reconstruções no segmento cabeça e pescoço além da cavidade orbitária, como a região geniana, jugal, assoalho da boca, etc. Tais regiões são reconstruídas principalmente por terem sido previamente afetadas por grandes tumores que foram manipulados e deixaram graves sequelas.Atualmente o RTF não é mais o padrão-ouro na cirurgia reparadora, sendo este posto ocupado pela microcirurgia. Todavia, esta é muito onerosa, sendo contraindicada em casos nos quais o paciente é portador de comorbidades, devido ao grande tempo cirúrgico. Por isso, a RTF ainda é muito utilizada em diversos serviços no país.Relato de caso: Paciente JLAL, 51 anos, branco, masculino, atendido no Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), apresentando lesão invasiva dos seios da face à esquerda, havendo comprometimento de assoalho da órbita e osso maxilar, com evolução de cerca de 1 ano, tendo sido previamente tratado com 25 sessões de Radioterapia e 6 procedimentos cirúrgicos. Evoluiu para cirurgia de maxilectomia esquerda + exanteração de órbita esquerda com reconstrução imediata pela cirurgia plástica. Resultados anatomopatológicos evidenciaram um carcinoma epidermoide invasivo ulcerado bem diferenciado, com comprometimento de osso maxilar e mucosa de seio maxilar, sendo as margens comprometidas e orientada nova ressecção.A técnica de escolha para a reconstrução imediata foi o retalho frontal com pedículo temporal associada a enxerto de pele total em região frontal, tendo sido a área supraclavicular esquerda a doadora.Conclusão: Apesar da reconhecida deformidade gerada pela RTF, esta ainda demonstra grande efetividade para resolução de casos complexos de reconstrução pós tumorectomia em face por ser um retalho de fácil reconstrução, reprodutível, com poucas complicações e de baixo custo.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2909

TÍTULO DO TRABALHO: Retalho Sural Reverso de Pedículo Fasciossubcutâneo: Relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DANIEL NUNES E SILVA1; MARCELO ROSSETO1; AGLIBERTO AUGUSTO BARSAGLINI MARCONDES REZENDE1; ISABELA CARRIJO PESSOA1; MARIANNA DA GAMA MACHADO2. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL (UFMS), CAMPO GRANDE - MS - BRASIL; 2. SANTA CASA CAMPO GRANDE MS, CAMPO GRANDE - MS - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: As perdas de substância no terço inferior da perna costumam exigir elaboradas estratégias cirúrgicas para sua reconstrução. Especialmente os defeitos complexos da região do Tendão de Aquiles, intercorrências comuns pós-cirurgias ortopédicas, podem representar verdadeiros desafios para os cirurgiões plásticos, devido as altas taxas de complicações e insucessos. Dentre as opções existentes para essa reconstrução, o retalho sural reverso de pedículo fasciossubcutâneo - opção pouco relatada na literatura - surge como excelente alternativa.Relato de caso: paciente sexo masculino, 28 anos, vítima de acidente automobilístico, submetido a cirurgia ortopédica para correção de ruptura subtotal de Tendão de Aquiles, evoluindo com necrose tecidual e exposição do tendão no sétimo dia de pós-operatório. Realizados desbridamentos pela equipe de ortopedia, sem melhora do quadro até que, no trigésimo dia de pós-operatório, foi encaminhado ao serviço de cirurgia plástica. Após avaliação, o paciente foi submetido a reconstrução do terço ínfero-posterior da perna com um retalho sural reverso de pedículo fasciossubcutâneo. Não houve complicações, a cicatrização evoluiu bem e o paciente apresentou resultado satisfatório, com recuperação da função no membro atingido.Conclusão: O retalho sural reverso de pedículo fasciossubcutâneo é uma alternativa válida para cobertura de lesões de terço inferior da perna, apresentando vantagens em relação as técnicas mais descritas na literatura.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1255

TÍTULO DO TRABALHO: Retalho Sural Reverso na reconstrução de membro inferior

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DANIEL DE MORAIS TAVARES1; HAMILTON ALLEARDO GOELA1; DANIEL JOSÉ DE MORAIS FOZATI1; DECIO LUIS PORTELLA1; ORLANDO JOSÉ AVALOS FRANCO2; KARINE HELENA BÓCOLI1; ANDERSON RYO KUBONIWA1; GILMAR VIEIRA VELOSO JÚNIOR1. 1. PUC-SP, SOROCABA - SP - BRASIL; 2. PUC-SP, SOROCABA - PARAGUAI.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O retalho sural de fluxo reverso é um importante retalho fasciocutâneo, que pode ser usado para a reconstrução de perda de substância do terço distal da perna, calcâneo e região plantar proximal. É um retalho versátil, com amplo arco de rotação, e apresenta seu pedículo baseado no fluxo arterial reverso da artéria sural superficial ramo da artéria fibular e drenagem venosa principal por tributárias surais da veia safena parva. RELATO DO CASO: Paciente TSR, 57 anos, sexo feminino, dona do lar, procedente de Porto Feliz ? SP. Atendida no ambulatório de Cirurgia Plástica do Conjunto Hospitalar de Sorocaba do serviço Linneu Mattos Silveira da PUC-SP em julho de 2016. Apresentava ferimento há 3 meses em região posterior e distal de perna direita, próximo ao calcanhar, com área de necrose, após acidente com animal peçonhento, uma aranha amarela. Paciente com limitação de movimento devido sintomas álgicos. Optado em primeiro tempo por um desbridamento cirúrgico que evidenciou exposição de tendão de aquiles. Para cobertura de ferimento foi optado pela utilização do retalho sural reverso feito em dois tempos, inicialmente realizado autonomização do retalho e posteriormente, após 21 dias, rotação e cobertura do ferimento. CONCLUSÃO: O retalho sural reverso mostrou-se um excelente opção para reconstrução de ferimentos distais e complexos de membros inferiores. O índice de complicações é relativamente baixo e as sequelas estéticas são aceitáveis.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1460

TÍTULO DO TRABALHO: Retalho zigomático-palpebral: Uma técnica opcional para a reconstrução da pálpebra inferior

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FELIPE ROSSINI DE DONATO; MANOEL PEREIRA DA SILVA NETO; MARCO TÚLIO RODRIGUES DA CUNHA; LUCIANA RODRIGUES DA CUNHA COLOMBO TIVERON; VINÍCIUS TEIXEIRA DE PAULA PIGNATTI; ALUÍSIO GONÇALVES MEDEIROS; GUSTAVO DE PÁDUA BRAZÃO. UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO, UBERABA - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Várias técnicas reconstrutivas das pálpebras têm sido desenvolvidas com o objetivo de reparar defeitos, restaurar a anatomia e função das mesmas, além de tentar uma recomposição estética. A escolha da técnica dependerá das porções da pálpebra acometidas e da extensão do defeito.Relato do Caso: O objetivo deste trabalho é apresentar uma técnica opcional para a reconstrução de defeitos da lamela anterior da pálpebra inferior com retalho cutâneo zigomático palpebral. Esta técnica mostra uma alternativa excelente principalmente nos casos de pele esclero-atrófica de idosos, bem como jovens que não apresentam redundância da pele palpebral superior, impossibilitando por exemplo o uso de enxertos de pálpebra superior ou retalhos como o de Fricke ou Tripier. A técnica baseia-se no uso de retalhos locais, de características muito semelhantes à área do defeito, o que permite mimetização, segurança e exequibilidade. O autor mostra a indicação do retalho em casos de ectrópio cicatricial, reconstrução após ressecção de neoplasias, associação com outros retalhos como de Hughes ou para cobertura de enxertos cartilaginosos. É um retalho de transposição composto por pele e subcutâneo, randomizado. O princípio técnico para confecção do retalho é o mesmo em todos os casos. A área receptora tem os seus limites avaliados e baseado na extensão do defeito delimita-se a área doadora na região malar ipsilateral. Então, o retalho é marcado na região zigomática a partir do canto lateral do olho, descendo no sentido perpendicular, 90° em relação à margem ciliar inferior. O retalho cutâneo é elevado com um tecido subcutâneo de espessura suficiente para preencher o defeito. Depois disso, o processo de transposição é realizado, tanto a área doadora quanto a região receptora do retalho são suturadas com pontos simples separados com nylon monofilamentado 6.0. O retalho permite a restauração da altura, comprimento vertical palpebral, prevenindo e corrigindo ectrópio. Os resultados imediatos e tardios são satisfatórios e bem aceitos pelos pacientes e pela equipe cirúrgica em termos de estética, qualidade da cicatriz e em termos funcionais com oclusão palpebral e lubrificação ocular adequadas.Conclusão: A reconstrução palpebral exige não somente um conhecimento anatômico preciso, mas também variadas técnicas cirúrgicas, para se obter um resultado funcional e esteticamente satisfatório, minimizando as complicações pós-operatórias.

CODIGO DO TRABALHO: 3045

TÍTULO DO TRABALHO: SATISFAÇÃO COM A IMAGEM CORPORAL E DESEJO DE REALIZAR CIRURGIAS ESTÉTICAS EM ESTUDANTES DE MEDICINA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JULIANA COELHO XAVIER1; LUÍS AUGUSTO PRAZIM BEZERRA2; MATHEUS OLIVEIRA CARLOTA3; HEMELI GEANINE BERTOLDI4; FELIPE AUGUSTO FERREIRA SIQUELLI5; TATYANE RIBEIRO DE CASTRO PALITOT6; GABRIEL LUNARDI ARANHA4. 1. UNINASSAU, RECIFE - PE - BRASIL; 2. UESB, VITÓRIA DA CONQUISTA - BA - BRASIL; 3. PUCCAMP, CAMPINAS - SP - BRASIL; 4. SUPREMA, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL; 5. FACISB, BARRETOS - SP - BRASIL; 6. UFRN, NATAL - RN - BRASIL.

RESUMO:
A insatisfação corporal pode ser definida como a avaliação negativa do próprio corpo, sendo diagnosticada, geralmente, por meio de figuras (silhuetas corporais) e questionários. Os olhares têm se voltado a corpos moldados por exercícios físicos, cirurgias plásticas e tecnologias estéticas. A Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica revelou que o Brasil é o campeão mundial em relação ao número de cirurgias plásticas realizadas mundialmente. Fato preocupante é que a maioria das intervenções são de natureza estética, sendo que 11% desses procedimentos foram realizados em adolescentes na faixa etária de 14 a 18 anos. OBJETIVO: Avaliar a insatisfação com a imagem corporal, auto-estima e desejo de realizar cirurgias estéticas nos estudantes do Curso de Medicina de duas universidades do estado da Bahia. MÉTODOS: Foram interrogados, através de questionário autoaplicado, 279 estudantes de medicina do 1º ao 12º semestres. Através de sorteio, foi selecionada proporcionalmente a metade dos homens e das mulheres de cada semestre do curso. RESULTADOS E CONCLUSÃO: Dos 313 entrevistados, 42,8% dos participantes foram do gênero masculino e 57,2% do feminino. A média de idade foi de 24,3 ± 3,9 anos. A insatisfação com o corpo foi encontrada em 54,9%, maioria em mulheres e os locais mais apontados foram Abdome e Mama. Mesmo apresentando algum tipo de insatisfação, os homens almejam silhuetas corporais maiores, possivelmente, aparentando um maior desenvolvimento muscular. O desejo de realizar cirurgia estética foi mostrou-se em 43,1% dos pesquisados. O principal impedimento para cirurgia foram financeiro e o momento de realização mais apontado foi após a formatura. O critério mais utilizado para a escolha do profissional foi possuir bons resultados anteriores e, em segundo lugar, com apenas 54% dos estudantes, ser um cirurgião plástico. A autoestima baixa não teve relação estatisticamente significante com o desejo de realizar cirurgia plástica. Observou-se que 96,2% dos sujeitos pesquisados que desejam fazer cirurgia declararam que possuem auto-estima normal. Os dados do presente estudo permitem concluir que a prevalência de insatisfação com a imagem corporal é elevada, porém essa insatisfação não está necessariamente atrelada à auto-estima baixa. Neste sentido, recomenda-se que os profissionais da saúde atentem para a alta prevalência de insatisfação corporal entre a população jovem e para a necessidade de estratégias que visem à maior satisfação das pessoas com o seu corpo.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 977

TÍTULO DO TRABALHO: Schwannoma benigno do nervo supraorbitário sem associação com neurofibromatose

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RODRIGO DENADAI PIGOZZI DA SILVA1; KARIN MILLENI DE ARAUJO2; ALEX DENADAI PIGOZZI DA SILVA3. 1. UNIVERSIDADE IGUAÇU, NOVA IGUAÇU - RJ - BRASIL; 2. HOSPITAL MUNICIPAL WALTER FERRARI, JAGUARIUNA - SP - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE METROPOLITANA DE SANTOS, SANTOS - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOSchwannomas que surgem dos ramos periféricos do nervo trigêmeo têm sido frequentemente reportados em pacientes com neurofibromatose. Uma extensa revisão da literatura (sciELO e MEDLINE) mostrou relatos esparsos de pacientes com schwannomas do nervo supraorbitário (primeira divisão do nervo trigêmeo), principalmente em associação com neurofibromatose. O objetivo deste estudo foi reportar um paciente com schwannoma benigno do nervo supraorbitário sem associação com neurofibromatose.RELATO DE CASOUma mulher de 35 anos de idade foi encaminhada para a unidade de cirurgia plástica apresentando uma nodulação de crescimento progressivo e lento na região supraorbitária há 1 ano. Exame físico e avaliação neurológica foram normais, com exceção da presença de uma nodulação (indolor, consistência dura, sem aderência a planos superficiais ou profundos, com 3 cm) na região supraorbitária direita. Não houve sinais sugestivos de neurofibromatose e os antecedentes pessoais foram negativos. Diagnóstico e tratamento consistiram de uma ressecção cirúrgica cuidadosa através de uma incisão na margem da sobrancelha direita; identificamos uma tumoração ?brotando? do nervo supra-orbitário delicadamente dissecado e isolado. Análise histopatológica compatível com schwannoma benigno. A lesão foi caracterizada como um schwannoma do nervo trigêmeo (tipo E de acordo com a classificação de Yoshida e Kawase). Não houve alteração de sensibilidade pós-operatória e não houve sinais de recidiva em um seguimento de 2 anos.CONCLUSÃOSchwannoma, embora raro sem associação com neurofibromatose, deve ser considerado como diagnóstico diferencial pré-operatório de qualquer tumoração supraorbitária unilateral com o intuito de instituir-se o tratamento (ressecção completa, preservando o nervo) e o diagnóstico (avaliação histopatológica) adequados, evitando-se complicações como a perda de sensibilidade local.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1238

TÍTULO DO TRABALHO: SILICONOMA: UM DESAFIO PARA O CIRURGIÃO PLASTICO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DANIEL DE MORAIS TAVARES1; HAMILTON ALLEARDO GOELA1; DANIEL JOSÉ DE MORAIS FOZATI1; DECIO LUIS PORTELLA1; ORLANDO JOSÉ AVALOS FRANCO2; KARINE HELENA BÓCOLI1; ANDERSON RYO KUBONIWA1; GILMAR VIEIRA VELOSO JÚNIOR1. 1. PUC-SP, SOROCABA - SP - BRASIL; 2. PUC-SP, SOROCABA - PARAGUAI.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O silicone líquido industrial tem sido utilizado, de forma clandestina e na maioria das vezes por profissionais não medicos, no organismo humano tanto em mulheres como em homens ou transgêneros com a finalidade de aumento de volumes e corrigir depressões. A longo prazo, podem ocorrer várias complicações, tais como infecções, necroses teciduais e, mais tardiamente, a migração do produto, pelo sistema linfático, venoso ou mesmo pela força da gravidade. RELATO DO CASO: Paciente CCR, 33 anos, sexo masculino, atendido no ambulatório do Serviço de Cirurgia Plástica do Serviço Linneu Mattos Silveira na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, em Sorocaba ? SP, com histórico de infiltração de silicone liquido há 10 anos em região mamária bilateral, em ambiente não hospitalar e por indivíduo leigo, evoluindo com processos inflamatórios crônicos, dor local e limitação de movimentos. Realizado cirurgia em setembro de 2016 para remoção de siliconoma em região mamária bilateral. Realizado incisão em sulco mamário com dissecção até região de fascia de musculo peitoral maior, ressecado tecido fibrótico existente deixando um coxin em região de complexo areolo-papilar de 2cm. Pela existência de tecido fibrotico do siliconoma migrar para vários planos em subcutâneo fica limitado sua ressecção completa, podendo ainda ser necessário vários procedimentos cirurgicos. Paciente evolui com melhor controle das dores crônicas, melhor movimentação dos membros e com resultado estético satisfatório. CONCLUSÃO: Este artigo tem como objetivo maior esclarecer as consequências danosas que esse produto pode causar no organismo, como cicatrizes de grandes proporções e sequelas estéticas e funcionais.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1943

TÍTULO DO TRABALHO: Sindactilia

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BIANCA ZANETTE DE ALBUQUERQUE; RAYSSA RUSZKOWSKI DO AMARAL; CAROLINA MARQUEZIN GIACOMELLO; RAFAEL CANANI SOMMER; JEFFERSON LUIS BRAGA SILVA. PUCRS, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Definir a técnica cirúrgica adequada para cada tipo de sindactilia, otimizando a função da mão, já que sindactilia é a mais comum das deformidades congênitas da mão, sendo bilateral em até 50% dos casos.Método: Este trabalho é baseado em livros, participações em conferências internacionais, experiência clínica dos autores e artigos selecionados no PubMed através da busca pelos termos [Syndactyly]AND[Surgery].Resultados: A sindactilia é classificada como cutânea (simples) ou óssea, completa ou parcial, ou complicada (sindrômica). A mais frequente é a sindactilia cutânea (simples) completa.Cada tipo de sindactilia apresenta um tratamento específico, e frequentemente são necessários enxertos e retalhos.O tratamento cirúrgico busca um resultado cosmético e funcional de cada dedo e um sulco interdigital semelhante ao normal.Para sindactilia simples incompleta, utiliza-se o retalho em ilha vascularizado e sutura interdigital primária sem uso de enxertos. Sharma et al. descreveram uma técnica cirúrgica utilizando um retalho em forma V-Y interdigital. Após uma incisão interdigital longitudinal, remove-se gentilmente o subcutâneo, possibilitando, assim, o fechamento primário dos dedos. Entretanto, esta técnica confere uma cicatriz linear à linha central lateral do dígito que pode levar à contratura e deformidade do dedo e da unha ao longo do tempo.Nos casos de sindactilias complexas, a reconstrução da face lateral da ponta digital comprometida necessita geralmente de um retalho de polpa digital para a cobertura óssea. Shevtsov et al. descreveram uma técnica baseada separação gradual dos dedos e ossos metacarpais por meio de um fixador externo, a fim de permitir o crescimento dos tecidos moles interdigitais para subsequente cirurgia em Z-plastia, dispensando o uso de enxertos.Nos casos de sindactilias completas e/ou complexas, preconiza-se o uso de enxerto de pele completa. A cirurgia utiliza um retalho dorsal vascularizado triangular, quadrangular ou pentagonal e incisão interdigital em Z-plastia.Nos casos em que uma boa cobertura lateral ao sulco ungueal é necessária, utiliza-se o retalho de Buck-Gramcko, que dá origem a dois retalhos em cada polpa digital que servirão para cobrir ambos os defeitos.Conclusões: Os procedimentos cirúrgicos descritos dependem de cada tipo de sindactilia. Geralmente, são utilizados retalhos vascularizados dorsais, incisões em Z-plastia interdigitais e enxertos de pele de espessura completa.

CODIGO DO TRABALHO: 1493

TÍTULO DO TRABALHO: SÍNDROME DE FOURNIER: 10 anos de avaliação

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GABRIEL LUNARDI ARANHA1; GABRIEL ANTÓNIO DE SOUZA MUNIZ1; FELIPE DE ABREU RODRIGUES1; MATHEUS CASTELO PRUDENTE1; LAURA DORNELAS CORRÊA1; GABRIEL VICTOR DORNELAS1; NATHALIA PEREIRA VIZENTIN2; MARILHO TADEU DORNELAS3. 1. FCMS/JF, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL; 2. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; 3. HU/UFJF, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A gangrena de Fournier é uma fasciite necrosante sinérgica do períneo e parede abdominal, que tem origem no escroto e pênis, no homem, e vulva e virilha, na mulher. O processo inicialmente foi descrito como idiopático, mas atualmente sabe-se que se trata de grave afecção causada por bactérias Gram positivas, Gram negativas ou anaeróbios, que pode levar a comprometimento sistêmico importante e, eventualmente, morte. Método: Foi realizado estudo retrospectivo, baseado na análise de prontuários médicos de 23 pacientes portadores de síndrome de Fournier, no período de janeiro de 2006 a janeiro de 2016. O tratamento dos pacientes incluiu intervenção precoce, com antibioticoterapia de largo espectro e desbridamentos consecutivos. O procedimento terapêutico empregado para a reconstrução variou desde a aproximação das bordas com sutura simples até uso de retalhos e enxertos, nas lesões extensas. Resultados: As técnicas de reparação cutânea foram eficientes e a reparação escrotal foi também efetiva em todos os casos, obtendo-se bons resultados estéticos. Houve 3 (13%) óbitos, 2 deles em pacientes com doenças pregressas e portadores de comorbidades. Conclusões: Apesar da reconhecida gravidade da Síndrome de Fournier, as medidas terapêuticas adotadas, como rápida intervenção, desbridamento precoce e antibioticoterapia de amplo espectro, juntamente com abordagem multidisciplinar, demonstraram-se bastante eficazes no controle da doença, permitindo reconstrução cirúrgica das áreas atingidas, com baixa mortalidade.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 830

TÍTULO DO TRABALHO: SINDROME DE FOURNIER: RECONSTRUÇÃO DA REGIÃO PERINEAL COM O USO DO CURATIVO Á VÁCUO E RETALHO FASCIOCUTÂNEO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: SAMARA NASER; FÁBIO CALANDRINI RODRIGUES; NIMER RATIB MEDREI; ANDRÉ ARAUJO DE MEDEIROS; LUIZ FLAVIO DE ANDRADE REIS; ELY JOSÉ DE AGUIAR; THALES RENATO TRANQUEIRA; ANDERSON MIRANDA ABUD; LEONARDO SOUSA RAMOS. HOSPITAL DA REGIÃO LESTE, BRASÍLIA - DF - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A fasciite necrotizante é uma das infecções de partes moles mais fatal, com rápida progressão e acometimento de tecidos adjacentes, com altas taxas de mortalidade. Quando diagnosticada em tempo hábil, se faz necessária o debridamento de todo o tecido necrótico, associada a limpeza e higiene exaustiva da ferida. Novas técnicas vem sendo utilizadas no auxílio terapêutico dessas feridas complexas, incluindo o uso da terapia sob pressão negativa ? curativo à vácuo ? com o intuito de otimizar o processo de cicatrização e preparar o tecido para o reparo cirúrgico, seja através do uso de retalhos ou enxertos. RELATO: Masculino, 33 anos, portador de lúpus eritematoso sistêmico e diabetes melittus, com queixa de dor em região de glúteo esquerdo há quatro dias, evoluindo com edema local, edema escrotal e sangramento anal há um dia. Exame físico, com orifício de drenagem e saída de secreção purulenta associada a necrose entre bolsa testicular e ânus. Realizado debridamento cirúrgico e curativo à vácuo sob pressão intensa e contínua, além de antibioticoterapia sistêmica endovenosa de largo espectro. Foram realizadas mais quatro trocas de curativo associadas a debridamento e irrigação exaustiva. Na última troca, realizou-se reconstrução cirúrgica com rotação lateral de retalho fasciocutâneo retirado de face medial de coxa interna direita. CONCLUSÃO: A prática clínica vem mostrando resultados cada vez mais superiores no tratamento de feridas através do curativo sob pressão negativa quanto aos tratamentos convencionais, sugerindo que, em breve, a modalidade poderá ser considerada o padrão ouro, ou pelo menos, importante pilar no manejo de feridas complexas.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2807

TÍTULO DO TRABALHO: SÍNDROME DE FOURNIER: RECONSTRUÇÃO PENIANA COM RETALHO DA FACE MEDIAL DA COXA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RICARDO ESTEFANI1; HEITOR VIEIRA NOGUEIRA1; FLÁVIO EXPEDITO DE MORAIS FREJUELLO2; TIAGO DIAS GOLDONI1. 1. FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, MARÍLIA - SP - BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA DE MARILIA, MARÍLIA - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOAs doenças crônicas, imunossupressoras e traumas cutâneos apresentam grande relação com infecções de partes moles. No caso da fasciíte necrotizante o acometimento infeccioso provoca a invasão da fáscia com total prejuízo e destruição do complexo tecido celular subcutâneo/pele promovendo a perda tecidual local, descontinuidade anatômica, necrose e formação de gangrena. No campo da reconstrução, os retalhos musculares apresentam-se como opção viável diante das sequelas decorrentes destas infecções em congruência com Mathes-Nahai por ser opção viável, de relativa e fácil execução e cuja morbimortalidade pós-operatória é baixa. Este relato apresenta caso de Gangrena de Fournier com a reconstrução peniana valendo-se de retalho miocutâneo/pedículo medial da coxa.RELATO DE CASOMasculino, 42 anos, internado em hospital secundário no interior do Estado de S. Paulo com o diagnóstico de fasciíte necrotizante. Após 7 dias de internação aos cuidados da Urologia, submetido a tratamento com antibioticoterapia endovenosa de amplo espectro (Cefepime), tratamento hiperbárico, desbridamentos e sondagem vesical de demora, houve melhora clínica e laboratorial paciente. Neste ponto, havendo possibilidade clínica de reconstrução foi solicitada avaliação da Cirurgia Plástica da referida instituição.Notou-se extensa exposição de uretra, dorso e ventre peniano, com preservação da glande, grande área de granulação compondo 90% do órgão. Assim, seguindo-se as prioridades de reconstrução, foi optado por reconstrução local em dois tempos usando o retalho medial da coxa, miocutâneo de pedículo da artéria femoral superficial. Seguiu-se de 21 dias pós operatório, secção do pedículo vascular e pequena enxertia em região dorsal peniano devido à discreta deiscência local, permanecendo o mesmo internado durante todo o tratamento.Após alta hospitalar, em seguimento ambulatorial foram descritas pelo paciente função sexual, funcional/micção e sensibilidade preservadas e de forma satisfatória. CONCLUSÃOConsideramos importante a descrição diante dos poucos casos descritos em literatura. O referido retalho já é conceituado e aceito como grande opção para reconstruções de bolsa escrotal, porém seu uso para reconstrução peniana é limitado e pouco descrito. Apesar do sucesso terapêutico cirúrgico em questão, considerarmos importante a realização de novas abordagens para que o referido retalho possa tornar-se uma opção viável no tratamento das sequelas oriundas da fasciíte necrotizante.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1556

TÍTULO DO TRABALHO: SÍNDROME DE HANHART: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ÁLVARO JÚLIO DE ANDRADE SÁ1; EMANOEL NASCIMENTO COSTA2; CARLOS VICTOR DE ALMEIDA LUZ2; LUANY VIANA MEDEIROS3; GABRIELE SILVA MARINHO2; JESSICA CORREIA DE OLIVEIRA2; PEDRO HENRIQUE DA SILVA GOMES2; TIAGO WAGNER DA SILVA PORTELA4. 1. CIRURGIÃO PLÁSTICO DO PROGRAMA DE TRATAMENTO DE FISSURADOS DO AMAZONAS, MANAUS - AM - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS, MANAUS - AM - BRASIL; 3. CENTRO UNIVERSITÁRIO DO NORTE, MANAUS - AM - BRASIL; 4. UNIVERSIDADE NILTON LINS, MANAUS - AM - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoHanhart ou Aglossia-Adactilia é uma síndrome congênita de etiologia desconhecida que se caracteriza por deficiente desenvolvimento dos membros com dedos hipoplásicos, oligodactilia e sindactilia, micrognatia, microglossia[1] e, por vezes, trismo[2]. Pertence a um conjunto de doenças conhecidas atualmente como síndromes da hipogenesia do arco oromandibular, relativamente raras (1/175,000 nascidos)[3]. O objetivo deste estudo é a descrição do caso de um garoto de 6 anos portador da síndrome com clássica expressão patológica.Relato de CasoPaciente RNL 6 anos do sexo masculino, morador da cidade de Manaus/Amazonas, estudante é o quinto filho de uma mãe usuária de drogas, tabagista e etilista, diagnosticada com sífilis durante a gestação, nascido a termo com 40 semanas de parto normal em casa, acompanhado de uma gravidez sem acompanhamento médico. Não apresenta déficit cognitivo, com desenvolvimento normal, tendo em vista a suas condições congênitas, nega doenças da primeira infância, assim como outra comorbidade associada, realizou uma cirurgia para correção de sindactilia. Diagnosticado aos dois meses de idade com aglossia congênita.Ao exame da cavidade oral, observou-se microgatia, ausência dos dentes decíduos, previamente extraídos decorrente a cáries, presença do 1º molar permanente e aglossia. Apresentando focomelia de antebraço esquerdo e da parte média inferior da perna esquerda, possui sindactilia do 2º ao 4º quirodáctilo da mão direita, e má formação da região do pé direito, no qual apresenta apenas o 5º metatarso e duas falanges que suportam o 4º e 5º pododáctilo. Sem quaisquer outras anormalidades, apresenta ótimo desenvolvimento cognitivo.ConclusãoVisto o conjunto das comorbidades associadas a síndrome de Hanhart, é necessário o acompanhamento multidisciplinar como fisioterapeuta, fonoaudiologias, cirurgiões dentre outros profissionais para minimizar os seus agravos, além de buscar o melhor enquadramento social para o paciente.1. Costa, M. F. e, Dicionário de Termos Médicos. 8ª Edição. Porto, Portugal. Porto Editora, 2014.2. Shires, P. M. and Chow, G. (2015), Trismus in the paediatric population. Dev Med Child Neurol, 57: 339?343. 2015.3. Gupta, S. R. ?Isolated Aglossia Congenita: A Rare Case of Oromandibular Limb Hypogenesis Syndrome Type I B.? Journal of Oral and Maxillofacial Pathology?: JOMFP 16.3: 414?419. 2012.

CODIGO DO TRABALHO: 1651

TÍTULO DO TRABALHO: SÍNDROME PARRY-ROMBERG: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANA LUIZA CAVALHEIRO1; ISABELA SANTAS DE MIRANDA2; HUGO SEQUEIRA3. 1. PUC-SP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. PUC-SP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 3. HOSPITAL DE BRAGA, BRAGA - PORTUGAL.

RESUMO:
SÍNDROME PARRY-ROMBERG: RELATO DE CASOA síndrome de Parry-Romberg, descrita inicialmente em 1825 por Parry e em 1846 por Romberg, é caracterizada por uma hemiatrofia facial lenta e progressiva sem etiologia totalmente conhecida. Desenvolve-se comumente nas primeiras duas décadas de vida, predominantemente no sexo feminino e acometendo o lado esquerdo. O objetivo deste estudo é relatar um caso de Parry-Romberg, que já passou por terapêuticas clínicas e cirúrgicas, com lipoenxertia autóloga, e vem apresentando um resultado positivo, com melhora evidente em seu aspecto estético. Além de discutir aspectos clínicos, etiológicas, fisiopatológicos, diagnósticos e terapêuticos da patologia em questão. Por ser uma doença degenerativa rara e de etiologias ainda desconhecidas, é de muita importância o relato de casos para caracterizar ainda melhor as manifestações e evoluções da mesma. Foi realizado um relato de caso de uma paciente do sexo feminino, de 11 anos de idade, natural e procedente de Braga-Portugal, que foi encaminhada ao serviço de Cirurgia Plástica do Hospital de Braga em setembro de 2015. A paciente apresentava uma hemiatrofia grave com interferência significativamente em sua vida social. Se faz essencial e necessário o acompanhamento multidisciplinar de pacientes portadores da síndrome Parry-Romberg, com o objetivo de promover uma melhora na qualidade de vida destes, e assim deixar que a patologia cause menos impacto sobre o indivíduo portador.

CODIGO DO TRABALHO: 2923

TÍTULO DO TRABALHO: SUPLEMENTAÇÃO DO ÁCIDO FÓLICO NA GESTANTE: DESENVOLVIMENTO DE FENDAS LABIOPALATINAS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ESIANE DE FREITAS CORREIA1; ANA BEATRIZ SILVA BARBOSA1; BEATRIZ GOMES ARRUDA1; FRANCISCO RODOLFO DE FREITAS PEREIRA1; IANA BEZERRA QUEIROZ ARAÚJO1; LARA LÍVIA VALENÇA BATISTA1; THIAGO DO VALLE ROCHA1; ANDRÉ MACEDO LUNA2. 1. DISCENTE FAMENE - FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. DOCENTE FAMENE - FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
Objetivos: A suplementação de ácido fólico na gestação já vem sendo correlacionada com a diminuição do desenvolvimento de fendas labiopalatinas, o estudo em questão busca comprovar a influência da ingestão do folato para prevenção desta mal formação. Método: Estudo retrospectivo no qual foram revisados prontuários de 89 pacientes atendidos no Hospital Universitário Lauro Wanderley - PB e que apresentavam fissura labiopalatais, correlacionando com artigos encontrados nos principais bancos de dados. Resultados: Dos 89 pacientes analisados entre 2010 - 2016, aproximadamente 58% eram do sexo masculino, o que mostrou-se ainda mais prevalente no tipo de fenda transforame direita (TD), sendo 82% deste sexo. Observou-se ainda predomínio dos tipos de fenda transforame, com 66%, sobre 19% pré forame e 14% pós forame. A quantidade de procedimentos também foi maior na transforame, com média de 2,5 cirurgias. Correlacionando o uso do folato e o desenvolvimento da fenda, foi encontrada discreta prevalência, 26%, entre as gestações não suplementadas, dado que pode ter sido mascarado pela escassez de informações em 54% dos prontuários. Conclusão: Os resultados foram condizentes com a literatura, em que pudemos encontrar uma maior incidência do sexo masculino1,2 e maior prevalência do tipo transforame, o qual também é considerado o mais grave, necessitando de maior número de cirurgias3. Foi verificado na literatura que vários fatores influenciam na implementação do folato na dieta das gestantes, sendo o baixo nível socioeconômico um das causas marcantes4. Apesar da discreta prevalência dos pacientes que não tiveram a gestação suplementada, a subnotificação dos prontuários acabou por ser fator comprometedor para estabelecer a eficácia da suplementação do folato.Bibliografia:1. Santana et al. Nascidos vivos com fissura de lábio e/ou palato: as contribuições da fonoaudiologia para o Sinasc. Rev. Cefac. Recife; 17(2), p. 485-491, mar./abr., 2015.2. Tabaquim, M. L. M. ; Joaquim, R. M. Avaliação neuropsicológica de crianças com fissura labiopalatina. Archives of health investigation, v. 2, n. 5, 2013.3. Rocha, Sanyra Lopes Dias. "Perfil epidemiológico de pacientes portadores de fissuras de lábio e/ou palato atendidos em um centro especializado de Salvador-Ba no período de 2000 a 2013." (2016).4. De Marquia, Paola Agatina, et al. Principais Fatores da Baixa Adesão ao Uso do Ácido Fólico. Journalof Health Sciences, 16.2, 2015.

CODIGO DO TRABALHO: 2867

TÍTULO DO TRABALHO: Suspensão Estática com Silicone no tratamento para Ptose Palpebral induzida por TARV ? Relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PEDRO MORAES DÓREA1; JULIANA VIEIRA PINTO TRAVASSOS2; VICTOR ARAUJO FELZEMBURGH2; RODRIGO DEL PINO SILVA1; LUCAS RIOS ROCHA2; DARLAN RODRIGUES TORRES3; JOSÉ VALBER LIMA MENESES2; VICTOR DINIZ POCHAT2. 1. UNIVERSIDADE SALVADOR, SALVADOR - BA - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, SALVADOR - BA - BRASIL; 3. FACULDADE DE CIENCIA E TECNOLOGIA, SALVADOR - BA - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A ptose palpebral se caracteriza pela oclusão incorreta da pálpebra superior, por uma disfunção congênita ou adquirida do músculo levantador da pálpebra. Varia desde uma queda discreta até oclusão total da fenda palpebral.-- A posição normal da pálpebra superior corresponde a 1 a 2 mm abaixo do limbo superior da íris, com a fenda palpebral vertical medindo em torno de 10 mm2. A classificação quanto a etiologia é importante, pois determinará a técnica cirúrgica a ser empregada, uma vez que, existe maior elevação palpebral por milímetro de músculo levantador ressecado em ptoses adquiridas quando comparado às congênitas. A base patológica da ptose palpebral congênita é uma deficiência das fibras musculares estriadas do levantador que ocorre na fase embrionária, sendo que o grau desta alteração irá determinar a gravidade da ptose. As ptoses adquiridas envolvem etiologia neurogenética, miogênica, aponeurótica ou mecânica. Dentre estas, pode-se destacar a relação entre uso de TARV com ptose palpebral, especialmente a Zidovudina (AZT). A droga provoca inibição da DNA polimerase mitocondrial do músculo e consequente depleção do seu DNA mitocondrial, resultando em miopatia e consequente fraqueza muscular. Apresentação clínica da ptose grave com comprometimento do campo visual, associada ao uso de antirretroviral é pouco prevalente. Assim, a escolha do tratamento deve ser individualizada por se tratar de uma miopatia não somente do levantador da pálpebra, mas também de outros músculos que estão envolvidos, como forma de tratamento da patologia. RELATO DE CASO: Masculino, 60 anos, com diagnóstico de HIV há 10 anos, apresentou ptose palpebral progressiva após 2 anos de uso de TARV. Oclusão importante dos olhos, ptose grave com pouca excursão muscular ao teste do músculo levantador da pálpebra, apresentando processo de lentificação ao exame da musculatura intrínseca do olho, sendo necessária correção cirúrgica, realizada com suspensores de silicone. Foi executada suspensão de silicone com posicionamento em região de fronte com 3 pontos de fixação na pálpebra. Foi elaborada a troca da medicação pela equipe de infectologia. Paciente foi acompanhado pelo serviço apresentando pós operatório satisfatório no curso de 1 ano. CONCLUSÃO: Os resultados se mostraram positivos pois não houveram complicações pós-operatórias, o paciente cursou com significativo ganho visual e posicionamento adequado da pálpebra superior, o que representa o sucesso da técnica aplicada.

CODIGO DO TRABALHO: 788

TÍTULO DO TRABALHO: TEMPO CORRETO PARA A TRANSFERÊNCIA MUSCULAR NAS MEDIASTINOTOMIAS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GIULLIA GARIBALDI BERTONCELLO1; GABRIELA HORBE WACHHOLZ1; LYDIA MASAKO FERREIRA2; MARCOS RICARDO DE OLIVEIRA JAEGER3. 1. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO E ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 3. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL E ESCOLA DE MEDICINA, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVOSugerir o momento ideal para a substituição esternal baseado na colonização da ferida operatória aberta do esterno.MÉTODOEstudo prospectivo controlado com trinta pacientes, idade média de 62,7 anos. Esternotomia com deiscência. Diâmetro médio do defeito de 20,53 x 7,15 cm². Ferida testada para colonização e infecção através de cultura seriada. Tomografia realizada para excluir formação de abscesso e pericardite. SPSS versão 11.0.RESULTADOSDepois de duas tentativas de ressutura, em um intervalo de 2 semanas, existe uma tendência a colonização por Staphylococcus aureus, Klebsiellaspe outras bactérias gram negativas. Quando a substituição esternal é realizada antes da primeira semana da deiscência, o período de hospitalização diminui para 12 a 22 dias (p>0,001).CONCLUSÃOA reconstrução esternal realizada nas primeiras duas semanas após a deiscência pode evitar a colonização e possivelmente a infecção. Depois disso, há uma tendência à colonização pelo Staphylococcus resistente à oxacilina e bactérias gram-negativas, aumentando o risco de mediastinite.REFERÊNCIAS1. Wu S, Wan F, Gao Y, et al. Sternal reconstruction of deep sternal wound infections following mediansternotomy by single-stagemuscle flaps transposition. Chin MedSci J. 2014; 29(4):208-13.2. Jaeger, MRO, Amaral Neto N., Milani AR, Ely PB. A reconstrução esternal precoce pode prevenir contra a mediastinite?. Arquivos Catarinenses de Medicina (Impresso), v. 41, p. 154-155, 2012.3. Kokhan EP, Aleksandrov AS, Shandurenko IN, et al. Postoperative wound complications in cardiosurgery.AngiolSosudKhir. 2014;20(1):148-53.5. Zahiri HR, Lumpkins K, Kelishadi SS, Zhu Y, Medina D, Condé-Green A, et al. Significant Predictors of Complications After Sternal Wound Reconstruction: A 21-Year Experience. Ann PlastSurg. 2012.6. Grevious MA, De La Torre J, et al. Sternal Dehiscence Reconstruction. WebMD, 2016.

CODIGO DO TRABALHO: 565

TÍTULO DO TRABALHO: Tempo de diagnóstico da fissura labiopalatina e sua repercussão para a realização de procedimento cirúrgico corretivo

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: KAROLINE KUSTER VALTER; WANESSA RIBEIRO DE OLIVEIRA; LUCAS DE MOURA PORTELA; MIKAELLE LOPES RODRIGUES; NARCÉLIO MENEZES SILVA FILHO; ÉRICA BEZERRA DE ALMEIDA; ANTONIO ROMÉRIO LEITE DE MACÊDO; RODRIGO AGUIAR BARRETO ALVES. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, SOBRAL - CE - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Destacar a importância do diagnóstico precoce no crescimento e desenvolvimento de crianças com fissura lábio palatal e como isso repercute na agilidade da cirurgia reconstrutora dessa anormalidade. Método: Trata-se de um estudo descritivo quantitativo. Durante mutirão de reconstrução de fenda labial e/ou palatina, realizado no hospital Santa Casa de Misericórdia de Sobral, durante o período de 12 a 16 de outubro de 2015, estudantes de instituição universitária captaram aleatoriamente seis famílias de pacientes beneficiados com cirurgias reparadoras organizadas pela organização sem fins lucrativos Smile Train. Esses pacientes tinham entre 3 meses e 7 anos, e a entrevista foi respondida pelo responsável pela criança, durante a consulta de avaliação cirúrgica. Resultados: As fissuras labiais e ou palatinas são anomalias craniofaciais muito relevantes tanto pelo número de alterações, complexidade de seus efeitos estéticos e funcionais, como pela alta prevalência na população brasileira, sendo de 1 para 673 nascidos vivos[1]. Apesar disso, suas repercussões podem ser minimizadas, principalmente, quando detectadas precocemente, antes mesmo do nascimento. Isso seria possível, pois o diagnóstico preciso das fissuras labiais e palatinas pode ser realizado com 26 semanas de vida intrauterina, por ultrassonografia normal[1]. Contudo, infelizmente, por motivos desconhecidos, grande parte dos diagnósticos são realizados após o nascimento, na maternidade. Nesta pesquisa, das 6 crianças do estudo nenhuma recebeu diagnóstico na gestação, 2 foram diagnosticadas no parto e a maioria, 4, no pós-parto, constatando uma falha no diagnóstico precoce. Conclusões: O fato do diagnóstico precoce por ultrassonografista ser pouco utilizado precisa ser melhor investigado, a fim de promover técnicas de aprimoramento e conhecimento na área. Isso é importante, pois a identificação precoce, juntamente com a orientação, é fundamental na aceitação e na lida para com a anomalia. Além disso, esse tempo precoce do diagnóstico é fundamental para a agilidade da organização dos serviços médicos e da própria família no planejamento cirúrgico reconstrutor da criança fissurada, que já pode ser submetida a cirurgia com 12 meses.
Bibliografia: [1]TOLEDO NETO, João Lopes, et al. Conhecimento de enfermeiros sobre amamentação de recém-nascidos com fissura labiopalatina. Rev Rene. 2015 jan-fev; 16(1):21-8.

CODIGO DO TRABALHO: 2111

TÍTULO DO TRABALHO: TERAPIA COM CURATIVO VAC EM FASCEÍTE NECROSANTE POR ABSIDIA CORYMBIFERA PÓS CIRURGIA PLÁSTICA: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ADRIANA CARNEIRO CORRÊA NASCIMENTO1; WASTON GONÇALVES RIBEIRO2; ARTUR SERRA NETO3; RAFFAEL MEDEIROS ALVARENGA2; MICHELLY SAMPAIO BONATES DURANS4; MARIA SILVANE DE FÁTIMA VIANA RANGEL4; ROCLIDES CASTRO DE LIMA2. 1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃOTAL, SÃO LUÍS - MA - BRASIL; 2. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, SÃO LUÍS - MA - BRASIL; 3. HUUFMA- HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, SAO LUIS - MA - BRASIL; 4. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, SAO LUIS - MA - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Absidia spp são fungos filamentosos encontrados no solo e na vegetação em decomposição em todo o mundo e pertencem a classe dos Zigomicetos. Absidia corymbifera é a única espécie patogênica em seres humanos, responsável por 3% das amostras clínicas de zigomicoses. Infecções cutâneas necrosantes são caracterizadas por necrose rapidamente progressiva generalizada da pele, tecido subcutâneo e fáscia superficial. A terapia VAC (Vacuum assisted closure) é um sistema utilizado na cicatrização de feridas em que se institui uma pressão negativa localizada e controlada, com o objetivo de estimular granulação e cicatrização das feridas, sendo uma das propostas de tratamento em casos de feridas agudas e crônicas. Relato de caso: R.P.P.O, 26 anos, feminino. História de infecção de partes moles após realização de lipoaspiração de coxa e glúteo associada a dermolipectomia no município de Pedreiras/MA, evoluindo com fasceíte necrosante em face lateral de coxa direita e glúteo após sete dias do procedimento (Figura 1). Foi admitida no HUUFMA e iniciado tratamento com antibioticoterapia de amplo espectro e debridamento cirúrgico seriado, sendo instituído terapia com curativo VAC a partir do segundo debridamento (Figura 2). Realizado ao todo 16 debridamentos cirúrgicos com curativo VAC em intervalos de 3 a 5 dias. Em cultura de material da ferida foi encontrado o fungo Absidia corymbifera, pelo qual foi acrescentado anfotericina B ao tratamento inicial. Desde então a paciente evoluiu com melhora clínica e cirúrgica, com aspecto granulado de sítio cirúrgico (Figura 3), cuja programação final foi enxerto dermoepidérmico, realizado com sucesso (Figura 4). A alta hospitalar se deu após 82 dias de internação. Conclusão: A detecção precoce e a localização precisa de processos infecciosos têm importantes implicações clínicas e são cruciais para o tratamento adequado do paciente. A maioria dos casos de infecção cutânea necrosante é de origem bacteriana e são comumente associados com a toxicidade sistêmica grave e altas taxas de mortalidade, sendo raro os casos de zigomicoses. A terapia VAC tem sido extremamente bem sucedida no tratamento de feridas agudas e crônicas, e tem sido relatado como um método para fixar enxertos de pele. Portanto, a terapia combinada de curativo VAC associado ao tratamento antimicrobiano na fasceíte necrosante é uma proposta terapêutica promissora.

CODIGO DO TRABALHO: 330

TÍTULO DO TRABALHO: Terapia de feridas por pressão negativa em doenças tropicais

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GUSTAVO FERIANI1; GUILHERME NUNES SKRIPKA2; DÉLIO RUBENS BELÉM ROSA2; TÁSSYLLA CAROLINE FERREIRA PEREIRA2; HANNA PAULA CAROLAYNE FERREIRA PEREIRA3. 1. HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAÍNA E HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS DE ARAGUAÍNA, ARAGUAINA - TO - BRASIL; 2. ITPAC, ARAGUAINA - TO - BRASIL; 3. ITPAC, ARAGUAÍNA - TO - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Descrever a utilidade e a aplicação da terapia de feridas por pressão negativa em doenças tropicais (picadas de cobra, ferroadas de arraia e leishmaniose).Método: Estudo prospectivo não randomizado. Foram formados dois grupos de pacientes com doenças tropicais: grupo um - composto por quatro pacientes tratados com a terapia de feridas por pressão negativa, mas não somente com esta, sendo também utilizados outros curativos (alginato, petrolato e curativo com prata); e grupo dois - composto por cinco pacientes tratados apenas com os curativos (alginato, petrolato e curativo com prata). O estudo não se classifica como randomizado devido ao fato de não ter sido utilizada a técnica de tratamento por pressão negativa durante todo o tratamento dos integrantes do grupo um, sendo usado, nesses casos, os demais curativos anteriormente citados. Entretanto, sempre que possível foi utilizada a terapia de feridas por pressão negativa.Resultados: O grupo um teve uma média de cinquenta e seis dias de tratamento, enquanto que o grupo dois obteve uma média de setenta e dois dias. Houve uma diferença de dezesseis dias a menos no tempo de internação dos pacientes do grupo um, mesmo sem a técnica de tratamento de feridas por pressão negativa ter sido utilizado durante todo o tratamento. Entretanto, devido ao tamanho diminuto da amostra tida como base para a pesquisa, o resultado não apresenta evidência significativa.Conclusão: A terapia de feridas por pressão negativa se mostrou superior no tratamento de doenças tropicais (picadas de cobra, ferroadas de arraia e leishmaniose) e diminuiu o tempo de internação dos pacientes em duas semanas.
Bibliografia: B. Nie e B. Yue. Biological effects and clinical application of negative pressure wound therapy: a review. Journal of Wound Care. v. 25, n. 11, p.617-626. nov./2016. Disponível em: http://www.magonlinelibrary.com/doi/10.12968/jowc.2016.25.11.617Jianbing, T., Biao, C., Qin, L. and Yanhong, W..Topical negative pressure coupled with split-thickness skin grafting for the treatment of hidradenitis suppurativa: a case report. International Wound Journal, v.12, n.3, p. 334?337. Jul/2013. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1111/iwj.12116 Rupert P, Ochoa R A, Punch L, et al.The Use of NPWT-i Technology in Complex Surgical Wounds. Cureus 8(12): e920. doi:10.7759/cureus.920. Dez./2016. Disponível em: http://www.cureus.com/articles/5476-the-use-of-npwt-i-technology-in-complex-surgical-wounds

CODIGO DO TRABALHO: 792

TÍTULO DO TRABALHO: TRANSFERÊNCIA COMBINADA DE MÚSCULO TEMPORAL E PLICATURA DO MÚSCULO ORBICULAR DOS OLHOS: REANIMAÇÃO DA FACE PARALISADA.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GIULLIA GARIBALDI BERTONCELLO1; GABRIELA HORBE WACHHOLZ1; JEFFERSON LUIS BRAGA SILVA2; EDUARDO GROSSMANN3; LYDIA MASAKO FERREIRA4; MARCOS RICARDO DE OLIVEIRA JAEGER2. 1. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 2. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL E ESCOLA DE MEDICINA, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 4. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO E ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVOA paralisia facial de longa duração deve ser sempre tratada por restauração dinâmica. No entanto, os resultados obtidos por uma única transferência de músculo podem não proporcionar um equilíbrio adequado. O objetivo deste trabalho é avaliar o resultado funcional da transferência de músculo temporal (TT) combinada com a plicatura do músculo orbicular dos olhos (OOP) na reconstrução do sorriso da paralisia facial unilateral de longa duração .MÉTODO16 pacientes House Brackmann (HB) V a VI com paralisia facial unilateral (UFP) foram submetidos a TT mais OOP de julho de 2007 a janeiro de 2008. A média de idade foi de 59,5 anos. A distância entre o filtro dos lábios e o canto da boca até o sulco nasogeniano em repouso e sorrindo foi obtida antes e após a operação e os pacientes foram acompanhados por dois anos após o procedimento.RESULTADOSA distância ao sulco nasogeniano mudou significativamente (P> 0,001) ao sorrir, melhorando a pontuação HB para III em todos os 16 pacientes. O aspecto da região dos olhos com o músculo orbicular franzido permite a impressão de que também há expressão ao redor dos olhos.CONCLUSÃOO resultado funcional do TT combinado com OOP melhorou o escore HB em todos os 16 pacientes com paralisia facial de longa duração. Isso foi atestado pela quantidade de movimento suficiente para elevar o canto da boca, e um aspecto mais natural da face paralisada.
REFERÊNCIAS?1. Jaeger M.R.O., Ferreira M., AmaralNeto N., Ely P.B., et al. Smile Reconstruction Using A Combination of Orbicularis Oris Plication and Temporalis Muscle Transfer to the Long Lasting Facial Paralysis. Plastic and Reconstructive Surgery (Online), v. 130, p. 87, 2012.2. Chen G1, Yang X, et al. Mini-temporalis transposition: a less invasive procedure of smile restoration for long-standing incomplete facial paralysis. J Craniofac Surg. 2015 Mar;26(2):518-21.3. Jaeger M.R.O., Ferreira L.M. Técnica Ilustrada em Microcirurgia. Rio de Janeiro: Dilivros, 2015. 55p.

CODIGO DO TRABALHO: 1070

TÍTULO DO TRABALHO: TRATAMENTO CIRÚRGICO DA SÍNDROME DE POLAND LIKE ? RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANNA LUÍSA FRANCO DE AQUINO1; MARILI DANTAS DA SILVA2; MARIA EDUARDA BARBOSA DE SOUZA3; CAMILA CECÍLIA JERÔNIMO CARLOS DE OLIVEIRA MOURA2; RODRIGO OTÁVIO MELO FERRAZ2; MAYARA NERI TAVARES2; DANIEL CÂMARA ALHEIROS DE SOUZA2; GABRIEL ALVES MONTEIRO DE MELO2. 1. UFPE, RECIFE - PE - BRASIL; 2. UPE, RECIFE - PE - BRASIL; 3. UPE, GARANHUNS - PE - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A síndrome de Poland (SP) é caracterizada fundamentalmente por agenesia/hipoplasia da musculatura peitoral maior unilateral associada a braquissindactilia ipsilateral. Indivíduos afetados podem apresentar alterações como hipoplasia/agenesia do mamilo e parênquima glandular mamário, encurtamento do membro superior, dextrocardia, prega simiesca e anomalias da escápula e costelas. Existem variações da SP e quando não é possível fechar o diagnóstico clássico denominam-se Síndrome de Poland Like (SPL). Apesar do diagnóstico eminentemente clínico, a avaliação radiológica se justifica para estadiar alterações além dos achados clássicos. A etiologia da síndrome é incerta e a teoria vascular é a mais aceita. Ela propõe uma interrupção do suprimento sanguíneo pelas artérias subclávia e vertebral na gestação, acarretando mudanças no desenvolvimento da musculatura torácica e mão correspondente. Sua ocorrência é tipicamente esporádica, sendo a minoria de origem familiar e tem baixa incidência (1:30.000). O tratamento pode envolver próteses de silicone, retalhos com transposições e rotações para reconstruções da glândula mamária e parede torácica, uso do músculo grande dorsal para reconstrução do tecido subcutâneo e tratamento laparoscópico com retalho por transposição do omento.RELATO DE CASO: J.J.P.S., 36 anos, sexo feminino, branca, procedente de Toritama-PE. Paciente portadora de SPL, com hipomastia e aréola reduzida à esquerda, foi encaminhada para tratamento. A proposta foi colocar uma prótese de 300ml ipsilateral, para dar volume e baixar o sulco mamário, pois a hipomastia faz com que a mama seja implantada mais superior à contralateral. Foi feita redução e mastopexia da mama direita, para simetrizar a posição do complexo aréolo-papilar, deixando-a em um volume um pouco menor, para em um segundo momento colocar outra prótese. Não foi possível a simetrização no primeiro momento, pois antes a prótese precisa alongar a distância da fúrcula ao complexo aréolo-papilar esquerdo, que é mais curta. Apesar da redução mamária, a prótese do lado direito é necessária para que a mama tenha o mesmo aspecto da acometida.CONCLUSÃO: Concluímos que o tratamento da SP é complexo, podendo necessitar de mais de um ato cirúrgico para serem alcançados bons resultados, com adequada simetria das mamas e impacto psicológico positivo. Apesar da necessidade de nova cirurgia, já conseguimos obter bons resultados e grande satisfação da paciente após o primeiro procedimento.

CODIGO DO TRABALHO: 1155

TÍTULO DO TRABALHO: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ALOPECIA SECUNDARIA A QUEIMADURA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANDY PETROIANU1; MATHEUS SEWASTJANOW SILVA1; KELLY RENATA SABINO2; CRISTINA SOFIA CANDIA BARRIENTOS2. 1. UFMG, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. SANTA CASA BH, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução:Alopecia é uma complicação de queimaduras e pode apresentar um grande desafio em seu manejo. Com os expansores teciduais começou-se uma era em que a alopecia do couro cabeludo passou a ser esteticamente tratada, fornecendo uma grande área hirsuta de couro cabeludo com densidade aceitável de cabelo. Mas alopecia residual no couro cabeludo e grandes cicatrizes visíveis ainda levantavam questionamentos estéticos. Já o transplante capilar pode trazer a possibilidade de se alcançar um aspecto mais natural do couro cabeludo, isso tanto pelo fato de a densidade do cabelo assim como a direção natural dos pelos poder ser reproduzida.Objetivo:O objetivo deste trabalho é descrever e discutir as técnicas, indicações, benefícios e limitações dos tratamentos cirúrgicos de alopécia secundária a queimadura.Método:Para a construção deste trabalho foi feita revisão da literatura nas bases de dados PubMed e Google Scholar.Resultados: Área de alopecia envolvendo mais que 50% do escalpo pode ser reparada usando expansão tecidual, no entanto há o inconveniente de vários tempos cirúrgicos e um longo período de desfiguração.Como outra opção de tratamento há o transplante capilar, tendo a vantagem de não causar desfiguração, de oferecer um menor risco cirúrgico e por apresentar resultados razoavelmente aceitáveis. Contudo, a técnica cirúrgica é usualmente trabalhosa e exige longo tempo operatório, sendo também limitada a partir da quantidade de área receptora disponível. Em alguns casos, o transplante será realizado em região com cicatriz instável ou área previamente enxertada, o que aumento os riscos de falha da técnica, com consequente não crescimento adequado dos pelos. Apesar disto, cicatrizes de queimaduras em sobrancelhas e no couro cabeludo foram recuperadas através da técnica de transplante capilar.Conclusões: Ainda sendo opção para alguns casos, o uso de expansores teciduais geram o inconveniente de vários tempos cirúrgicos e um longo período de desfiguração.. Como opção cicatrizes de queimaduras em sobrancelhas e no couro cabeludo foram recuperadas com eficácia através da técnica de transplante capilar, com bom resultado estético e menor morbidade local.
Bibliografia:Menon S, et al.Pediatric scalp burns: hair today, gone tomorrow?.J Burn Care Res.2015;36(2):e18-22. Guzey S, Alhan et al.Our experiences on the reconstruction of lateral scalp burn alopecia with tissue expanders.Burns.2015;41(3):631-7.

CODIGO DO TRABALHO: 2998

TÍTULO DO TRABALHO: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIDRADENITE SUPURATIVA EM REGIÃO INGUINAL, PERINEAL E INTERGLÚTEA EM PACIENTE PORTADORA DE DOENÇA DE CROHN: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LAURA DORNELAS CORRÊA1; MARCELLA REZENDE HACHUL2; MARCO RINOLDI2; LIVIA DORNELAS CORRÊA3; MARILIA DE PÁDUA DORNELAS CORRÊA4; MARCÍLIA DE CASSIA DORNELAS5; GABRIEL VICTOR DORNELAS6. 1. SUPREMA - FACULDADE DE CIENCIAS MÉDICAS E DA SAUDE DE JUIZ DE FORA, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL; 2. FAME, BARBACENA - MG - BRASIL; 3. HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA TEREZINHA, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL; 4. UFJF E PLASTIC CENTER, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL; 5. PLASTIC CENTER E HOSPITAL ALBERT SABIN, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL; 6. SUPREMA, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Hidradenite supurativa é uma doença crônica, de início insidioso com nódulos subcutâneos e evolução para placas fibrosas, fistulizações com drenagem de secreção, de difícil tratamento clínico. Relato de caso: Paciente de 47 anos, sexo feminino, doméstica, casada, natural de Matias Barbosa ? MG, ex-tabagista e ex-etilista. Iniciou há três anos com nódulos em região inguinal, perineal e interglútea, com evolução insidiosa para abscessos e ruptura com drenagem de secreção seropurulenta. Manteve em acompanhamento clínico das lesões com dermatologistas, usando Metronidazol, Ciprofloxacino e Sulfametoxazol + trimetroprima, placas de hidrocolóide, hidrogel com alginato e 20 sessões de terapia hiperbárica. É portadora de doença de Crohn diagnosticada há 19 anos, submetida à ressecções intestinais e fistulectomias anais. Há dois anos foi submetida amputação de reto e ileostomia. Internou no Hospital Universitário da UFJF com quadro de sepse de foco cutâneo optando-se por abordagem cirúrgica das lesões após compensação clínica da paciente. Realizada ressecção de lesões inguinais, raiz de coxa e interglútea à nível de fáscia muscular, fechamento primário na região inguinal, retalho simples de avanço em raiz de coxa e retalhos cutâneos de glúteos bilateral. Laudo anatomopatológico confirmou hidradenite. Reabordada para ressutura no 15º DPO, evoluiu com deiscência parcial de região interglútea. No acompanhamento ambulatorial, paciente com higiene precária, evoluiu com deiscência total das feridas e ao ser proposto nova abordagem cirúrgica, abandonou o tratamento. Reinternou em sepse de foco cutâneo após quatro meses de pós-operatório, com desnutrição e anemia e após compensada clinicamente foi iniciado curativo à vácuo com troca do mesmo a cada três ou quatro dias. Reoperada para ressutura de feridas cruentas de virilha e interglútea. Mantendo feridas úmidas e optado por curativo seco, paciente ainda em acompanhamento ambulatorial. Conclusão: Há várias semelhanças entre Hidradenite Supurativa e Doença de Crohn. Doenças crônicas do epitélio habitadas por flora comensal; tabagismo em 77 - 89% dos pacientes com HS e é um fator de risco para DC; ambas têm predisposição genética e resposta clínica à terapia anti-TN. Novos estudos são necessários para avaliar uma patogênese em comum. O diagnóstico diferencial pode ser difícil por causa da localização e características das lesões, porém, deve ser realizado para tratamento adequado, evitando-se as complicações.

CODIGO DO TRABALHO: 1091

TÍTULO DO TRABALHO: TRATAMENTO CONSERVADOR EM INFECÇÃO DE PRÓTESE MAMÁRIA POR MICOBACTERIUM.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: VICTÓRIA WINKLER VASCONCELOS; EWERTON ARRUDA TAVARES; FABIEL SPANI VENDRAMIN; JAMILLY ALVES PADILHA. UFPA, BELÉM - PA - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A infecção por micobactéria é um problema que geralmente resulta na retirada do implante, antibioticoterapia por 4 a 6 meses e, após isso, recolocação do implante. A troca da prótese é uma possibilidade, em vez da sua retirada. CASO CLÍNICO: Paciente BAN, 37 anos, submetida a mamoplastia com colocação de implantes de silicone de 340ml na mama direita e de 240ml na mama esquerda, através do sulco inframamário e mastopexia. Evoluiu no 13º Dia Pós-Operatório (DPO) com deiscência da Ferida Operatória (FO) na aréola da mama esquerda, com drenagem de exsudato claro tipo seroma. Este persistiu e no 24º DPO houve deiscência da FO também na união da FO vertical com a FO horizontal, por onde o seroma passou a drenar e a deiscência da aréola foi cicatrizando. No 38º DPO foi realizada coleta de material para exame, lavagem da loja do implante com PVPI e aplicação de PRP por sonda introduzida pelo local de deiscência. Culturas negativas para bactérias aeróbias e anaeróbias, GRAM, micobactérias, fungos e BAAR. No 48º DPO iniciaram sinais flogísticos. O ultrassom mamário revelou seroma na loja do implante. Mesmo com hemograma normal, foi tratada com azitromicina 500mg/dia, por 7 dias, e curativo com ácido fusídico (Verutex). Os sinais flogísticos desapareceram, mas o exsudato claro, com grumos brancos, inodoro, persistia. No 60º DPO optou-se por reintervenção cirúrgica. À macroscopia viu-se tecido de aspecto catarral na loja do implante, como os descritos na literatura quando há infecção por micobactéria. Curetagem realizada de todo tecido de granulação, deixando a loja somente com tecido aparentemente são. Fez-se lavagem com PVPI e colocação de outro implante esterilizado. Parte do material foi enviado para cultura. Lavagem diária com solução fisiológica foi feita, via dreno, por 5 dias. Na reoperação iniciou-se tratamento para micobactéria com Ciprofloxacina + claritromicina 12/12h, por 3 meses. A ferida cicatrizou sem intercorrência e cessou o seroma. Follow-up atual de 2 anos sem recidiva do problema. Apesar dos resultados negativos das culturas, concluiu-se pelo diagnóstico de infecção por micobactéria devido o aspecto do tecido catarral, da história clínica e da eficácia terapêutica. CONCLUSÃO: O longo tratamento de infecção por micobactéria e a ausência do implante nesse período, gera impacto psicológico negativo no paciente. A conduta conservadora, com a tentativa de trocar o implante, curetar a loja e uso antibióticos, pode ser mais encorajada.

CODIGO DO TRABALHO: 1364

TÍTULO DO TRABALHO: TRATAMENTO DE RINOFIMA COM DERMOABRASÃO: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANNA LUÍSA FRANCO DE AQUINO1; MARILI DANTAS DA SILVA2; MARIA EDUARDA BARBOSA DE SOUZA3; ANNA NATHÁLIA DE OLIVEIRA CAVALCANTI MEDEIROS4; AMANDA MORENO AYRES DA COSTA5; MARIANA GALVÃO PARAHYBA5; RODRIGO OTÁVIO MELO FERRAZ2; MAYARA NERI TAVARES2. 1. UFPE, RECIFE - PE - BRASIL; 2. UPE, RECIFE - PE - BRASIL; 3. UPE, GARANHUNS - PE - BRASIL; 4. UNINASSAU, RECIFE - PE - BRASIL; 5. FPS, RECIFE - PE - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A rinofima é uma inflamação crônica dos tecidos do nariz com acometimento da textura e vascularização, crescimento exofítico irregular e telangiectasias. As alterações histológicas se dão por hipertrofia e hiperplasia das glândulas sebáceas, devido à proliferação fibrovascular da derme e acantose do epitélio. As cartilagens não são acometidas, porém por ação mecânica podem ser afetadas e necessitar de correção. A rinofima pode ser considerada o estágio 3 da rosácea e é tratada por excisão com bisturi frio, laser de CO2, bisturis eletrônicos ou criocirurgia. Sua etiologia ainda não foi estabelecida, mas homens brancos, etilistas, com mais de 40 anos, história familiar positiva e antecedente de exposição solar acentuada são os mais afetados. Além do prejuízo estético e psicológico, pode ocorrer malignização para carcinoma basocelular, espinocelular ou angiossarcoma, reforçando a necessidade do tratamento. Os casos iniciais podem ser tratados apenas com dermoabrasão e os avançados também com decorticação. São técnicas simples, com excelentes resultados e poucas complicações. Nos casos mais graves, pode-se lançar mão de enxerto de pele total. São complicações dos tratamentos hipopigmentação, hiperpigmentação e cicatriz inestética. O exame histopatológico deve ser realizado devido ao risco de associação com doença carcinomatosa.RELATO DE CASO: E.P., 70 anos, sexo masculino, branco, natural e procedente de Olinda ? PE, foi submetido a tratamento cirúrgico de rinofima, com procedimento de decorticação e dermoabrasão. Foi operado em decúbito dorsal, com anestesia local e sedação. Realizou-se infiltração do nariz com solução composta por 20 ml de xilocaína a 2%, 5 ml de bicarbonato e 1 ml de adrenalina diluídos em 75 ml solução fisiológica 0,9%. Após 20 minutos, para que o efeito vasoconstrictor da adrenalina prevalescesse, foi realizada decorticação com lâmina fria para remoção do tecido hiperplásico, tomando cuidado para não se atingir estruturas nobres, como as cartilagens. A seguir, foi feita dermoabrasão com lixa d?água nº 80 e para refinamento do contorno nasal com lixa nº 100. O paciente apresentou excelente resultado estético, sem recidivas.CONCLUSÃO: Concluimos que a dermoabrasão é um tratamento simples e eficaz, com excelentes resultados cosméticos e psicológicos. Como o nariz ocupa a região central da face, é a região mais importante para sua harmonia, assim, este tratamento traz grande satisfação aos pacientes e quebra os estigmas da doença.

CODIGO DO TRABALHO: 1857

TÍTULO DO TRABALHO: TUMOR DESMOIDE NA PAREDE ABDOMINAL APÓS ABDOMINOPLASTIA: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JULIANA CUNHA DA COSTA1; LUCAS DE DEUS SOUSA1; JOÃO LISBOA DE FLORES NETO1; ALANA SOARES NOGUEIRA DE CASTRO1; MARIANA PIMENTEL LOPES2; SABAS CARLOS VIEIRA1; DAVIS OLIVEIRA BARBOSA3; SIMONE CARVALHO FONTENELE GRAMOZA1. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ, TERESINA - PI - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ, TERESINA - PI - BRASIL; 3. CIRURGIÃO ESPECIALISTA, TERESINA - PI - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOO tumor desmoide é uma doença rara e corresponde a 0,03% de todas as neoplasias. Surge a partir de células-tronco mesenquimais e proliferação de fibroblastos dos tecidos músculo-aponeuróticos. É mais diagnosticado em mulheres entre 20 e 40 anos.RELATO DE CASOPaciente do sexo feminino, 50 anos, previamente hígida, procurou o Serviço de Cirurgia Plástica em julho de 2005 com queixa de abaulamento epigástrico após abdominoplastia realizada em 2004, foi então realizada outra abdominoplastia. No 5º mês PO da segunda cirurgia, a paciente referia abaulamento epigástrico. Ao exame físico: área de enduramento subcutâneo indolor. Ultrassonografia da parede abdominal mostrou imagem hipoecóica subcutânea. A paciente foi submetida a lipoaspiração localizada na região epigástrica em agosto de 2006. Após quarenta e cinco dias observou-se novo crescimento tumoral na região epigástrica, desta vez com retração na pele. Levantou-se a hipótese de neoplasia e realizou-se biopsia incisional da lesão em outubro de 2006. O diagnóstico histológico foi de tumor desmoide. Realizou-se tomografia computadorizada (TC) abdominal que detectou lesão inflamatória envolvendo o músculo reto abdominal sem envolvimento do peritônio parietal na região epigástrica medindo 10x15 cm. Radiografia de tórax, TC de coluna torácica e antígeno carcinoembrionário (CEA) normais. Realizou-se ressecção ampla com reconstrução em dezembro de 2006, incluindo pele, subcutâneo, lâmina anterior da bainha do músculo reto abdominal e parte anterior do ventre do músculo reto. O estudo anatomopatológico confirmou a hipótese inicial, com margens cirúrgicas livres. Pós-operatório sem intercorrências. Atualmente encontra-se sem evidência de recidiva.CONCLUSÃO Apesar da raridade, o cirurgião plástico deve estar atento à possibilidade de ocorrência do desse tumor, pois este pode ocorrer após realização de cirurgia plástica na parede abdominal, devendo ser diferenciado de granulomas e processos inflamatórios. Deve-se recomendar a terapia cirúrgica, evitando o comprometimento visceral e a necessidade de operações extensas com grandes sequelas.

BIBLIOGRAFIA1. Choi SH, Lee JH, Seo BF, et al. Desmoid tumor of the rectus abdominis muscle in a postpartum patient. Arch Plast Surg. 2012;39:439?441 [PubMed]2. Gabriel Djedovic, Ralph Verstappen, Gerhard Pierer, and Ulrich M. Rieger. Abdominoplasty Access for Desmoid Tumor Resection in the Rectus Abdominis Muscle. Arch Plast Surg; 40(4): 451-3, 2013 Jul. [MEDLINE]

CODIGO DO TRABALHO: 1848

TÍTULO DO TRABALHO: Uso de curativos seriados por Terapia de Pressão Negativa (TPN) em ferimento de alta complexidade: relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ALEX DE ALBUQUERQUE LINS BARBOSA; DOUGLAS JORGE; FELIPE LACERDA BARBOSA; PAULA AUGUSTA LUIZ ALMEIDA; RAPHAEL TAHA; DANIELLE DE CARVALHO MANTOVANI; RODRIGO BARBOSA NOVAIS; CAROLINE PETERSEN DA COSTA FERREIRA. IRMANDADE SANTA CASA MISERICORDIA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Apesar dos enormes avanços no tratamento de feridas de alta complexidade, ainda é desafiador conseguir bons resultados na cicatrização de lesões agudas e crônicas. O uso de curativos de pressão negativa permite uma mais rápida e eficiente cicatrização desses tipos de ferida, reduzindo o tempo de internação dos pacientes. O objetivo deste trabalho é apresentar a experiência com uso do método ?a vácuo? através do relato de caso de um paciente com Eumicetoma no dorso. Lesões causadas por fungos que comprometem a pele e partes moles mais profundas, geralmente nos pés, com evolução lenta formando trajetos fistulosos.A.M.M, 18 anos, sexo masculino, morador de zona rural do nordeste brasileiro, com lesão infiltrativa no dorso diagnosticada com eumicetoma demaceo. Anteriormente, havia sido submetido a tratamentos clínicos com antifúngicos, sem sucesso, durante dois anos. Encaminhado ao ambulatório da Cirurgia Plástica do nosso serviço, chegou com doença localmente avançada, acometendo toda a região lombar. A Ressonância Nuclear Magnética mostrou acometimento do plano subcutâneo e estabelece contato com a fáscia muscular paravertebral, sem evidência de comprometimento sub fascial. O tratamento cirúrgico consistiu de exérese de toda lesão com margens de ressecção cutânea laterais amplas e margem profunda incluindo a fáscia muscular. No pós-operatório (PO), foram feitos curativos com pressão negativa de 125-200mmHg, com trocas a cada 72horas, em média. O curativo V.A.C TherapyTM ou marcas correlatas estão geralmente indisponíveis em grande parte dos hospitais públicos. Os curativos foram realizados até o 28ºPO. A ferida apresentou excelente evolução cicatricial e foi enxertada no 29ºPO, com 100% de integração. Através da diminuição do edema, favorecimento do aumento do fluxo sanguíneo, remoção contínua de exsudatos da ferida, aumento do clearance bacteriano, aceleração da formação do tecido de granulação, atração centripeta das bordas da ferida e menor número de trocas de curativo. É importante lembrar que a TPN está contraindicada em algumas situações como por exemplo: fístulas de alto débito, sangramento ativos, tecidos necróticos e osteomielite não tratada. Dessa forma, a TPN neste caso foi útil ao ter possibilitado uma observação direta da evolução favorável da ferida, sem aparente evidência de lesão remanescente, dando maior conforto ao doente sem a necessidade de trocas frequentes do material e de ter propiciado uma condição favorável a reparação da ferida.

CODIGO DO TRABALHO: 2889

TÍTULO DO TRABALHO: USO DO CURATIVO À VÁCUO EM COMPLICAÇÃO DE CIRURGIA ORTOPÉDICA: PREPARO PRÉ-OPERATÓRIO DA FERIDA E APLICAÇÃO PÓS-ENXERTIA CUTÂNEA.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CAMYLA LEMOS BUDIB1; MARCEL NORONHA GONZAGA2; RÔMULO TORQUATO1; PEDRO AUGUSTO DE OLIVEIRA NETO1; GISELI CRISTINA TEIXEIRA1. 1. UNIVAG, CUIABÁ - MT - BRASIL; 2. HOSPITAL SANTA ROSA, CUIABÁ - MT - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO A utilização de pressão subatmosférica (curativo à vácuo) para cicatrização de feridas resulta na contração da ferida, estimula o crescimento epitelial e previne infecções. Em casos de enxertia cutânea, favorece a integração do enxerto. Nas cirurgias artroplásticas, uma infecção é catastrófica, por isso o uso da pressão negativa nas feridas pós-operatórias destes casos. O presente trabalho objetiva a descrição de um caso, no qual foi utilizado curativo à vácuo no pré e pós-operatório para tratamento de ferida de complicação ortopédica, o que culminou em resultado satisfatório, otimizando a integração do enxerto.RELATO DE CASO Paciente BRO, 53 anos, sexo masculino, realizada artroplastia de joelho direito há 43 dias. Antecedentes: hipertensão arterial sistêmica, insuficiência renal crônica, em hemodiálise. Exames laboratoriais: Hb: 9.4, Leucócitos: 5.540, Plaquetas: 110.000. Realizada exploração cirúrgica em outro serviço, deixando ferida operatória aberta. Transferido para este Hospital, realizada artroplastia de joelho e terapia com câmara hiperbárica para otimizar a cicatrização da ferida. Após 20 dias, a Cirurgia Plástica Reparadora avaliou a ferida (10x18 cm) em joelho direito nas fases intermediárias cicatriciais, com tecido de granulação e superfície irregular. Feito uso de terapia por pressão negativa por 8 dias que preparou o leito da ferida (superfície mais regular e compacta) para a enxertia cutânea. Submetido à enxertia de pele total e reintroduzido curativo à vácuo por 6 dias sobre o enxerto. Iniciado uso de curativos com compressa não-aderente e óleo de Ácidos Graxos Essenciais. Alta 15 dias após a cirurgia, com 100% de ?pega? do enxerto.CONCLUSÃOA terapia por pressão negativa age por da macro e microdeformação, remoção de fluidos, angiogênese e formação de tecido de granulação, transformando ferida aberta em fechada. Há retirada de exsudato da ferida com redução do odor, dor e das complicações, como deiscência, infecção, hematoma e seroma. É frequente a drenagem prolongada da ferida após artroplastia total do joelho, com risco 12,7 vezes maior de infecção periprotética articular (IPA). O uso de pressão negativa tem evidência clínica forte nesses casos. Conclui-se que o uso do curativo à vácuo, no pré e no pós-operatório do paciente a que se refere, promoveu melhora da vascularização e um ambiente mais favorável para receber enxerto cutâneo. Assim, o uso da terapia citada justifica-se, sendo tratamento auxiliar na resolução do caso.

CODIGO DO TRABALHO: 1482

TÍTULO DO TRABALHO: Uso do curativo por pressão negativa no trauma

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PATRÍCIA DUTRA HAMILTON1; FABIANA MARTINO SEHN1; LAIS RAMALHO CHAVES ISOBE1; LEANDRO RAMALHO CHAVES ISOBE2; JUNIOR GRANDI3; CLEISI PEZZINI SANDRI1. 1. UFFS, PASSO FUNDO - RS - BRASIL; 2. MATER DEI, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 3. HSVP, PASSO FUNDO - RS - BRASIL.

RESUMO:
Uso de curativo por pressão negativa no trauma: um relato de caso.Introdução: O uso da terapia por pressão negativa é um método coadjuvante no fechamento de feridas. Em feridas traumáticas agudas traz como beneficio a redução do edema local, contração da ferida, estimulo a neoangiogênese, remoção do exsudato, melhora do fluxo sanguíneo e redução da colonização bacteriana. Relato de caso: Paciente I.N.B., sexo feminino, branca, 55 anos, casada, natural de Tapera RS, agricultora e católica. Paciente foi recebida no serviço de emergência por acidente com maquinário agrícola. Ao exame primário evidenciou-se lesão extensa em hemifacedireita (ferimento nas regiões de zigomático parieto-frontal, parotídea direita) de aspecto dilacerante com importante perda de substância (pele, músculos e óssea. Foisolicitado exame complementar, entre ele, a tomografia de face que resultou em múltiplas fraturas de face à direita: seio frontal, maxilar, zigoma, órbita, osso nasal, e hemossinusetmoidal e maxilar direitos. Em sequência foi realizada, pela equipe da bucomaxilo facial, cirurgia com redução e fixação das fraturas com sutura extensa contendo linhas de tensão na pele. No sétimo pós-operatório, a paciente evoluiu com secreção purulenta e necrose de área operada, quando foi solicitado avaliação da equipe da cirurgia plástica. Assim, iniciou uma série de 14 intervenções cirúrgicas no intuíto de correção da complicação cirúrgica resultada. Em que foram feitos e revisados,sendo necessário algumas vezes, reintervirrefazendo os procedimentos já realizados: debridamento de tecidos desvitalizados, drenagem de abscesso, sustentação da pálpebra direita, reconstrução de pálpebra direita, rotação de retalho muscular e de pele, associado a enxertos em um segundo momento da região palpebral, frontal direita e malar, sendo sempre realizados fechamento com uso de curativo com pressão negativa, que proporcionava melhor tecido de granulação e leito para posterior enxertia. Conclusão: O curativopor pressão negativa é importante adjuvante no tratamento no tratamento das feridas traumáticas, pois se mostra eficiente no preparo das feridas para o reparo cirúrgico. O uso do vacobserva-se a formação mais precoce do tecido de granulação, o que possibilita melhor enxertia e precoce fechamento de feridas

CODIGO DO TRABALHO: 2373

TÍTULO DO TRABALHO: Uso do CVMOB para avaliação do movimento da parede abdominal após cirurgia plástica: estudo prospectivo

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LUCAS RIOS ROCHA1; VICTOR ARAUJO FELZEMBURGH1; ANA PAULA ANDRADE GOMES QUIXADÁ CARNEIRO1; REBECA FERNANDES DE CARVALHO1; BRUNA MUCCINI DE ALMEIDA2; AULLUS GALASSI MARQUES REGO1; RODRIGO DEL PINO SILVA3; JOSÉ VALBER LIMA MENESES1. 1. UFBA, SALVADOR - BA - BRASIL; 2. EBMSP, SALVADOR - BA - BRASIL; 3. UNIFACS, SALVADOR - BA - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: O presente estudo de coorte prospectivo pretende descrever a alteração na mobilidade da parede abdominal proporcionada pelas abdominoplastias clássica e pós-bariátrica, comparando com as alterações de dor e qualidade de vida nos períodos pré e pós-operatório. Método: Os participantes do estudo realizaram a cirurgia abdominal prospectivamente no serviço de cirurgia plástica do hospital universitário de referência. Foram submetidos à aplicação do questionário de qualidade de vida (SF-36), à escala da dor (EVA), e à avaliação da mobilidade da parede abdominal por meio de vídeo-análise com o software CVMob. Tais medições ocorreram em cada um dos períodos cirúrgicos: pré-operatório, 1º mês e 3º mês de pós-operatório. O CvMob foi utilizado para avaliar especificamente os movimentos de rotação lateral, inclinação lateral e hiperextensão do tronco, sendo realizadas 3 medidas para o mesmo movimento, com a obtenção dos dados por meio da média das medidas e avaliando-se o desvio padrão, para se obter confiabilidade. Foi realizada uma estatística descritiva. Os dados pré-operatórios foram estabelecidos como base para comparação com os dados pós-operatórios em uma mesma variável. O modelo de regressão linear foi utilizado buscando definir a existência de correlações estatísticas. Resultados: Os resultados obtidos com o procedimento sugerem, melhoria gradual média nos domínios de Estado geral de saúde e Vitalidade da qualidade de vida e piora nos domínios de Capacidade funcional, Limitação por aspectos físicos, Dor e Aspectos sociais. A dor pós-operatória não teve grande papel na população estudada. De maneira geral, ocorreu um declínio da amplitude de movimento com posterior recuperação no 3º mês de pré-operatório. Os domínios de Capacidade funcional e Aspectos emocionais foram influenciados por alterações na mobilidade no 3º mês do período pós-operatório pelos movimentos de rotação e hiperextensão do tronco. Conclusões: É importante um aumento da população avaliada e o acréscimo de um período de coleta tardio para que mais hipóteses possam ser formuladas ou reforçadas. Referências: Papadopulos N a, Does abdominoplasty have a positive influence on quality of life, self-esteem, and emotional stability?; 2012. Staalesen T, A systematic review of outcomes of abdominoplasty; 2012. Sosin M, A patient-centered appraisal of outcomes following abdominal wall reconstruction: a systematic review of the current literature, 2014.

CODIGO DO TRABALHO: 1243

TÍTULO DO TRABALHO: USO DO RETALHO CROSS LEG NA RECONSTRUÇÃO DE MEMBRO INFERIOR APÓS QUEIMADURA - RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCOS VINÍCIUS MENDES DE OLIVEIRA1; LÍVIA BORGES DE SOUZA2; MARIANA DE CASTRO FERREIRA1; PAULA CASTILHO DE SOUZA1; RACHEL TIAGO LIGÓRIO1; BRUNA SILVA PIMENTA MACEDO1; ANA LUIZA SILVA PIMENTA MACEDO3; PAULO VICTOR NUNES ROSA1. 1. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS (PUC MG), BETIM - MG - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE DE UBERABA, ARAXÁ - MG - BRASIL; 3. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS, VESPASIANO - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Lesões do terço inferior da perna representam um grande desafio para cirurgiões plásticos. A pobre vascularização e consequente cicatrização deficiente encontrada nestas regiões demanda conhecimentos detalhados da anatomia para selecionar a melhor alternativa cirúrgica. Os retalhos fasciocutâneos cross leg, descritos inicialmente por Hamilton em 1854, sempre constituíram uma ferramenta importante nas cirurgias reconstrutivas da extremidade distal da perna. RELATO DE CASO: Paciente A. P. M., sexo masculino, 60 anos, vítima de acidente de trabalho com queimadura por contato com minério de ferro aquecido, admitido no Hospital de Pronto Socorro João XXIII, na Unidade de Tratamento de Queimados (UTQ), em Belo Horizonte. O mesmo apresentou queimadura de 2 e 3 graus acometendo toda circunferência da perna esquerda, com extensa exposição óssea tibial na face ântero-medial. Submetido a debridamento cirúrgico, foi necessária a ressecção da porção cortical anterior óssea da tíbia necrótica. No mesmo tempo cirúrgico, foi submetido à rotação do retalho gastrocnêmio e sóleo com cobertura imediata da exposição óssea nos segmentos proximal e médio da perna, persistindo área de exposição óssea em terço distal. O paciente evoluiu com necrose parcial do retalho de sóleo sendo submetido a novo debridamento cirúrgico e trepanação óssea das áreas de exposição resultantes deste procedimento. Após integração do enxerto foi submetido a novo procedimento cirúrgico com confecção do retalho cross leg e cobertura da área de exposição óssea distal. Foi realizada imobilização gessada ao nível de maléolos e joelhos. Evoluiu no pós operatório com infecção local sendo realizado antibioticoterapia orientada por hemocultura. A secção do pedículo do retalho foi realizada com 21 dias e a área doadora do retalho foi submetida a enxerto cutâneo. O paciente recebeu alta hospitalar sendo encaminhado a fisioterapia para reabilitação. CONCLUSÃO: O retalho cross leg, realizado na face postero-medial da perna, sobre o músculo gastrocnêmio, deve ser pouco mais largo do que o defeito a ser coberto. As desvantagens desse procedimento incluem a limitação da mobilidade do paciente, a necessidade de imobilização e o tempo do tratamento prolongado, envolvendo dois tempos cirúrgicos. Porém, em casos de falha ou impossibilidade de reconstrução microcirúrgica, seja devido à ausência de vasos adequados ou diante da não disponibilidade destes procedimentos, o membro inferior poderá ser salvo.

CODIGO DO TRABALHO: 790

TÍTULO DO TRABALHO: UTILIZAÇÃO DA MODELAGEM ALVEOLONASAL NO RECÉM-NASCIDO COM FISSURA LABIOPALATINA UNILATERAL.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GIULLIA GARIBALDI BERTONCELLO1; GABRIELA HORBE WACHHOLZ1; LYDIA MASAKO FERREIRA2; MARCOS RICARDO DE OLIVEIRA JAEGER3. 1. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO E ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 3. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL E ESCOLA DE MEDICINA, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVOMedir a alteração encontrada na configuração da região alveolar e do palato após a utilização da placa de modelagem alveolonasal passiva.MÉTODOOnze recém-nascidos com fissura unilateral e discrepância da arcada dentária. A distância do alvéolo foi medida na primeira semana de vida e no dia da queiloplastia e obtidas fotografias submetidas a dois examinadores independentes. A placa alveolonasal foi confeccionada a partir de resinas de secamentoultra-rápido, sem necessidade de sedação ou anestesia no recém-nascido. A placa sofre ajustes semanais e é retirada apenas para higienização da boca. Para avaliação da distância antes e depois do tratamento foi utilizado o programa SPSS 11.0.RESULTADOSTodos obtiveram redução significativa da distância entre os alvéolos da fissura (p>0,001) e alteração perceptível nas imagens, o que foi confirmado pela impressão na resina.CONCLUSÃOA distância entre os bordos alveolares e do palato obtiveram redução nos recém-nascidos que utilizaram a placa alveolonasal .REFERÊNCIAS1. Attiguppe PR, Karuna YM, Yavagal C, et al. Presurgical nasoalveolar molding: A boon to facilitate the surgical repair in infants with cleft lip and palate. ContempClin Dent. 2016; 7(4):569-573.2. Bhuskute AA, Tollefson TT, et al. Cleft Lip Repair, Nasoalveolar Molding, and Primary Cleft Rhinoplasty. Facial PlastSurgClin North Am. 2016 Nov;24(4):453-4663. Subramanian CS, Prasad NK, et al. A modified presurgical orthopedic (nasoalveolar molding) device in the treatment of unilateral cleft lip and palate. Eur J Dent. 2016; 10(3):435-84. Jaeger MRO. Morganti M, Puricceli E, et al. Experiência de hospital especializado no tratamento precoce do fissurado através da modelagem nasoalveolar. Arquivos Catarinenses de Medicina (Impresso), v. 44, p. 211-214, 2015.5. Jaeger MRO, Amaral Neto N, Rech D, et al. Aumento da largura da fissura labioalveolar em recém-nascidos não submetidos à tratamento ortopédico precoce. Arquivos Catarinenses de Medicina (Impresso), v. 41, p. 57-59, 2012.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2970

TÍTULO DO TRABALHO: UTILIZAÇÃO DE ENXERTOS CARTILAGIONOSOS EM PONTA NASAL EM RINOPLASTIA: REVISÃO DE LITERATURA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: WELLERSON MATTIOLI1; ANTONIO MATEUS ANDRADE DE SOUSA2; FERNANDO MARCOS MATTIOLI1; VICTOR DE FRANÇA OLIVEIRA2; ANA CLARA DE FRANÇA CAMPOS2; JADER TAVARES DE MENDONÇA FILHO2; RAVENA ALVES MARTINS2; LORENNA DE SOUSA FONTENELE2. 1. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
Introdução:A rinoplastia é a quinta cirurgia plástica mais realizada no mundo,como objetivo,criar um nariz elegante e funcional,seja por fins de reparação ou estética.O enxerto mais usado é enxerto autólogo de cartilagem. Os enxertos mais comuns são a estaca columelar, Escudo de Sheen,Asa de Gaivota,alar contour grafts,lateral crural strut grafts e enxerto morcelizado.Objetivo:O trabalho trata-se de uma revisão da literatura sobre os enxertos cartilaginosos de ponta nasal em rinoplastia analisando suas funções, benefícios e utilizações. Metodologia:Foi elaborado um levantamento bibliográfico baseado na pesquisa de artigos, nas bases de dados:SCIELO E LILACS.Utilizou-se descritores:enxertos,rinoplastia e afinamento de ponta nasal,no período de 2012 a 2016.Resultados e discussão:Devido à complexidade das deformidades da ponta nasal encontradas pelos cirurgiões,nenhuma técnica isolada é suficiente para corrigir adequadamente as numerosas apresentações anatômicas da ponta nasal.Para alcançar uma melhor definição da ponta nasal,é de fundamental importância que todo cirurgião trabalhe o conhecimento das variações anatômicas,tipos de enxertos possíveis,além de conservação do esqueleto,reposicionamento de cartilagem e técnica cirúrgica altamente precisa.Segundo Casanueva et al.,o Escudo de Sheen é a forma do enxerto mais utilizada.Usado principalmente para aumentar a definição e projeção da ponta nasal.O enxerto em Asa de Gaivota utiliza comumente a cartilagem auricula.O enxerto morcelizado é uma alternativa para ao aumento da definição e projeção de ponta em pacientes com pele fina.O enxerto de Contorno Alar corresponde a um enxerto que reconstitui o suporte e contorno da margem alar.Usando o ponto domal cefálico, naturalmente levanta a bordo distal da cruz lateral, aumentando o volume do contorno alar.A Estaca columelar é a primeira escolha para manutenção ou ganho de projeção da ponta, podendo ser fixado à espinha nasal, ao septo caudal ou a um spreader graft mais longo.Segundo Casanueva et al.,a lateral crural strut grafts consiste num método para correção da porção lateral da cartilagem lateral inferior mal posicionada.Conclusão:É de suma importância o conhecimento do cirurgião plástico sobre o tipo de enxerto e o seu uso em cada variedade anatômica dos pacientes, na busca incessante da satisfação estética e funcional, proporcionando adequado suporte ao esqueleto osteocartilaginoso e às válvulas nasais.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1376

TÍTULO DO TRABALHO: UTILIZAÇÃO DE EXPANSOR TECIDUAL PARA TRATAMENTO DE NEVO MELANOCÍTICO GIGANTE - RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANNA LUÍSA FRANCO DE AQUINO1; MARILI DANTAS DA SILVA2; CAMILA CECÍLIA JERÔNIMO CARLOS DE OLIVEIRA MOURA2; DANIEL CÂMARA ALHEIROS DE SOUZA2; GABRIEL ALVES MONTEIRO DE MELO2; MARIANA GALVÃO PARAHYBA3; AMANDA MORENO AYRES DA COSTA3; ANNA NATHÁLIA DE OLIVEIRA CAVALCANTI MEDEIROS4. 1. UFPE, RECIFE - PE - BRASIL; 2. UPE, RECIFE - PE - BRASIL; 3. FPS, RECIFE - PE - BRASIL; 4. UNINASSAU, RECIFE - PE - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O nevo melanocítico congênito é uma proliferação de melanócitos de origem neuroectodérmica presente ao nascimento. Classificam-se quanto ao diâmetro em pequeno (20 cm). Podem ser lisos ou elevados, com cor de castanho claro a escuro, uniformes e com bordas definidas, com ou sem pêlos. As lesões pequenas e médias são relativamente comuns e com risco de degeneração maligna baixo, já o nevo melanocítico gigante (NMG) é uma condição rara e com maior risco de malignização. O melanoma decorrente é grave, com evolução quase sempre letal e de difícil diagnóstico quando sobre um NMG, devido à cor enegrecida das duas lesões. Os sinais de transformação maligna são tardios e geralmente acompanhados de metástases. Os tratamentos cirúrgicos são: ressecção seriada, excisão e cobertura com enxertos, retalhos e eletrocoagulação. Geralmente não é possível a excisão completa em apenas um ato cirúrgico, podendo-se utilizar expansores teciduais para obtenção de retalhos maiores. Estes são envelopes de silicone com orifícios de injeção auto-vedantes, para aumento do tecido cutâneo e fechamento primário de área doadora, com melhor qualidade estética da cicatriz, similar textura e coloração da pele. As principais complicações são: hematoma, infecção, exposição, ruptura do expansor, isquemia e necrose. Independente do tratamento, o acompanhamento periódico deste paciente é por toda a vida.RELATO DE CASO: A.N.S., 17 anos, sexo feminino, branca, natural e procedente de Recife-PE. Paciente portadora de NMG em torno de 22x17cm foi encaminhada para ressecção parcelada do nevo e reconstrução com retalho expandido. Já foram realizados 2 atos cirúrgicos, o primeiro para colocar um expansor tecidual com capacidade de 1000ml, no tecido subcutâneo adjacente à lesão. Foi injetado 100ml de solução fisiológica através da válvula interna e repetido o procedimento semanalmente, até sua expansão máxima. Após 10 semanas, realizou-se a primeira cirurgia de ressecção, sendo retirado ¼ do nevo com avanço de retalho expandido.CONCLUSÃO: Conclui-se que o tratamento com expansor tecidual para cirurgia de ressecção do NMG apresenta vantagens por não incluir novos defeitos indevidamente desfigurantes, evitar retirada de retalhos de sítios distantes e manter boa coloração e textura da pele. O tratamento do NMG necessita de vários momentos cirúrgicos para a retirada total da lesão, sendo necessários neste caso mais 2 ou 3 após novo implante de expansor.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1143

TÍTULO DO TRABALHO: Utilização do Retalho Chinês para cobertura de lesão traumática na mão: um relato de caso.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MIKAELLE LOPES RODRIGUES1; KAROLINE KUSTER VALTER1; WANESSA RIBEIRO DE OLIVEIRA1; ÉRICA BEZERRA DE ALMEIDA1; JOSÉ DE ARIMATÉA DO NASCIMENTO JÚNIOR1; MANOEL AURÉLIO SOARES JÚNIOR1; PABLO AUGUSTO COELHO COSTA1; ANTONIO AGOSTINHO MOURA2. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL, SOBRAL - CE - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, SOBRAL - CE - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A reconstrução tecidual constitui um dos tratamentos utilizados nos casos de traumatismos com perdas de substância, permitindo a proteção de estruturas profundas, evitando perda da vitalidade de áreas e exposição a riscos. Nesse contexto, a utilização do retalho chinês auxilia na reconstrução de lesões traumáticas nos membros superiores. O objetivo do presente trabalho é avaliar, através de um relato de caso, o emprego, a viabilidade técnica e o resultado do retalho ?chinês? para cobertura de lesão traumática na mão. Relato de caso: T.S.G, sexo masculino, 37 anos, motorista de caminhão, destro, natural de Fortaleza, foi admitido na Santa Sasa de Misericórdia- CE no dia 11 de dezembro de 2015 após ser vítima de um capotamento de caminhão. Apresentava, em mão esquerda, lesão corto-contusa com fratura exposta, além de perda de substância e amputação traumática do 5º quirodáctilo. Desse modo, foi encaminhado para procedimentos cirúrgicos de correção de fratura e desbridamento das lesões. Nove dias após o ocorrido, foi realizado o procedimento para reconstrução do membro lesado optando-se pela técnica do retalho chinês. Demarcou-se a área doadora e realizou-se a transferência do tecido para a área então lesada. No caso relatado, ocorreu viabilidade, boa integração e cobertura adequada. A utilização desse método foi possível visto a conservação das artérias ulnar e radial pois é importante não só preservar a irrigação local, mas também promover boa integração do retalho à área receptora. Em outro procedimento a área doadora foi reabilitada com utilização de enxerto, que se integrou bem a região. Conclusão: O retalho obteve uma ótima integração à área lesada, possibilitando boa recuperação das estruturas subjacentes durante o processo de cicatrização, evitando exposição a eventuais riscos. Dessa maneira,o retalho chinês pode ser utilizado para reparar áreas dos membros superiores que sofreram perda tecidual, apresentando bons resultados nesse aspecto. Referências:[1]SILVA, Jefferson Braga, et al. .Trauma complexo da mão parte II: lesão óssea, amputação e reimplante, perda de substância dos dedos, lesões da polpa digital e lesão ungueal. Revista da AMRIGS, Porto Alegre, 58 (4): 291-301, out.-dez. 2014.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1138

TÍTULO DO TRABALHO: Utilização do retalho médio-frontal para reconstrução imediata do terço médio da face devido a exérese de lesão tumoral.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MIKAELLE LOPES RODRIGUES; KAROLINE KUSTER VALTER; WANESSA RIBEIRO DE OLIVEIRA; ANTÔNIO IGOR TAUMATURGO DIAS SOARES; LUCAS DE MOURA PORTELA; MANOEL AURÉLIO SOARES JÚNIOR; PABLO AUGUSTO COELHO COSTA; ANTONIO AGOSTINHO MOURA. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL, SOBRAL - CE - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: As cirurgias para exérese de lesões tumorais na pele geralmente tem teor extenso, necessitando de procedimentos de reconstrução que ofereçam bons resultados e sejam esteticamente aceitáveis. Nesse contexto o retalho médio-frontal surge, em sua versatilidade, como uma opção de tratamento para defeitos complexos na face decorrentes de perda tecidual[1]. Sendo assim, o objetivo do presente trabalho é avaliar, através de um relato de caso, o emprego , a viabilidade técnica e resultado do retalho médio-frontal para reconstrução imediata do terço médio da face devido a exérese de lesão tumoral. Relato de caso: R.P.S, 69 anos, pardo, natural de Acaraú-CE foi admitido na Santa Sasa de Misericórdia- CE no dia 26 de dezembro de 2015 para realização de retirada de lesão oncológica ulcerada na região nasal lateral/infrapalpebral direita. A área foi demarcada para retirada, somando, com margens, 2,5 x 2,0 cm. Retirando-se a lesão foi efetuada transferência do retalho da área doadora na região paramediana frontal para a área receptora, na região nasal lateral/infrapalpebral direita. Tal área encontrava-se conectada a pedículo, que foi transeccionado em um segundo estágio. O pós operatório imediato revelou uma cobertura adequada da região nasal lateral e infrapalpebral direita. Posteriormente, ocorreu viabilidade, boa integração e cobertura adequada na região de intervenção. Dados da biópsia revelaram presença de carcinoma basocelular ulcerado com margens livres na peça cirúrgica. Conclusões: A utilização desse método foi possível devido a localização da lesão, gerando bons resultados estéticos e funcionais. Isso revela a versatilidade da utilização do retalho médio frontal no âmbito de reconstruções no terço médio da face, como afirma a atual literatura existente. Referências:COSTA, M. J. M, et al Versatilidade do retalho médio-frontal nas reconstruções faciais. Rev. Bras. Cir. Plást. 2016;31(4):474-480; KORTE, R.L. et al, Análise de 12 casos operados com o retalho médio frontal no Hospital de Câncer de Barretos - Unidade de Porto Velho. Arquivos Catarinenses de Medicina - Volume 44 - Suplemento 1 - 2015 XXXI Jornada Sulbrasileira de Cirurgia Plástica - Florianópolis - SC

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1952

TÍTULO DO TRABALHO: Versatilidade do Retalho Sural de Fluxo Reverso no Tratamento de Lesões Extensas no 1/3 distal da Perna

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JAMILLY ALVES PADILHA; VICTÓRIA WINKLER VASCONCELOS; FABIEL SPANI VENDRAMIN; FLAVIO BRAYNER RAMALHO; EWERTON ARRUDA TAVARES. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARA - UFPA, BELEM - PA - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: há poucas opções de retalhos para tratamento da região distal da perna. O retalho sural de fluxo reverso é uma delas, porém com dimensões limitadas. A possibilidade de ser utilizado duas vezes, por divisão em planos, proporciona vantagem. CASO CLÍNICO: Paciente EAC, 22 anos, vítima de acidente motociclístico, apresentando esmagamento da perna esquerda com fratura exposta cominutiva e perda de partes moles. Foi tratado inicialmente pela traumatologia, que realizou fixação externa da fratura em 08/07/16. Realizou debridamentos seriados, curativos e antibioticoterapia com ceftriaxone e clindamicina. A ferida evoluiu com melhora e após um mês existia uma grande ferida parcialmente granulada, que abrangia a região lateral, anterior e medial da perna, com exposição dos focos de fraturas da tíbia e fíbula. No dia 11/08/16 fez a primeira cirurgia reparadora onde foi transposto por interpolação o retalho fasciocutâneo sural de fluxo reverso cobrindo a fratura exposta da fíbula, na ferida na parte lateral da perna esquerda. Esse retalho requer três semanas de autonomização e a segunda cirurgia foi realizada em 31/08/16, cuja programação era avançar o mesmo retalho, já autonomizado, cobrindo tanto a fratura exposta da parte medial quanto lateral. Porém, após o descolamento do retalho de seu leito na parte lateral do tornozelo, o mesmo não conseguiu alcance suficiente para cobertura lateral e medial, pela frente do tornozelo. Procedeu-se à enxertia de pele na parte lateral e transposição do retalho por trás do tornozelo para cobrir a fratura exposta da tíbia na região medial. Parte do enxerto na região lateral da perna se perdeu, expondo novamente a fíbula. Aguardou-se novamente o tempo de autonomização e em 21/09/16 realizou-se a divisão do retalho sural, deixando a parte fasciosubcutânea, sem pedículo e já autonomizada, cobrindo a tíbia e levando a porção cutaneoadiposa, pediculada, para cobrir a fíbula na parte lateral do tornozelo. A parte fasciosubcutânea permaneceu viável, cobrindo a tíbia e a porção cutaneoadiposa também permaneceu viável cobrindo a fíbula. Em 13/10/16 foi realizada secção do pedículo do retalho e enxertia nas áreas cruentas. Desta forma conseguiu tratar a ferida e promover uma melhor cobertura das exposições ósseas. CONCLUSÃO: É possível a divisão do retalho fasciocutâneo sural de fluxo reverso em fasciosubcutâneo e cutâneo adiposo, após a autonomização do mesmo, permitindo o tratamento de duas áreas diferentes com o mesmo retalho.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2810

TÍTULO DO TRABALHO: Versatilidade do retalho tóraco-dorsal para reconstrução torácica: Relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DIEGO GARDENAL ALCANTARA1; HAMILTON ALLEARDO GOELA2; DECIO LUIS PORTELLA2; MARIANA FIDELIS SOLLA2; KARINE HELENA BÓCOLI2; GISELE CRISTINA SILVA1. 1. UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL; 2. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, SOROCABA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Intrudução: O retalho miocutaneo do músculo grande dorsal é uma das abas mais confiáveis ??e versáteis utilizados em cirurgia reconstrutiva e é hoje conhecido por seu uso na parede torácica, reconstrução pós-mastectomia e também tem sido utilizada de forma eficaz para a cobertura de grandes defeitos dos tecidos moles na cabeça e pescoço. Não existem contra-indicações absolutas ao uso do músculo grande dorsal, desde que o pedículo vascular esteja intacto.Método: Realizada ressecção de todo tecido fibrosado em região de defeito torácico, com liberação de pleura visceral subjacente ao mesmo, aproximação de tecidos e introdução de tela de polipropileno com posterior rotação de retalho. Resultado: A reconstrução da área de defeito torácico foi satisfatória, com cobertura local adequada. O paciente permaneceu internado por 3 dias no serviço, não apresentando complicações pós cirúrgicas como necrose, infecção ou deiscências. Nota-se ainda, melhora da expansibilidade e função respiratória do mesmo.Conclusão: Tendo em vista suas proporções e localização, o retalho de grande dorsal apresentou-se como boa opção para correção, com resultado favorável, de fácil reprodutividade e com baixos riscos de complicações pós operatórias, correspondendo ao planejamento e objetivos propostos.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2811

TÍTULO DO TRABALHO: Versatilidade do retalho tóraco-dorsal para reconstrução torácica: Relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DIEGO GARDENAL ALCANTARA1; HAMILTON ALLEARDO GOELA2; DECIO LUIS PORTELLA2; MARIANA FIDELIS SOLLA2; KARINE HELENA BÓCOLI2; GISELE CRISTINA SILVA1. 1. UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL; 2. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, SOROCABA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Intrudução: O retalho miocutaneo do músculo grande dorsal é uma das abas mais confiáveis ??e versáteis utilizados em cirurgia reconstrutiva e é hoje conhecido por seu uso na parede torácica, reconstrução pós-mastectomia e também tem sido utilizada de forma eficaz para a cobertura de grandes defeitos dos tecidos moles na cabeça e pescoço. Não existem contra-indicações absolutas ao uso do músculo grande dorsal, desde que o pedículo vascular esteja intacto.Método: Realizada ressecção de todo tecido fibrosado em região de defeito torácico, com liberação de pleura visceral subjacente ao mesmo, aproximação de tecidos e introdução de tela de polipropileno com posterior rotação de retalho. Resultado: A reconstrução da área de defeito torácico foi satisfatória, com cobertura local adequada. O paciente permaneceu internado por 3 dias no serviço, não apresentando complicações pós cirúrgicas como necrose, infecção ou deiscências. Nota-se ainda, melhora da expansibilidade e função respiratória do mesmo.Conclusão: Tendo em vista suas proporções e localização, o retalho de grande dorsal apresentou-se como boa opção para correção, com resultado favorável, de fácil reprodutividade e com baixos riscos de complicações pós operatórias, correspondendo ao planejamento e objetivos propostos.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 544

TÍTULO DO TRABALHO: Xantogranuloma juvenil na região nasal: tratamento não mutilador

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GABRIELA HORBE WACHHOLZ; GIULLIA GARIBALDI BERTONCELLO; MARCOS RICARDO DE OLIVEIRA JAEGER. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O Xantogranuloma juvenil (JXG) é um tipo de histiocitose não-langerhans que pode apresentar-se como uma lesão única ou múltipla, cutânea ou extra-cutânea. É uma condição benigna que é geralmente assintomática e freqüentemente ocorre na região da cabeça e pescoço.Relato de caso: Um paciente de 10 meses de idade, previamente saudável, foi apresentado à clínica de cirurgia plástica com 2 meses de história de lesão média gradativa na região média do dorso do nariz. A lesão tinha uma superfície de sangramento friável. Ao exame, havia 1,0 x 1,0 cm bem definido, lesão vermelha, papular, ulcerada no dorso do nariz coberto com coágulo sanguíneo. Ela era puramente cutânea e não ligada ao músculo ou ao osso subjacente. A RM mostrou uma lesão de tecido mole bem definida, medindo 12 x 10 x 6,4 mm, localizada na linha média e à esquerda do nariz. Optou-se por realizar uma biópsia excisional para conseguir um diagnóstico definitivo. As margens profundas da amostra patológica foram negativas, mas as laterais foram ainda positivas. A análise microscópica revelou ulceração da epiderme, que apresentava vários tipos de células infiltrativas com padrão nodular e células epitélóides em forma de fuso. Não se observou mitoses significativas nem formas atípicas. Havia um número variável de células gigantes em áreas focais, além de linfomas dispersos, neutrófilos e eosinófilos. Estudos imuno-histoquímicos confirmam que as células formadoras do infiltrado eram histiocitos não-langerhans. Estas células eram positivas para CD68, factor XIIIa e vimentina e negativas para CD45, S-100, CD1a e CD34. Consequentemente, o diagnóstico de JXG foi feito. Logo, não houve necessidade de obter margens livres e o defeito foi deixado para curar por intenção secundária.CONCLUSÃO: Xantogranuloma juvenil, embora seja uma condição incomum, considerado a lesão histiocitose não-langerhans mais comumente ocorrendo na região da cabeça e pescoço. Pode apresentar-se como lesões solitárias (em até 80% dos casos) ou múltiplas. Somente em 5% envolve áreas extra-cutâneas com alta tendência a afetar a região ocular. A histiocitose cefálica benigna, o histiocitoma eruptivo generalizado, o xantoma papular, o disseminado e o tuberoso são lesões a serem consideradas no diagnóstico diferencial. Além disso, tumores malignos, tais como rabdomiossarcoma, fibrossarcoma e fibrohistiocitoma maligno devem ser pensados ??especialmente quando JXG está localizado nos tecidos profundos.

CODIGO DO TRABALHO: 356

TÍTULO DO TRABALHO: Abordagem cirúrgica de tumores sincrônicos toracoabdominais

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOSÉ MOREIRA DOS SANTOS1; PETRÚCIO ABRANTES SARMENTO1; CAMILA JOB DA SILVEIRA2; IGOR LEMOS DUARTE3; ALEXANDRE ROLIM DA PAZ1; JOSÉ CALIXTO DA SILVA NETO2; KLÉVER FORTE DE OLIVEIRA4. 1. GRUTÓRAX, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. FAMENE, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 3. CPO, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 4. UFPB, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Tumores sincrônicos não podem ser considerados metástases, invasão ou recorrência do primeiro e o intervalo entre o diagnóstico dos tumores deve ser menor que seis meses1,2. Apesar de raros, têm se tornado mais frequentes, principalmente a associação dos sítios gástrico e pulmonar. Há poucos relatos desse tipo de tumor nesses locais e quase sempre são associados a agentes carcinogênicos2,3. Diferenciar neoplasia pulmonar primária e metastática é importante, pois há diferenças no tratamento e prognóstico4.Relato de caso: Paciente do sexo feminino, 41 anos, queixando-se de dispepsia e dor em hipocôndrio esquerdo, foi submetida inicialmente à Endoscopia Digestiva Alta que evidenciou uma alteração na mucosa gástrica, ao nível da incisura angular. Foi identificada uma massa torácica de grande volume (10,3 x 8,4 x 6,8cm) e densidade de partes moles localizada no mediastino posterior em íntimo contato com a pleura parietal e aorta torácica descendente, deslocando-a inclusive. A lesão, observada no PET-CT e RM também se estendia à lateral dos corpos vertebrais dorsais médios (D6 a D8) e arcos costais adjacentes, porém sem sinais de invasão dessas estruturas. A massa sugestiva de neoplasia, possivelmente de origem neuroendócrina, apresentava pequenas áreas de degeneração cístico-necrótica em seu interior. Inicialmente realizou-se gastrectomia subtotal, com esvaziamento linfonodal por videolaparoscopia. Após biópsia, o estudo anatomopatológico evidenciou adenocarcinoma gástrico ulcerado pouco diferenciado, padrão morfológico difuso com células em anel-de-sinete e estadiamento patológico pT1b pN0 pMx. Em um segundo momento, realizou-se ressecção do tumor mediastinal por videotoracoscopia. Após excisão, foi observada íntima relação do tumor com estruturas adjacentes assim como sua ressecção com margens íntegras. Ao estudo anatomopatológico, identificou-se tumor neurogênico do tipo Schwannoma. Concluiu-se que tratavam-se de duas lesões sincrônicas, não sendo a lesão torácica secundária à gástrica.Conclusão: A existência de tumores sincrônicos, mesmo que incomum, deve sempre ser lembrada no momento do diagnóstico e na decisão da conduta, que deve levar em conta exames de imagem, histopatológico, estadiamento da doença e Performance Status do paciente.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 309

TÍTULO DO TRABALHO: ABORDAGEM CLÍNICO-CIRÚRGICA DO TUMOR DE ASKIN

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ERLON DE AVILA CARVALHO; LEANDRO JAIME BARRETO COSTA; IZIS FERREIRA VALADÃO; LEONARDO MARTINS CALDEIRA DE DEUS; RACHID ANUAR DE OLIVEIRA LAUAR. INSTITUTO MARIO PENNA - HOSPITAL LUXEMBURGO, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O tumor neuroectodérmico primitivo (PNET) pertence a um grupo de tumores de pequenas células redondas, tem origem neural podendo comprometer o sistema nervoso central e periférico. O PNET torácico recebe o nome de Tumor de Askin por ter sido descrito por esse autor em 1979, porém não difere biologicamente dos tumores de outras localizações. Apresentamos um caso sobre a abordagem e tratamento do Tumor de Askin.MNRM, feminino, 59 anos, procurou o pronto atendimento com queixa de dor torácica e dispnéia leve, de surgimento há 2 meses. Realizada radiografia de tórax que evidenciou massa em HTX esquerdo. No ambulatório de Cirurgia do Tórax, foi solicitada TC de tórax com presença de volumoso processo expansivo de 18x15cm. Realizada biópsia, com imunohistoquímico comprovando presença de CD99 (Mic 2, Dako) positivo difusamente em padrão de membrana nas células neoplásicas compatível com tumor de Askin, cintilografia e mielograma negativos para neoplasia. Encaminhada para quimioterapia (QT) neoadjuvante com adriamicina, ifosfamida, vincristina e ciclofosfamida em 6 ciclos, com importante regressão tumoral. Optado por toracectomia alargada com ressecção em bloco de 4º,5º e 6º arcos costais para controle da doença local. Anatomopatológico com presença de margens cirúrgicas livres ? cirurgia R0. Paciente teve boa evolução pós-operatória, sendo encaminhada para complementação do tratamento com QT adjuvante com mais 6 ciclos. No momento encontra-se sem sinais de recidiva local, mantendo follow-up há 20 meses.CONCLUSÃO: O PNET é um tumor extremamente agressivo, cuja sobrevida livre da doença em 2 a 3 anos varia de 25 a 60%. Mesmo nos casos em que não há evidência de doença metastática, essa neoplasia deve ser considerada como doença sistêmica. Nesse caso mostrou a boa resposta de QT neoadjuvante, associada à cirurgia. A terapêutica desses pacientes visa a QT neoadjuvante e adjuvante devido à alta incidência de micrometástases ao diagnóstico, além de controle local com cirurgia alargada e em certos casos radioterapia.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1354

TÍTULO DO TRABALHO: ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE DIAGNOSTICADO COM HIBERNOMA SUBESCAPULAR: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CLAUDIA THEIS; GUILHERME ZAPPELINI ZANETTE; SAMIR ABU EL HAJE; FABRICIO STRAPASSON; ANA PAULA MICHELS COSTA; KELLY VIVIANE UEDA; STEPHANIE THEISEN KONZEN; FREDERICO KLANN VICTORINO. UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ, ITAJAÍ - SC - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O hibernoma é um tumor lipomatoso benigno, composto de células adiposas marrons e seu aparecimento é raro, com menos de 250 casos relatados na literatura. É denominado dessa forma devido à semelhança histológica com a gordura marrom de animais em hibernação. Frequentemente o hibernoma é indolor, mas alguns sintomas podem ser relatados pela compressão de estruturas adjacentes já que tendem a crescer muito, embora sejam neoplasias não invasivas. Geralmente são achados incidentais em exames físicos ou de imagem.Relato de Caso: Paciente masculino, 33 anos, previamente hígido, sedentário, contador. Iniciou com sensação de aumento de peso e tamanho em topografia de axila esquerda, de forma progressiva; negava dor, febre, sinais flogísticos e também não relatava infecções recentes. Aos exames laboratoriais não foram encontradas alterações significativas. Em ressonância magnética, evidenciou-se formação expansiva com isossinal à gordura na sequencia de T1 e hipossinal nas fases de supressão de gordura, além de finas estrias internas de isosinal localizada profundamente no interior do músculo subescapular esquerdo, medindo aproximadamente 10,8 x 9,5 x 6,2 cm respectivamente nos eixos longitudinal, anteroposterior e transversal. Realizado linfadenectomia axilar à esquerda e excisão cirúrgica de fragmento medindo 11,0 x 11,0 x 2,0 e pesando 268,0 g, sem intercorrências. Em relatório anatomopatológico, foi constatada a presença de linfonodo com histiocitose sinusal e lipossubstituição medular, além do diagnóstico de hibernoma através da peça cirúrgica.Conclusão: É necessário destacar que os hibernomas são muito semelhantes aos lipomas nos exames de imagem, sendo importante o diagnóstico definitivo através do exame histopatológico. Sua abordagem cirúrgica através da excisão também pode ser considerada resolutiva com a remoção completa da estrutura para evitar recorrência e expansão para áreas adjacentes.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 623

TÍTULO DO TRABALHO: ALTERAÇÕES DO HUMOR PÓS SIMPATECTOMIA EM PORTADORES DE HIPERIDROSE PRIMÁRIA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: STEPHANIE ARAUJO MARQUES1; LUNNA OLIVEIRA SANTOS1; DANILLO PRIMO ANDRADE SANTANA2; GABRIELA OLIVEIRA PEIXOTO1; THATIANY DA SILVA LIMA1; GABRIELA LINS LIMA1; GUSTAVO HENRIQUE BARBOZA NASCIMENTO1; SONIA OLIVEIRA LIMA1. 1. UNIVERSIDADE TIRADENTES, ARACAJU - SE - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE, ARACAJU - SE - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Analisar o nível de ansiedade em pacientes portadores de hiperidrose primária. Método: Foi realizado trabalho prospectivo de delineamento transversal com pessoas que procuraram tratamento para hiperidrose em consultório médico. Para o cálculo do tamanho da amostra, se supôs que a variável contém a resposta de interesse apresenta uma proporção na população de 35%, um erro máximo da estimativa de 9%, com um nível de significância de 5%. Assim o tamanho da amostra calculada foi de 102 indivíduos compostos de crianças, jovens e adultos, de ambos os gêneros. Estes foram avaliados de forma individual, a fim de evitar o não entendimento das perguntas do questionário previamente validado. Perguntas fechadas foram pontuadas de zero a três, abordando aspectos como sentir-se tenso ou contraído, sentir espécie de medo como se algum coisa ruim fosse acontecer, estar com a cabeça cheia de preocupações, ficar sentado à vontade e se sentir relaxado, ter sensação ruim de medo como um frio na barriga ou um aperto no estômago, sentir-se inquieto como se não pudesse ficar parado em lugar nenhum e ter a sensação de entrar em pânico. Os questionários foram lacrados de modo que somente os pesquisadores tivessem acesso aos dados pessoais dos entrevistados. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e comparados entre si por meio dos testes qui-quadrado e exato de Fischer considerando o nível de significância de 95%. Resultados: Das 102 pessoas entrevistadas portadoras de hiperidrose primária 53 (51,96%) apresentaram-se sem sinais de ansiedade, 32 (31,37%) tiveram ansiedade leve, 14 (13,72%) ansiedade moderada e 3 (2,94%) ansiedade severa. Observou-se ainda que a frequência de ansiedade leve em pacientes com hiperidrose foi significativamente maior que os demais grupos (p>0,001). Conclusão: A ansiedade apresenta relevada prevalência em indivíduos portadores de hiperidrose primária, sendo o grau leve o que mais acomete essa população.Bibliografia: Dias LI, et al. Relationship between anxiety, depression and quality of life with the intensity of reflex sweating after thoracoscopic sympathectomy for treatment of primary hyperhidrosis. Rev Col Bras Cir. 2016 Sep-Oct;43(5):354-359. de Oliveira Pena Neto, Rafael; Orosco, Simone Shirasaki. Colloquium Vitae . HIPERIDROSE PRIMÁRIA E QUALIDADE DE VIDA. 2014, Vol. 6 Issue 2, p109-122. 14pBENSON, R. A,; PALIN. R.; HOLT, P. J. E.; LOFTUS, I. M. Diagnosis and management of hyperhidrosis. BMJ 347, 2013.

CODIGO DO TRABALHO: 890

TÍTULO DO TRABALHO: Análise bioquímica do líquido pleural em pacientes com derrame pleural submetidos a biópsia pleural e toracocentese em hospital de referência em Salvador ? BA.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: VINICIUS FERNANDES DE FREITAS1; ANA PAULA BALLALAI BERBERT DE CASTRO1; CAMILA MATTOS SOUZA2; GABRIEL GOMES3; INGRID DANIELE DOS SANTOS1; LIZ TAUANA DE AZEVEDO BARROSO1; JAKÉRCIA SOUZA MASCARENHAS DA SILVA3; BRENO MACHADO COSTA1. 1. UFBA, SALVADOR - BA - BRASIL; 2. UNIME, SALVADOR - BA - BRASIL; 3. UNEB, SALVADOR - BA - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: A análise bioquímica do líquido pleural é essencial para o correto estabelecimento, definição diagnóstica e terapêutica das principais patologias que cursam com derrame pleural. O presente trabalho objetiva determinar a frequência dos principais achados físicos e bioquímicos em pacientes com derrame pleural submetidos à toracocentese, em hospital de referência na cidade de Salvador ? BA. Métodos: Trata-se de estudo observacional, retrospectivo, de corte transversal e com amostra de conveniência, em que foram investigadas as frequências das principais características bioquímicas do líquido pleural, registradas no livro de procedimentos do HEOM (Hospital Especializado Otávio Mangabeira) em Salvador - BA. Resultados: A análise bioquímica do líquido pleural pôde ser realizada a partir de uma amostra de 308 pacientes, sendo 55,20% do sexo masculino e 44,80% do sexo feminino. A idade média dos pacientes foi estabelecida em 50,53 anos. Níveis de glicose menores que 60 mg/dL foram registrados em 25,74% de 101 pacientes analisados. Já níveis de proteínas maiores que 3 g/dL foram observados em 95% dos pacientes de uma amostra com 100 indivíduos. Outros componentes como LDH maior que 200 UI/L e a predominância de monócitos tiveram grande prevalência, sendo o primeiro correspondente a 96% em um total de 100 pacientes e o segundo 88,65% em um total de 97 pacientes. Apenas 28% dos pacientes, entre 25 pacientes analisados, apresentaram citologia oncótica positiva, e dos 94 pacientes estudados 65% mostraram leucócitos maior que 1000/ ?L, além da presença de eosinófilos ser identificada em 23,71% dos 97 pacientes. O aspecto macroscópico do liquido pleural variou entre os 306 pacientes, sendo 83% correspondente a citrino, 15,68% a hemático e 1,30% acastanhado. Conclusões: Os dados encontrados demonstraram que houve uma predominância de achados indicativos de derrame pleural exsudativo. Outros achados foram a presença de tipos celulares como eosinófilos e o aspecto macroscópico majoritariamente citrino. A toracocentese se mostra como ferramenta de grande importância para auxiliar no raciocínio diagnóstico etiológico em pacientes com derrame pleural.

CODIGO DO TRABALHO: 1598

TÍTULO DO TRABALHO: Analise do Perfil de Pacientes Traqueostomizados do Hospital de Urgências de Sergipe

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOÃO GABRIEL LIMA DANTAS; SERGIO PEDROSO JUNIOR; FERNANDO AUGUSTO DE ABREU COELHO; BEATRIZ MENDONÇA MARTINS; MILENA GUIMARÃES LIMA; ANNA MARIA FONSECA ALBUQUERQUE; JOÃO VICTOR LIMA DANTAS. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE, ARACAJU - SE - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: analisar o perfil epidemiológico do paciente traqueostomizado em Sergipe, devido a ausência na literatura de qualquer informação acerca do tema na localidade citada. Método: Estudo observacional do tipo transversal, com a apreciação de prontuários internados no Hospital de Urgências de Sergipe (Huse) nas Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto e pediátrico e Ala Vermelha (AV) adulto e pediátrico, no período de Julho de 2016 a Janeiro de 2017, totalizando 220 pacientes analisados. Foram analisados, nestes prontuários, idade; sexo; motivo da internação na UTI/AV, comorbidades associadas; motivo da necessidade da via aérea artificial, tempo de ventilação mecânica, tempo até a realização da TQT (definido como o número de dias de ventilação mecânica invasiva ou tempo de intubação antes da traqueostomia); tempo do pedido até a TQT (definido como o número de dias desde o pedido do intensivista até a realização da TQT); tipo de técnica utilizada e local de execução do procedimento. Foi utilizado como critério de exclusão o não preenchimento satisfatório dos requisitos mínimos citados. Resultados: Contrariamente a estudos recentes acerca do mesmo tema, a prevalência do uso de traqueostomia em pacientes pós-operatório de trauma era maior que naqueles em pós-operatório não-traumatológico, em UTI`s. Entretanto, as causas neurológicas permanecem em destaque (35%) nos motivos de internação, sendo ela acometimento primário ou secundário (trauma, metabolismo). Em relação ao sexo, a prevalência obedece as estatísticas nacionais, com um maior acometimento do sexo masculino (>50%). A técnica, por sua vez foi a aberta no leito em 94% das vezes, contrariando as estatísticas nacionais. Conclusão: Dessa forma, temos um perfil epidemiológico que difere bastante em alguns critérios quanto ao encontrado nacionalmente, provando a importância de um estudo desse tipo no Estado, de forma pioneira. SILVA, Thiago Barbosa de. Traqueostomia em pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva de hospitais públicos do Distrito Federal: prevalência, indicações, tempo para realização do procedimento e técnica. 2014. xii, 45 f., il. Dissertação.Universidade de Brasília, Brasília, 2014.OLIVEIRA, Cláudio Dornas de et al. Aspectos epidemiológicos de pacientes traqueostomizados em unidade de terapia intensiva adulto de um hospital de referência ao Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte. Rev. bras. ter. intensiva, São Paulo , v. 22, n. 1, p. 47-52, Mar. 2010 .

CODIGO DO TRABALHO: 964

TÍTULO DO TRABALHO: APRESENTAÇÕES ATÍPICAS DE TUMOR FILOIDE DE MAMA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BIANCA RIBEIRO RODRIGUES; GUILHERME VIEIRA SOARES DE CARVALHO; JOSÉ FRANKLIN S. POMPA FILHO; ROBERTO SAAD JR.; VICENTE DORGAN NETO; MARCIO BOTTER; AMANDA FRIAS; RICARDO MACHADO CASTANHEIRA DE SOUZA. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Os tumores Phyllodes (filoides) são tumores pouco frequentes da mama, que representam 2?3% de todos os tumores fibroepiteliais da mama e menos de 1% de todos os tumores de mama. Sua incidência é maior em mulheres entre 35 e 55 anos. São classificados em benignos, borderline e malignos, porém mesmo as formas benignas têm alto índice de recidiva local. As metástases ocorrem em 13-40% dos casos, mais frequentemente em pulmões, ossos e fígado.RELATOS DE CASOS: CASO 1- Paciente de 35 anos, admitida com quadro de dispneia progressiva há 2 meses. História de ressecção de tumor filoide benigno em outro serviço em mama esquerda há 3 anos, com mastectomia total e reconstrução no mesmo tempo cirúrgico. Permaneceu assintomática até então. Não realizou tratamento adjunvante. Em tomografia de tórax, apresenta grande tumor comprometendo todo o lobo superior direito e promovendo atelectasia parcial dos demais lobos. Submetida a toracotomia com lobectomia superior direita. Exame anatomopatológico confirma metástase de tumor filoide maligno.CASO 2- Paciente feminina, 27 anos, apresentando abaulamento em região torácica esquerda há 6 anos. Relato de 3 abordagens ? nodulectomias- por equipe de Mastologia em outro serviço, mastectomia radical e posterior esvaziamento axilar já na ISCMSP. Submetida a quimioterapia adjunvante por 6 meses, sem sinais da doença no final do tratamento. Anatomopatológico apontando tumor filoide maligno. Após 2 anos, apresenta abaulamento em região anterior do tórax. Em exames de imagem, apresenta tumor com cerca de 14 cm envolvendo arcos costais, clavícula e porção proximal de úmero. Realizada ressecção total do tumor, implicando em desarticulação escapuloumeral por comprometimento vascular e neural.CONCLUSÃO: É uma neoplasia mamária geralmente benigna, porém apresenta alta tendência de recidiva local. Disseminação sistêmica é rara e afeta principalmente os pulmões, ossos, fígado e cérebro. Em geral, o tratamento cirúrgico isolado é o suficiente, sendo que o papel da quimioterapia e radioterapia adjuvante ainda não é claro. A recidiva não tem relação com o local de recorrência, idade da paciente, tamanho do tumor ou margens microscopicamente comprometidas

CODIGO DO TRABALHO: 522

TÍTULO DO TRABALHO: Aspectos epidemiológicos dos óbitos por câncer de pulmão no município de João Pessoa, Paraíba, no período entre 2012 e 2016.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: HOMERO MEDEIROS DE OLIVEIRA JUNIOR1; MARLA MIKAELY DANTAS DE MEDEIROS2. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA, JOAO PESSOA - PB - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA, BOA VISTA - RR - BRASIL.

RESUMO:
Objetivos: Identificar as características e distribuição da mortalidade por câncer de pulmão, nos últimos 05 anos, no município de João Pessoa, Paraíba.Método: realizou-se estudo transversal retrospectivo para estimar freqüência de mortalidade por câncer de pulmão, de 2012 a 2016, estratificando os dados por sexo, faixas etárias e raça/cor; através do banco de dados TABNET-PB, Sistema de Informação de Mortalidade, da secretaria municipal de saúde deste município, que possui atualização semanal.Resultados: No período entre 2012 a 2016, ocorreram 519 óbitos por câncer de pulmão no município estudado, correspondendo a 65 óbitos por 100 mil habitantes. Os usuários do sexo masculino foram predominantemente afetados com cerca de 60% das mortes. Houve maior número de óbitos entre declarados pardos (59%), seguido por brancos (38,7%) e negros (2,3%). Identificamos que 2,8% das mortes por esta neoplasia ocorreram entre indivíduos menores que 40 anos; e que a sétima década de vida apresentou maior frequencia, de cerca de 30%, seguido por 60-69 anos(28,7%), 50-59 anos (17,7%) e em maiores de 80 anos foi de 15,4% dos óbitos.Conclusões: Ao longo de 05 anos, a mortalidade por câncer de pulmão não apresentou acréscimos significantes em termos absolutos e na distribuição pelas variáveis estudadas. Sabemos que esta neoplasia foi a principal causa entre os óbitos por câncer na população masculina brasileira em 2012, e sua mortalidade tem aumentado cerca de 2% ao ano em todo o mundo. Neste estudo, a freqüência distribuída por 100mil habitantes (65) foi cerca de cinco vezes a média nacional de 12,5 mortes por 100mil habitantes.Bibliografia:DATASUS. Sistema de Informações sobre mortalidade. Disponível em: http://tabnet.saude.pb.gov.br/tabnet/deftohtm.exe?tabdo/sim_estado.def . Acessado em 06/02/2017.INCA. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva ? Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf. Acessado em 09/02/2017.FREITAS D et al. Aspectos Epidemiológicos do Câncer de Pulmão em uma Instituição Privada. Revista Brasileira de Oncologia Clínica. 2010; n 22; v 7; p 55-60.

CODIGO DO TRABALHO: 422

TÍTULO DO TRABALHO: ASPIRAÇÃO DE FRAGMENTO DE CÂNULA TRAQUEAL METÁLICA. RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: THIAGO TEIXEIRA DO NASCIMENTO; WEMERSON JOSÉ CORRÊA DE OLIVEIRA; ELOISA ALMEIDA CURVO; GERALDO MESSIAS SANTOS SILVA; VINÍCIUS GONÇALVES DE ALMEIDA. UFMT - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JULIO MULLER, CUIABÁ - MT - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A aspiração de corpo estranho é mais frequente na população pediátrica, sendo o local mais comum a traquéia. Os tipos de CE aspirados são diferentes de acordo com a situação socioeconômica, hábitos alimentares, condição neuropsiquiátrica deteriorada, uso de drogas sedativas e crenças religiosas. Além da clínica epidemiológica e semiológica, manifestações radiológicas da aspiração incluem a visualização direta (radiopacos) ou a presença de sinais indiretos de obstrução da via aérea (não radiopacos).A broncoscopia é o principal exame diagnóstico e o CE pode também ser removido através desta.Relato de caso: JS, 59 anos, masculino, procedente de Cuiabá ? MT, portador de sequela facial de paracoccidioidomicose com sinéquia parcial de comissuras labiais e sinéquia total de meatos nasais, com presença de traqueostomia sem troca da cânula metálica há 4 anos. Paciente foi admitido em nosso serviço com quadro de tosse intermitente com hemoptóicos após aspiração, sem dispnéia, sem cianose e ausência de estridor. Ao exame da traqueostomia observou-se a presença apenas do tubo intermediário acoplado a chapa de fixação não se observando a ?camisa? da cânula traqueal, ausculta puolmonar com roncos em base pulmonar direita. Realizado radiografia de tórax em PA e Perfil, foi evidenciado artefato metálico localizado em brônquio fonte direito, sem sinais de atelectasia. Paciente foi internado e submetido à broncoscopia flexível, sendo retirado o fragmento da cânula de traqueostomia, sendo observado sua avançada oxidação. Paciente apresentou boa evolução clínica e encaminhado ao serviço de cirurgia de cabeça e pescoço para realização de queiloplastia funcional.Conclusão: Destaca-se a importância de manutenção e trocas periódicas de cânula metálica de traqueostomia naqueles pacientes com permanência prolongada ou definitiva para evitar a oxidação com rotura da mesma e consequente aspiração. Em adultos, a broncoscopia é segura e tem uma alta taxa de sucesso na identificação e remoção deste tipo de CE.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 817

TÍTULO DO TRABALHO: ASSISTÊNCIA DA VIDEOTORACOSCOPIA NA RESOLUÇÃO DE TRAUMA TORÁCICO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: VÍCTOR SOUSA SILVA1; TÁSSYLLA CAROLINE FERREIRA PEREIRA2; JOÃO VICTOR PEREIRA GOMES2; PATRICK NUNES BRITO2; JULIANE LOPES DO NASCIMENTO2; MARÍLIA ALVES ARAUJO FERREIRA3; DÉBORA COELHO DUARTE2; HUGO WEYSFIELD MENDES2. 1. ITPAC, ARAGUAÍNA - TO - BRASIL; 2. ITPAC, ARAGUAINA - TO - BRASIL; 3. ITOAC, ARAGUAINA - TO - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A toracotomia exploratória é a abertura cirúrgica da cavidade torácica, quando visa-se confirmar suspeita diagnóstica através de procedimento cirúrgico. Através da mesma o diagnóstico e as bases para o tratamento são estabelecidos. É um procedimento indicado em lobectomias, lesões de via aérea, lesões vasculares, lesões cardíacas e também em hemotórax volumoso. Um hemopneumotórax é caracterizado radiologicamente por uma imagem hidroaérea com sangue na cavidade pleural, geralmente decorrente de trauma. RELATO DE CASO: O.B.S., sexo masculino, 36 anos, natural de Araguaína-TO, dá entrada em sala de estabilização no hospital de referência, vítima de agressão por meio de disparo de arma de fogo em região torácica, com suspeita principal de hemopneumotórax traumático. Realizada radiografia de tórax, em PA, onde observou-se opacidade homogênea difusa em hemitórax esquerdo com desvio de estruturas do mediastino para o lado contralateral. Paciente com dreno torácico a esquerda, com grande volume drenado, sanguinolento, foi então dirigido à sala de cirurgia para toracotomia exploratória. Paciente em decúbito lateral direito, sob anestesia geral. É realizado videotoracoscopia, onde é evidenciada lesão diafragmática, optando-se por toracotomia aberta. Toracotomia póstero-lateral esquerda, com identificação de lesão parenquimatosa pulmonar em lobo inferior esquerdo, optando-se por segmentectomia pulmonar com grampeador linear. Posteriormente comprovada ausência de lesão em vias áreas de grande calibre, com revisão de todo o diafragma e drenagem torácica fechada, número 32, fixada com nylon 2-0. Paciente apresentou quadro febril no 4° dia pós-operatório sendo então realizada antibioticoterapia. No exame físico de tórax paciente manteve expansibilidade e murmúrio vesicular diminuídos em hemitórax esquerdo. Uma nova radiografia do tórax, em PA, foi solicitada no mesmo período que revelou elevação da cúpula frênica esquerda. Recebeu alta no 11° dia pós-operatório, sendo o paciente recomendado ao acompanhamento ambulatorial. CONCLUSÃO: A toracotomia de emergência é um procedimento a ser realizado em condições especiais, como sangramento volumoso (1500ml em uma hora após drenagem inicial) ou sangramento de 500ml/h em 3 horas. Em 80% dos casos o hemopneumotórax e as lesões pulmonares apresentam resolubilidade somente com a utilização do dreno torácico. A cirurgia mostra-se necessária em apenas 10% dos casos, quando persiste instabilidade hemodinâmica.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 698

TÍTULO DO TRABALHO: Avaliação comparativa da qualidade de vida de pacientes com derrame pleural neoplásico submetidos a procedimentos terapêuticos - Protocolo de Estudo

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MATHEUS KOHAMA KORMANSKI; KASSEM SAMIR SALEH; BIANCA RIBEIRO RODRIGUES; VICENTE DORGAN NETO; JOSÉ FRANKLIN S. POMPA FILHO; ROBERTO SAAD JR.; MARCIO BOTTER. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
O derrame pleural neoplásico acomete pacientes com sítio neoplásico primário nos pulmões ou em outros locais. A confirmação do diagnóstico se dá pelo exame anatomopatológico da toracocentese, afirmando a existência de células neoplásicas no líquido pleural. Esses pacientes tem piora da qualidade de vida devido ao quadro clínico de dispnéia aos pequenos esforços e de dor torácica e às internações freqüentes, ocasionadas pelas recidivas de acúmulo de líquido na cavidade pleural.Objetivo: Verificar os efeitos e melhorias dos procedimentos terapêuticos, culminando na realização ou na retomada de Atividades de Vida Diária pelo paciente de forma parcial ou integral.Método: Haverá a avaliação da performance status de Karnofsky dos pacientes com derrame pleural neoplásico e a aplicação de 2 questionários sobre qualidade de vida certificados pela Sociedade Brasileira de Pneumologia(o SF-36 e o do St. George`s), seguindo as perguntas de ambos os questionários na sequência pré-estabelecida. A aplicação dos questionários ocorrerá em 2 momentos: um pré-operatório, até o dia da realização de um dos dois procedimentos terapêuticos; e outro pós-operatório, subdividido em 2 etapas, sendo a primeira de 4 a 7 dias após a realização do procedimento e a segunda 1 mês depois, atentando-se com a manutenção de contato com o paciente para que a aplicação do questionário ocorra em seu retorno ao ambulatório de Cirurgia Torácica do Hospital Central Da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.Conclusão: A aplicação deste estudo possibilitará avaliar a qualidade de vida de pacientes com derrame pleural neoplásico submetidos a pleurodese com talco ou à drenagem pleural de longa permanência.Bibliografia: Krochmal R, Reddy C, Yarmus, DesLai NR, Feller-Kopman D, Lee HJ. Patient evaluation for rapid pleurodesis of malignant pleural effusions. J Thorac Dis. 2016;8(9):2538-43.Yoon DW, Cho JH, Choi YS, Kim J, Kim HK, Zo JI, Shim YM. Predictors of survival in patients who underwent video-assisted thoracic surgery talc pleurodesis for malignant pleural effusion. Thorac Cancer. 2016;7(4):393-8.Wong WM, Tam TC, Wong MK, Lui MM, Ip MS, Lam DC. Managing malignant pleural effusion with an indwelling pleural catheter: factors associated with spontaneous pleurodesis. Hong Kong Med J. 2016;22(4):334-40.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 384

TÍTULO DO TRABALHO: CÂNCER DE ESÔFAGO COMPLICADO POR FÍSTULA ESÔFAGO-PLEURAL: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LEANDRO JAIME BARRETO COSTA; ERLON DE AVILA CARVALHO; LEONARDO MARTINS CALDEIRA DE DEUS; IZIS FERREIRA VALADÃO; RACHID ANUAR DE OLIVEIRA LAUAR. INSTITUTO MARIO PENNA - HOSPITAL LUXEMBURGO, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O câncer de esôfago é o 6o mais frequente entre os homens e o 13o entre as mulheres, excetuando-se o câncer de pele não melanoma, sendo o carcinoma epidermoide escamoso o mais comum,96% dos casos. A perfuração desse órgão é rara, e se não diagnosticada precocemente e sem o tratamento adequado, leva a complicações como mediastinite, sepse e falência de múltiplos órgãos, com alta mortalidade. M.J.A,masculino,62 anos, disfagia para sólidos e perda ponderal de 6 kg em 3 meses. A endoscopia digestiva alta mostrou lesão ulcerada e irregular de 30 mm, friável, a 30 cm da arcada dentária superior, correspondendo a carcinoma de células escamosas invasivo, moderadamente diferenciado. Foi avaliado pela equipe de Cirurgia Oncológica do Instituto Mário Penna e realizada tomografia computadorizada (TC) de tórax, abdome e pelve - espessamento de parte mole em região esofágica a nível de carina e discretos espessamentos milimétricos noduliformes subpleurais inespecíficos. Iniciou quimioterapia (Carboplatina e Paclitaxel semanais) e radioterapia neoadjuvantes um mês após início do nosso acompanhamento. O quinto ciclo foi interrompido devido neutropenia e piora clínica com tosse produtiva, taquidispneia e hipotensão arterial. A radiografia de tórax mostrou seio costofrênico velado à direita e o esofagograma com contraste oral, fístula esôfago-pleural à direita. Evoluiu com piora da taquidispneia e hipotensão arterial. A TC de tórax mostrou coleções loculadas no hemitórax direito e espessamento parietal circunferencial irregular do esôfago distal. Submetido a drenagem torácica em selo d?água: empiema franco e iniciado piperacilina-tazobactam. Evoluiu com óbito no dia seguinte. CONCLUSÃO: A fístula esôfago-pleural (FEP) é uma condição rara, mas é uma das complicações mais comuns da perfuração esofágica, podendo decorrer de malignidades intratorácicas por extensão direta tumoral. O caso apresentado teve rápida evolução e desfecho desfavorável, levando ao óbito por empiema pleural e sepse. O diagnóstico precoce e o tratamento direcionado são imprescindíveis na condução dos casos de FEP.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2932

TÍTULO DO TRABALHO: CARACTERÍSTICAS DAS CIRURGIAS TORÁCICAS ELETIVAS E DE URGÊNCIA REALIZADAS ENTRE 2012 E 2015 NA PARAÍBA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: AUTHA MARIA MENDES DE OLIVEIRA1; IURI DE BRITO NÓBREGA SILVA2; LUÍVIA FRAGOSO DE BARROS1; IRLA ANDRADE DANTAS1; ANNE KAROLLINE MENDES DA SILVA3; LUIZ GUSTAVO DELGADO DUARTE4; GUSTAVO HENRIQUE MENDES DE OLIVEIRA5. 1. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 3. CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 4. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE CAMPINA GRANDE, CAMPINA GRANDE - PB - BRASIL; 5. UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo Compreender o perfil das cirurgias torácicas (CT), possibilitando um acompanhamento adequado que reduza a morbimortalidade, minimizando tempo e custos, através de analise do perfil das CT nos serviços médicos da Paraíba, entre 2012 e 2015.Método Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, descritivo, com análise quantitativa, em que são apresentadas informações e análises sobre CT, ocorridas nos serviços da Paraíba, durante o período de 01 de janeiro de 2012 a 31 de dezembro de 2015, segundo os conteúdos existentes na base de dados Sistema de Informação sobre Internação Hospitalar do Ministério da Saúde.Resultados Foram realizados 3.858 procedimentos, classificados quanto ao caráter de atendimento: eletivo (394), urgência (2.948), outros tipos de acidente de trânsito (69) e outros tipos de lesões e envenenamento por agentes químicos e físicos (447). Para a realização dos procedimentos, foram gastos, ao total, R$8.683.205, sendo os procedimentos de maior custo os classificados como urgência (R$6.809.842), seguido dos classificados como outros tipos de lesões e envenenamento por agentes químicos e físicos (R$897.768), eletivos (R$781.118,30) e os outros tipos de acidente de trânsito (R$194.476, 60). Ao total, foram 29.818 dias de internação, sendo os procedimentos com o maior número de dias de permanência dos pacientes nos serviços, os tidos como urgência (23.852), seguidos de outros tipos de lesões e envenenamento por agentes químicos e físicos (2.590), eletivo (2.737) e os outros tipos de acidente de trânsito (639).Conclusões A maior parte das CT ocorridas na Paraíba são realizadas em situação de urgência, sendo que estas trazem maiores gastos para o SUS, o que corrobora com dados encontrados em outras pesquisas. Com o conhecimento deste perfil, podem ser identificadas particularidades na distribuição quanto às demandas do serviço, que pode auxiliar gestores de saúde à tomada de decisões no sentido de garantir os princípios preconizados pelo SUS no acesso aos serviços de saúde.BibliografiaGUIMARÃES, AN et al. Cirurgia torácica minimamente invasiva: ressecções pulmonares: cirurgia torácica vídeo assistida. Pulmão RJ, vol. 23, n. 1, p. 16-19, 2014.RUFINO, R; COSTA, CH. Interação entre pneumologista e cirurgião. Pulmão RJ, vol. 23, n. 1, p. 5-9, 2014.SOUZA, VS et al. Perfil clínico-epidemiológico de vítimas de traumatismo torácico submetidas a tratamento cirúrgico em um hospital de referência. Scientia Medica, v. 23, n. 2, 2013.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2941

TÍTULO DO TRABALHO: CARACTERÍSTICAS DOS PROCEDIMENTOS DE CIRURGIA TORÁCICA REALIZADOS ENTRE 2012 E 2015 EM JOÃO PESSOA ? PARAÍBA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LUÍVIA FRAGOSO DE BARROS1; IURI DE BRITO NÓBREGA SILVA2; AUTHA MARIA MENDES DE OLIVEIRA1; IRLA ANDRADE DANTAS1; ANNE KAROLLINE MENDES DA SILVA3; RENATA LIMA MEDEIROS2; LUIZ GUSTAVO DELGADO DUARTE4; GUSTAVO HENRIQUE MENDES DE OLIVEIRA5. 1. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 3. CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 4. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE CAMPINA GRANDE, CAMPINA GRANDE - PB - BRASIL; 5. UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo Ao compreender o perfil dos internamentos de cirurgia torácica (CT), é possível realizar um acompanhamento adequado que reduza significativamente a morbimortalidade, economizando tempo e minimizando custos. Objetiva-se analisar o perfil dos procedimentos de CT nos serviços da cidade de João Pessoa, Paraíba, entre os anos de 2012 e 2015.Método Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, descritivo, com análise quantitativa, em que são apresentadas informações e análises sobre as CT, ocorridas nos serviços de João Pessoa, Paraíba, durante o período de 01 de janeiro de 2012 a 31 de dezembro de 2015, segundo os conteúdos existentes na base de dados Sistema de Informação sobre Internação Hospitalar do Ministério da Saúde.Resultados Foram realizados 2.491 procedimentos, sendo os mais frequentes a toracostomia com drenagem pleural fechada (1.613), seguida de pleurodese (418). Para a realização dos procedimentos, foram gastos, ao total, R$4.456.234 sendo os procedimentos que totalizaram maiores custos a toracostomia com drenagem pleural fechada (R$2.849.715) seguida de pleurodese (R$590.643,90). Ao total, foram 15.43 dias de internação, sendo os procedimentos com o maior número de dias de permanência dos pacientes nos serviços, a toracostomia com drenagem pleural fechada (10.380 dias) e pleurodese (2.036 dias), respectivamente.Conclusões A descentralização das ações de saúde e o estímulo à municipalização colocam o gestor municipal de saúde como fator essencial na consolidação do SUS. A qualidade da assistência à saúde depende de uma série de fatores, não apenas da condição intrínseca do paciente, mesmo em procedimentos de maior risco. O conhecimento do perfil dos internamentos em CT nos serviços pode auxiliar gestores de saúde à tomada de decisões no sentido de garantir os princípios preconizados pelo SUS no acesso aos serviços de saúde.BibliografiaDOS SANTOS, EC et al. Pacientes com trauma torácico submetidos a drenagem torácica no pronto socorro: perfil epidemiológico. Cadernos de educação, saúde e fisioterapia, v. 3, n. 6, 2016.NASCIMENTO, TC. Resultados do tratamento cirúrgico da mediastinite pós esternotomia em cirurgia cardiovascular em um hospital de referência de Salvador?Bahia. 2015.SOUZA, VS et al. Perfil clínico-epidemiológico de vítimas de traumatismo torácico submetidas a tratamento cirúrgico em um hospital de referência. Scientia Medica, v. 23, n. 2, 2013.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1907

TÍTULO DO TRABALHO: CORPO ESTRANHO EM BRONQUIO INTERMEDIÁRIO, EVOLUINDO COM DERRAME PLEURAL: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: KAREN CRISTINE PEREIRA RIBEIRO; EDSON ANTONACCI JR.; FRANCO FERNANDES NETO; JULIO CESAR SANTOS DA SILVA. HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS, PATOS DE MINAS - MG - BRASIL.

RESUMO:
A ASPIRAÇÃO DE CORPO ESTRANHO É UMA SITUAÇÃO SÉRIA E POTENCIALMENTE FATAL, SUA GRAVIDADE VAI DEPENDER DO GRAU DE OBSTRUÇÃO DAS VIAS AÉREAS. EMBORA POSSA OCORRER EM QUALQUER ESTÁGIO DA VIDA, É MAIS COMUM EM CRIANÇAS. EM ADULTOS, É INCOMUM E ESTÁ ASSOCIADA À ASPIRAÇÃO ACIDENTAL DE FERRAMENTAS DE TRABALHO E FRAGMENTOS DE OSSOS, ALÉM DE OCORRER EM ESTADOS DE INCONSCIÊNCIA. PACIENTE DO SEXO MASCULINO, 48 ANOS, ETILISTA, HIPERTENSO, ADMITIDO COM TOSSE SECA HÁ CERCA DE 06 MESES, SEM FEBRE, SEM SUDORESE E COM PIORA NOS ÚLTIMOS 15 DIAS, RELATANDO EMAGRECIMENTO DE 4KG NESTE PERÍODO. REALIZADA TOMOGRAFIA DE TÓRAX, VISTO UM DERRAME PLEURA LOBULADO E CONDENSAÇÃO EM PULMÃO DIREITO. SUBMETIDO A TORACOCENTESE DIAGNÓSTICA, COM EXAME COM CARACTERÍSTICAS DE EXSUDATO, BAAR NEGATIVO E FEITO PPD NEGATIVO. TOMOGRAFIA FOI LAUDADA PELO RADIOLOGISTA, VISTO UM CORPO ESTRANHO, EM BRONQUIO INTERMEDIÁRIO A DIREITA, SUGERINDO CONSOLIDAÇÃO E ATELECTASIA SECUNDÁRIOS A OBSTRUÇÃO. PACIENTE REALIZOU BRONCOSCOPIA RIGIDA, COM EXAME CONFIRMANDO SUSPEITA DIAGNÓSTICA, DE CORPO ESTRANHO EM BRONQUIO INTERMEDIÁRIO A DIREITA, SUGESTIVO DE OSSO DE AVE, COM PRESENÇA DE SECREÇÃO PURULENTA. REALIZADA TORACOSTOMIA EM SELO D?AGUA, DO MESMO LADO. NO 10º DIA APÓS A TORACOSTOMIA, PACIENTE JÁ EM MELHORA DO ESTADO GERAL, AFEBRIL E TENDO COMPLETADO ANTIBIOTICOTERAPIA, COM DRENO SEM ESCAPE AEREO E COM DRENAGEM DE SECREÇÃO MENOR QUE 80ML EM 24 HORAS, FOI RETIRADO O DRENO DE TÓRAX, REALIZADO RADIOGRAFIA TÓRAX, COM AINDA PEQUENA ATELECTASIA DE LOBO MÉDIO, E SEM DERRAME PLEURAL RESIDUAL. RECEBEU ALTA E ESTÁ EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL SEM INTERCORRENCIAS. A BRONCOSCOPIA AINDA É O PADRÃO OURO PARA O DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE ASPIRAÇÃO DE CORPO ESTRANHO. NOS RAROS CASOS EM QUE A REMOÇÃO POR BRONCOSCOPIA FALHA, INDICA-SE BRONCOTOMIA OU RESSECÇÃO SEGMENTAR. A PRESENÇA DE OBSTRUÇÃO BRÔNQUICA CRÔNICA, COM BRONQUIECTASIA, ABSCESSO PULMONAR E DESTRUIÇÃO PARENQUIMATOSA, PODE SER UMA INDICAÇÃO PARA RESSECÇÃO SEGMENTAR OU LOBAR. NESTE CASO, DEVIDO A MELHORA CLINICA DO PACIENTE E EXPANSIBILIDADE PULMONAR VISTA RADIOLOGICAMENTE, NÃO HOUVE NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO INVASIVO.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1839

TÍTULO DO TRABALHO: CORRELAÇÃO ENTRE OS ACHADOS BRONCOSCÓPICOS E ANATOMOPATOLÓGICOS EM PACIENTES COM SUSPEITA DE NEOPLASIA PULMONAR SUBMETIDOS À BRONCOSCOPIA FLEXÍVEL

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GIOVANNA EMANUELLA PIFFER SOARES ARANTES; BIANCA LANZA LAZARINI; CLÁUDIO JOSÉ RUBIRA; GILMAR FELISBERTO JUNIOR. UNIVERSIDADE DE MARÍLIA - UNIMAR, MARÍLIA - SP - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVO: A broncoscopia flexível (BF) assumiu papel fundamental no manejo de várias afecções1, sendo utilizada principalmente no diagnóstico e estadiamento do câncer de pulmão, auxílio no diagnóstico de doenças pulmonares benignas, além da avaliação das doenças que acometem a laringe e patologias próprias da árvore traqueobrônquica. Para o câncer de pulmão, o rendimento do exame varia de acordo com a localização das lesões de tal modo que nos casos em que as lesões são periféricas a BF convencional é bastante limitada2. Levando em conta que o acesso a novas tecnologias3, como a navegação e broncoscopia virtual, que otimizam o rendimento da BF no diagnóstico do câncer de pulmão ainda é restrita a grandes centros3,4, é fundamental que todos os serviços que executam este exame tenham informações sobre a acurácia do método, a fim de que sejam planejadas intervenções que possam otimizar o rendimento dos exames.MÉTODO: Estudo observacional, descritivo, retrospectivo, realizado no setor de Endoscopia Respiratória do Hospital Beneficente Unimar. Foram avaliados os laudos das endoscopias respiratórias realizadas no período de janeiro de 2012 até março de 2016. Foram incluídos apenas os exames que apresentaram lesões endobrônquicas centrais, que puderam ter o resultado anatomopatológico resgatado e que apresentavam informações sobre idade, local da lesão e número de fragmentos retirados.RESULTADOS: 45 pacientes preencheram os critérios de seleção. 5 pacientes foram submetidos à 2 exames, sendo que em 1 caso o intervalo foi de 16 meses. A idade variou de 28 a 90 anos, (média 65,5). Apenas 1 paciente tinha idade inferior a 50 anos. 30 pacientes (68,18%) eram do sexo masculino. Em relação à localização das lesões na árvore traqueobrônquica, foram consideradas as regiões mais proximais comprometidas, já que este é um fator que determina a indicação do tratamento cirúrgico. 23 lesões estavam à direita, 18 à esquerda, 2 na traqueia e 1 na carina. À direita, houve predomínio de lesões no lobo superior, já à esquerda as lesões foram mais frequentes no brônquio principal. Em relação ao diagnóstico, 6 (13,6%) lesões eram benignas. Em 2 casos o resultado mostrou infiltrado celular típico, inflamação crônica inespecífica foi vista em 2 casos, hamartoma em 1 e bola fúngica foi vista em 1 caso.CONCLUSÃO: A BF é um exame barato, com boa tolerabilidade e com boa acurácia no diagnóstico de lesões pulmonares centrais, logo seu uso nesses pacientes deve ser rotineiro.

CODIGO DO TRABALHO: 2217

TÍTULO DO TRABALHO: Displasia Fibrosa em Parede Torácica: Relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FERNANDA DENISE ALVES DIAS1; MARCELO GRANDINI SILAS1; HISASHI AOYAGI1; LUCIO RAVEL SILVA ANDRADE COSTA2; KALINE FORTES VIANA2; PRISCILA VALE MEDEIROS DE SENA SILVA2; RAISSA TECIA BRAGA DE CARVALHO2; MAURO RAZUK FILHO2. 1. HMCC- HOSPITAL MUNICIPAL DR CARMINO CARICCHIO, SAO PAULO - SP - BRASIL; 2. HMCC- HOSPITAL MUNICIPAL DR CARMINO, SAO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
A Displasia Fibrosa (DF) é uma neoplasia benigna, rara, de progressão lenta, definida por proliferação de fibroblastos fusiformes, traves ósseas mal formadas, substituindo o osso normal pelo fibroso. Descrita por Von Rechlinghausen, em 1891, mas foi Lichteinstein, em 1938, que introduziu o termo DF na literatura mundial.Afeta 1 a cada 10000 indivíduos. Incidência de 2 % dos tumores ósseos e + de 7% dos benignos. Causa desconhecida, frequente nas 3 primeiras décadas de vida, sem predileção por sexo.Tipos: Doença monostótica (ocorre em 1 ou ossos contíguos, 70% dos casos, em costelas, ossos longos, maxila e crânio, em ordem decrescente; e poliostótica, ocorrendo em 2 ou + ossos sem continuidade. Essa última, possui 2 variantes: Sind. de Lichteinstein-Jaffe, associada a manchas cutâneas e a Sind. de McCune-Albright, alterações cutâneas + distúrbios endocrinológicos.A clínica depende da localização, de assintomáticos até compressão de estruturas nobres.O diagnóstico baseia-se na clínica, radiologia e histopatologia.O tratamento é cirúrgico + acompanhamento clínico. Fundamental para o diagnóstico precoce de recidiva.ASP, feminina, 40 anos, HAS, DM, com quadro de emagrecimento de 7kg em 04/16. Após 2 meses, evoluiu com dispnéia sendo diagnosticado EAP, IRA e necessidade de dialise de urgência. Transferida para HMCC, em investigação propedêutica, TC de tórax mostra massa densa em parede torácica(PT) D, envolvendo partes moles, de 10 x 6,9 cm com DP em mesmo lado. Pet CT evidenciando captação no 1/3 médio inferior de HTX D, sugerindo atividade neoplásica. Submeteu-se em 09/16 a toracotomia com exérese do tumor em bloco do 4o ao 8o arcos costais + segmentectomia da base do lobo inferior+ toracoplastia com tela + drenagem. POI em UTI com melhora importante do quadro e retirada de dreno de tórax no 3oPO, em acompanhamento ambulatorial. AP: PT evidenciando neoplasia fusocelular de baixo grau, com produção de matriz óssea e pulmão com áreas de atelectasia e fibrose intersticial. Imuno-histoquimica sela o diagnóstico de DF de origem em arco costal.A DF deve ser considerada no diagnóstico diferencial de tumores da PT. Apesar de benigna, a compressão de estruturas nobres pode gerar dúvidas quanto a possibilidade de lesão maligna. Nesse caso, sua exérese faz-se necessária para resolução dos sintomas e confirmação diagnóstica. O seguimento ambulatorial é fundamental para pacientes com DF pelo moderado índice de recidiva das lesões podendo chegar a 37% segundo alguns autores.

CODIGO DO TRABALHO: 2466

TÍTULO DO TRABALHO: DISTROFIA TORÁCICA ASFIXIANTE: SÍNDROME DE JEUNE

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ENYÁLINE FIRMINO DE VASCONCELOS; EMYLAINE FIRMINO DE VASCONCELOS; LAÍS HENRIQUES DE OLIVEIRA; ANA CAROLINA LOPES RAMALHO BEZERRA VIANA; EVELYNNE MARIA GOMES GALVÃO DA TRINDADE; DEODATO ROLIM CARTAXO; KAYO CÉSAR SAMPAIO AMORIM. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A distrofia torácica asfixiante ou síndrome de Jeune é uma condição rara de transmissão autossômica recessiva causada por um distúrbio de ossificação endocondral, caracterizada pela diminuição e estreitamento da caixa torácica resultando em hipoplasia pulmonar. Nos casos mais severos é potencialmente letal, pelo rápido desenvolvimento de insuficiência respiratória aguda e complicações infecciosas. Relato de Caso: Paciente é uma RN de 32 semanas, sexo feminino, apresentando ao nascimento cianose central, hipotônica, arreativa, bradicárdica. Aspirado líquido amarelado de VAS, realizada VPP com AMBU e máscara sem melhora da cianose. Foi então intubada, com melhora da cianose e da frequência cardíaca, porém ainda hipotônica e arreativa. Ao exame na sala de parto: edema de face e couro cabeludo, tórax em "sino", ausculta pulmonar com roncos difusos, diástase de retos abdominais, hérnia inguinal bilateral, membros distróficos. Permaneceu com insuficiência ventilatória necessitando de VM em IOT por várias semanas. Devido as atelectasias recorrentes à direita foi submetida a broncoscopias que mostraram apenas hipoventilação à direita associada à compressão extrínseca. O diagnóstico de Síndrome de Jeune suspeitado e confirmado após três meses. Solicitado avaliação da equipe de cirurgia torácica que indicou a toracoplastia esternal com a colocação de uma prótese de metilmetacrilato, com intuito de expandir a caixa torácica. No décimo dia de pós operatório foi realizado o desmame da VM e ser extubada. No décimo quinto P.O apresentou infecção da ferida cirúrgica e foi tratada com sucesso apenas com limpeza cirúrgica. A alta do berçário para seu domicilio só ocorreu dois meses após, mas ainda com oxigênio domiciliar. No ambulatório foi sendo acompanhada até não haver mais necessidade de oxigênio suplementar. Oito meses após foi necessário substituir a prótese esternal por placas metálicas para com isso ganhar maior expansão torácica. No seguimento ambulatorial de mais de um ano, podemos observar progressivo crescimento com ganho de peso, aumento do perímetro cefálico e abdominal. Até o momento não apresentou mais dispnéia. Conclusão: A síndrome de Jeune e demais distrofias costais devem sempre estar presentes no diagnóstico diferencial de recém nascidos com insuficiência ventilatória com outras malformações associadas. O diagnóstico precoce é fundamental para evitar o retardo de crescimento dos demais órgãos e reduzir a mortalidade em terapia intensiva.

CODIGO DO TRABALHO: 2800

TÍTULO DO TRABALHO: Doença Pulmonar Cística associada a Sequestro pulmonar em neonato prematuro

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: REBECA ANTUNES DE OLIVEIRA1; HORÁCIO TAMADA2; ANTONIO CIPRIANO GURGEL DO AMARAL JUNIOR3; IBRAHIM MASSUQUETO ANDRADE GOMES DE SOUZA4; MARTINS DE SOUZA HONORATO2. 1. INSTITUTO VIGOR, PORTO VELHO - RO - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDONIA, PORTO VELHO - RO - BRASIL; 3. HOSPITAL INFANTIL COSME DAMIÃO, PORTO VELHO - RO - BRASIL; 4. HOSPITAL DE BASE DR ARY PINHEIRO, PORTO VELHO - RO - BRASIL.

RESUMO:
Introdução A malformação adenomatóide cística (MAC) consiste em formações pulmonares císticas ou cistos de vários tamanhos, associados a elementos sólidos que podem comprimir áreas pulmonares sadias, causando sintomas ou infecções. É uma anomalia rara e ocorre como consequência do crescimento adenomatoso dos bronquíolos terminais associado ao não crescimento dos alvéolos. O diagnóstico diferencial pode ser cistos broncogênicos e entéricos, teratoma cístico mediastinal, enfisema lobar congênito e hérnia diafragmática congênita. Precocemente o RN pode apresentar insuficiência respiratória aguda sendo necessária intervenção cirúrgica pulmonar imediata. Durante a infância, se não for realizada a ressecção cirúrgica das áreas atingidas pela doença, as consequências são infecções pulmonares de repetição com destruição de áreas pulmonares sadias, pneumotórax, hemoptise e há relatos malignidade. Atualmente, com o uso da ultrassonografia pré-natal, vem ocorrendo um aumento no diagnóstico da MAC. A manifestação clínica dela varia desde uma disfunção respiratória pós-natal imediata a um achado acidental na radiografia de tórax.Relato de caso RN prematuro de S.P.O.A., nascido em 03/02/2017 com IGC 34s e 4d. Houve necessidade de intubação orotraqueal. Radiografia demonstrou Membrana Hialina. No 3º. Dia de vida complicou com pneumotórax a direita e submetido a drenagem torácica. Em três dias de evolução houve aumento em número e tamanho das imagens císticas já presentes no diagnóstico do pneumotórax. O quadro de insuficiência respiratória agravou mesmo com correção dos parâmetros ventilatórios sendo então submetido a pneumectomia direita. No intra operatório identificou-se apenas 2 lobos pulmonares com presença de múltiplos cistos e, no lobo inferior evidenciou-se uma artéria proveniente da aorta torácica caracterizando um sequestro pulmonar. Evoluiu ocupação do hemitorax direito pelo mediastino e aumento de pulmão esquerdo.ConclusãoAlguns casos de MAC requerem tratamento cirúrgico de emergência de devido ao aumento da malformações bolhosas e efeito ?shunt? do pulmão acometido. Aparentemente o pulmão contralateral tem aspecto de normalidade possibilitando desenvolvimento normal e sem complicações como infecção crônica de área pulmonar cística e posterior insuficiência respiratória. O prognóstico costuma ser melhor naqueles casos que se apresentam tardiamente.

CODIGO DO TRABALHO: 3032

TÍTULO DO TRABALHO: ENFISEMA SUBCUTÂNEO ESPONTANEO: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: SAYARA STEFANI GOUBETI MELOCRA1; RAFAEL BALDISSERA CARDOSO2; RONE EDER DE SOUZA SILVA1; TATIANE CRISTINA OLIVEIRA GIGEK1. 1. UNIVERSIDADE DE MARILIA, MARILIA - SP - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE DE MARÍLIA, MARILIA - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO É definido pela presença de gás no interior do compartimento do tecido subcutâneo, tipicamente em pacientes que têm infecções graves com bactérias produtoras de gás, ou após a ruptura ou manipulação de um órgão visceral, como os pulmões ou intestino.RELATO DE CASO Paciente, 62 anos, com antecedentes psiquiátricos, tabagista e hipertensa, procurou o serviço de emergência com queixa de aumento progressivo do volume de face, região cervical, tórax anterior, tórax posterior há 3 dias negando dor, dispneia ou fadiga ao ato da internação. Ao exame físico: REG, AAA, corada, hidratada, desorientada, eupneica, contactuante e reativa. Linfonodos não palpáveis. Todos os pulsos palpáveis. Evidenciou-se aumento de partes moles em face, membros superiores, tórax anterior, tórax posterior com presença de crepitação palpável em subcutâneo. Não havia retrações ou abaulamentos em topografia cardíaca, frêmito cardíaco não palpável, Ictus cordis não visível e não palpável, 2Bulhas Rítmicas Normo Fonéticas sem sopros, cliques ou estalidos. Frêmito toraco-vocal preservado bilateralmente, som claro pulmonar e murmúrio vesicular fisiologicamente distribuído sem ruídos adventícios. Abdome plano, flácido, cicatriz umbilical centrada, sem retrações ou abaulamentos, ausência de cicatrizes, ruídos hidroaéreos presentes normoativos, timpanismo difuso, macicez hepática, fígado palpável à 2cm do rebordo costal, Sinal de Murphy negativo e descompressão brusca negativa. Presença de cicatriz de 10cm em Membro Inferior Esquerdo, com pouca deiscência da FO, com saída de secreção serosa, ausência de sinais de infecção.DISCUSSÃO E CONCLUSÃO: Acredita-se que o ar extra alveolar, proveniente da ruptura de alvéolos, penetre no tecido conjuntivo laxo que rodeia a vasculatura pulmonar e progride ao longo das bainhas perivasculares até atingir o mediastino. Posteriormente, o ar passa do mediastino para o tecido laxo subcutâneo, causando enfisema subcutâneo. A ruptura de bolhas pode provocar enfisema do mediastino, com possível pneumotórax.. Têm sido utilizadas várias técnicas para tratar o enfisema subcutâneo, como a colocação de drenos torácicos adicionais, incisões infraclaviculares, traqueostomia e inserção subcutânea de um cateter endovenoso com fenestrações. Oxigenioterapia em alto débito acelera a resolução do quadro. Por fim, é um quadro importante em nosso meio pelo potencial desconforto e surgimento de complicações ao paciente.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 852

TÍTULO DO TRABALHO: Enfisema Subcutâneo Gigante pós Toracotomia

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ROLANDO GUTIERREZ ROSALES1; DÉBORA COELHO DUARTE2; JOÃO VICTOR PEREIRA GOMES2; CAMILA MONTEIRO DA ROCHA2; OTÁVIO LIMA DE ARRUDA JÚNIOR2; NADER NAZIR SULEIMAN2; MATHEUS NEVES VIEIRA2; BENITO ROLANDO GUTIERREZ ROSALES2. 1. ITPAC ARAGUAINA, ARAGUAINA - TO - BRASIL; 2. ITPAC, ARAGUAINA - TO - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A drenagem torácica tem como objetivo a manutenção ou restabelecimento da pressão negativa do espaço pleural através da remoção de ar e líquidos do espaço pleural ou mediastino, que podem ser resultantes de processos infecciosos, trauma e procedimentos cirúrgicos. O enfisema subcutâneo apresenta-se como uma das principais complicaçoes desse procedimento, geralmente é autolimitado e tem como principal causa a lesão do aparelho respiratório. RELATO DE CASO: Paciente, masculino, 27 anos, vítima de acidente motociclístico com trauma cranioencefálico e torácico. À admissão apresentava hálito etílico, desorientação, agitação psicomotora, dor, escoriações e enfisema subcutâneo torácico, crepitação pulmonar e dor a palpação profunda do abdome, sem dispneia. Negava comorbidades e alergias.Os exames laboratoriais colhidos na data da internação revelaram: Hb 15,6 g/dl; Ht 44,7%, leucócitos 11.960/mm3, plaquetas 299.000 /mm3, gasometria: pH 7,28; pCO2: 52 mmHg, PO2: 44mmHg; BE: -3,20 mmol/l; SO2 71,9%; (>96). A radiografia de tórax evidenciou pneumotórax e enfisema subcutâneo em hemitórax direito. O paciente foi então encaminhado para procedimento cirúrgico de Toracostomia com drenagem fechada à direita, realizado pelo serviço de Cirurgia Geral. Após a drenagem o enfisema progrediu, se estendendo desde a região cervical até a fossa ilíaca direita. Na mesma data foi realizada broncoscopia diagnóstica, que não relevou anormalidades. Na tomografia computadorizada de crânio não havia alterações perceptíveis. A tomografia computadorizada de tórax confirmou o enfisema subcutâneo na região cervical se estendendo até o abdome.Ao exame físico do dia pós drenagem apresentava-se em regular estado geral, com melhora da dor torácica. O paciente foi acompanhada pela Cirurgia Torácica; o dreno em selo d´água foi retirado no terceiro dia de internação e; o paciente recebeu durante a internação, hidratação venosa, analgésicos e anti-inflamatórios. Evoluiu bem, com expansibilidade torácica preservada e com melhora do estado geral, recebendo alta hospitalar no 4º dia de internação hospitalar.CONCLUSÃO: O caso descreve um caso de enfisema subcutaneo gigante, que apesar de seu grande volume e do desconforto gerado ao paciente, não determinou consequencias fisiopatologicas e resolveu-se espontaneamente.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 950

TÍTULO DO TRABALHO: ESTENOSE LARINGOTRAQUEAL PÓS TRAUMATISMO CERVICAL: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GILMÁRIO PINHEIRO DA SILVA JUNIOR; DELÚBIO GOMES MACHADO NETO. ITPAC, ARAGUAÍNA - TO - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOA estenose laringotraqueal é um estreitamento parcial ou completo da laringe associado a comprometimento traqueal, sendo o trauma uma etiologia n?o muito frequente, o que justifica o interesse pela execução do presente relato de caso.RELATO DE CASOW.F.S, masculino, 24 anos, lavrador, procedente de Colinas-TO, vitima de acidente motociclístico, com colisão frontal com cerca de arame farpado, deu entrada no serviço de emergência do Hospital Regional de Araguaína (HRA), com lesão corto-contusa em região cervical anterior, comprometendo via aérea superior, sem outras alterações na avaliação primaria. Após estabilização inicial, foi realizada via aérea cirúrgica com traqueostomia. Após quinze dias do procedimento cirúrgico realizou-se broncoscopia que evidenciou estenose subglótica completa por granuloma, com traqueia distal à cânula metálica sem alterações, sendo removido granuloma e inserido prótese traqueal em T. Com sessenta dias de evolução, nova broncoscopia mostrou prótese bem posicionada e extremidades livres, sem sinais de estenose, sendo assim, optou-se por sua retirada e alta com acompanhamento ambulatorial.Em broncoscopia de controle identificou-se estenose subglótica ao nível de cartilagem cricóidea, realizando dilatação da via aérea. Após sete meses, paciente evoluiu com queixa de dispneia e rouquidão, sendo suspeitado de nova estenose, optando-se pela broncoscopia, a qual evidenciou uma estenose subglótica concêntrica maior que 70% da luz, programando-se abordagem cirúrgica para resolução do quadro. O procedimento cirúrgico baseou-se na traqueoplastia cervical, com ressecção da lesão e anastomose termino-terminal laringotraqueal. No sexto dia pós-operatório, paciente sem queixas e/ou intercorrências, foi submetido a broncoscopia, mostrando bom aspecto da anastomose. Realizado troca da cânula plástica por metálica, o mesmo recebeu alta com orientações e retorno via ambulatório de cirurgia torácica.CONSIDERAÇÕES FINAISO tipo do tratamento depende do grau de estenose, extensão, causa, localização, urgência dos sintomas, técnica disponível e experiência do médico. Devido à essas variabilidades, uma conduta única pode não corresponder ao excelente prognóstico para o paciente. No contexto do caso relatado foram realizados procedimentos cirúrgicos prévios e após recidiva da estenose, na tentativa de estabelecer tratamento definitivo para o paciente, optou-se pela traqueoplastia cervical com ressecção e anastomose laringotraqueal.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2652

TÍTULO DO TRABALHO: Eventração diafragmática sintomática em adulto

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: THAIS VICENTINE XAVIER1; ARTHUR KONISHI ALVES2; LUIZA BRUM BORGES3; NILTON HAERTEL GOMES4; BRUNO DE MORAES GOMES4; FERNANDO PACHECO DOS SANTOS FERREIRA DA SILVA2; ANDERSON CASALI DE FREITAS2. 1. ACADÊMICA DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS, PELOTAS - RS - BRASIL; 2. ACADÊMICO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS, PELOTAS - RS - BRASIL; 3. RESIDENTE DE CIRURGIA GERAL DO HOSPITAL ESCOLA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS, PELOTAS - RS - BRASIL; 4. PRECEPTOR DE CIRURGIA TORÁCICA NO HOSPITAL ESCOLA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS, PELOTAS - RS - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Definida como uma elevação anormal de parte ou todo o hemidiafragma a eventração diafragmática afeta menos de 0,05% da população, tanto crianças como adultos, sendo mais comum no sexo masculino. Afeta um ou ambos hemidiafragmas, sendo o envolvimento unilateral esquerdo o mais frequente. Etiologia: 1) congênita, má formação, onde há perda da estrutura muscular do diafragma, diagnósticada geralmente na infância; 2) eventração adquirida, secundária a disfunção do nervo frênico, é frequentemente assintomática, e por isso é comum o diagnóstico incidental. Nos adultos sintomáticos, as queixas mais frequentes são de desconforto epigástrico pós-prandial, com taquicardia e dispneia após a ingesta alimentar. O diafragma é responsável por 60% do fole torácico e sua disfunção reduz a capacidade vital forçada(CVF) e o volume expiratório forçado no primeiro segundo(FEV1), compatível com insuficiência respiratória restritiva. A radiografia(RX) de tórax é geralmente suficiente para documentar a patologia, mas pode ser necessária a investigação adicional da causa nos pacientes assintomáticos, sendo raramente precisa nos pacientes sintomáticos. A fluoroscopia ou a tomografia computadorizada de tórax (TC) podem ser úteis na avaliação. O tratamento cirúrgico é o de eleição nos casos de pacientes sintomáticos. Relato do Caso: A.L.P.F , feminino, 46 anos, negra, ex-tabagista, obesa grau II, história prévia de cesariana há 14 anos, cirurgia de Hartmann há 13 anos por volvo e reconstrução do trânsito há 12 anos. Nega história de trauma. Paciente procurou o Pronto Socorro de Pelotas por dispnéia e tosse seca insidiosa e queixas persistentes de dor torácica, dispnéia grave e progressiva na posição supina, com a função pulmonar comprometida. Realizaram RX e TC de tórax comprovando a suspeita de volumosa eventração diafragmática à esquerda. Indicou-se o tratamento cirúrgico com toracotomia e plicatura diafragmática com sutura concêntrica. Paciente teve evolução satisfatória com melhora dos sintomas e da função pulmonar. Conclusão: 1) Para os pacientes sintomáticos é indicada a correção cirúrgica com plicatura diafragmática; 2) A fixação baixa do diafragma proporciona a melhora dos sintomas e da função pulmonar.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1643

TÍTULO DO TRABALHO: FISTULA TRAQUEOINOMINADA: UM DESAFIO.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BRUNO FERNANDO BINOTTO; IGNACIO LEITE DA COSTA; MESSIAS FROES DA SILVA JUNIOR; RUBENS JUNQUEIRA EMBOABA DA COSTA; MURILO BARCELOS DE SOUZA; FILIPE STARLING HUBNER; LUCAS RUAS RIBEIRO; RICARDO ESTEVAM MARTINS. SANTA CASA DE LIMEIRA, LIMEIRA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A traqueostomia é o procedimento mais utilizado para a prevenção das complicações laríngeas em consequência da intubação prolongada. Estudos demonstram que intubações orotraqueais e traqueostomia juntas são responsáveis por 70 a 90% de complicações ou lesões em vias aéreas. A fistula entre a parede traqueal e a artéria inominada (FTI) embora rara, 0,1 -1 %, apresenta-se com mortalidade de quase 100% quando não há intervenção cirúrgica. Entre os fatores predisponentes temos: traqueostomia baixa, radiação prévia, uso de esteróides. A FTI ocorre mais freqüentemente, 72% dos casos, nas primeiras 3 semanas pós-operatórias . Relato de Caso: C R S J, 15 anos, sexo masculino, foi submetido a neurocirurgia para retirada de lesão neoplásica do 3º ventrículo. Devido complicações infecciosas, permaneceu por longo período em intubação orotraqueal. Por isso foi traqueostomizado. No 24° dia após traqueostomia paciente apresenta epistaxe volumosa. Foi realizado nasofibrolaringoscopia sem alterações. Pela persitencia do sangramento foi realizado endoscopia digestiva alta que evidenciou gastroduodenite intensa com áreas de erosão em duodeno com hematina e escassos coágulos além de grande coagulo aderido ao fundo gástrico, sem sangramento ativo no momento do exame. Mesmo sem sangramento ativo em trato digestivo, paciente apresentou sangramento persistente por mais 24 horas. Foi acionada a Cirurgia Torácica, no momento da avaliação, o paciente havia sido politransfundido, já em uso de vasopressores, submetido a broncoscopia e laringoscopia de suspensão que não permitiram visibilizar a lesão e nem tampouco sangramento ativo, que foi apenas diagnosticada com a troca da cânula de traqueostomia, que destamponou a fistula. Procedimento endovascular foi excluído pela instabilidade hemodinâmica, indicado cirurgia. Procedida bitoracotomia associada pressão digital através do traqueostoma, para acesso rápido a cavidade torácica, complementada com esternotomia, após dissecção e controle vascular com pinças, optou-se por um by pass com prótese de Dacron na artéria iniominada + traqueostomia mediastinal. Encaminhado à UTI, onde não resistiu a SIRS e foi a óbito pós-operatório precoce. Conclusão: Diante desta catastrofica complicação cuja a mortalidade é extremamente elevada mesmo com a intervenção cirurgica a prevenção torna-se fundamental. Uma vez que FTI desenvolve, a sobrevivência só é possível através do reconhecimento precoce e da intervenção imediata.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1258

TÍTULO DO TRABALHO: FRATURA BRÔNQUICA COMPLETA DE BRÔNQUIO LOBAR SUPERIOR DIREITO POR PISOTEADO ANIMAL.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCELO CUNHA FATURETO1; JOAO PAULO VIEIRA DOS SANTOS1; LUCAS FABIANO GARCIA LEITE1; DOMINIQUE AGUIAR BARBOSA PRADO1; MARCELA HERCOS FATURETO1; ESTELA HERCOS FATURETO1; DIEGO ELIAS DA SILVA CALDEIRA1; THAÍS CHAVES PINHEIRO2. 1. UFTM, UBERABA - MG - BRASIL; 2. UNIUBE, UBERABA - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: No trauma, os brônquios podem sofrer ruptura total ou parcial, que podem cicatrizar espontaneamente ou sofrerem estenose, caso a lesão não seja diagnosticada na fase aguda. O pneumotórax persistente com volumosa perda aérea nos leva ao diagnóstico precoce. Porém diagnóstico é pode ser tardio em até 10% das fraturas brônquicas onde ocorre o esmagamento brônquico sem saída de ar. Nesses casos, ocorre a hibernação atelectásica do pulmão, com absorção do ar contido e secreção de muco que preenche a árvore traqueobrônquica. Apresentamos um caso de fratura brônquica de brônquio lobar superior direito após pisoteado de touro de rodeio.Relato de Caso: O.S.S, 27 anos, masculino, peão de rodeio bovino, após queda do animal, foi pisoteado na região clavicular direita por volta das 22 hs. Referindo dor e dispneia foi atendido em cidade de pequeno porte, recebeu analgésicos e foi transferido para cidade de porte médio a 200 km. Lá chegando apresentava volumoso pneumotórax direito. Foi submetido a drenagem torácica e havia uma volumosa perda aérea,sem reexpansão ao RX de controle. Com diagnóstico de lesão de via aérea foi transferido ao Hospital de Clínicas da UFTM, 110 km de distância. Uma broncoscopia evidenciou laceração do coto do BLSD. O paciente foi levada à broncoplastia BLSD-BPD. O pós-operatório foi normal, recebendo alta no 7º dia pós-operatório, sem intercorrências.Conclusão: O traumatismo de vias aéreas pode culminar em um amplo espectro de lesões com diferentes abordagens e repercussões de acordo com o segmento acometido. Nas lesões onde ocorre o pneumotórax volumoso e persistente após a drenagem fechada, o diagnóstico é mais fácil. Porém há fraturas com separação das cartilagens, porém com manutenção da luz pelo tecido peribrônquico, sem ocorrer o pneumotórax. A broncofibroscopia é o exame-chave para o diagnóstico e escolha da via operatória. Procedendo-se à broncoplastia em boas condições, geralmente o pulmão readquire suas funções, mesmo decorridos vários meses ou anos após a lesão, o que poderá não ocorrer caso o segmento distal esteja sob supuração continuada pela redução da luz mas ainda mantendo algum trajeto distal.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1248

TÍTULO DO TRABALHO: FRATURA BRÔNQUICA COMPLETA EM LACTENTE

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCELO CUNHA FATURETO1; JOAO PAULO VIEIRA DOS SANTOS1; LUCAS FABIANO GARCIA LEITE1; DOMINIQUE AGUIAR BARBOSA PRADO1; ESTELA HERCOS FATURETO2; MARCELA HERCOS FATURETO1; DIEGO ELIAS DA SILVA CALDEIRA1; RUBENS PERALTA JR1. 1. UFTM, UBERABA - MG - BRASIL; 2. UNIUBE, UBERABA - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: As lesões brônquicas contusas são raras, especialmente em lactentes, e seguem traumas de grande impacto energético. Embora raras, as lesões brônquicas cursam com taxas de alta letalidade, em torno de 30%, principalmente quando há demora no diagnóstico.Relato de Caso: Paciente 18 meses teve queda de carroça em movimento e seu tórax foi esmagado pela roda, numa estrada de terra. De imediato teve cansaço intenso e foi levado ao Hospital de cidade de porte médio, a 100 km de nosso centro. Estava torporoso, apresentava escoriações pelo tronco, bastante ofegante com redução do MV esquerdo. Recebeu suplemento de O2 por máscara nasal e o RX mostrou pneumotórax esquerdo hipertensivo. Uma drenagem com dreno fino não foi resolutiva e o RX de controle estava inalterado com pneumotórax esquerdo hipertensivo e direito pequeno. Nova drenagem esquerda com tubo calibroso teve pequena melhora e com direita com dreno fino foi efetiva. Sem melhora respiratória significativa a criança foi transferida até nossa cidade onde foi submetida à toracotomia esquerda. Encontramos "explosão" da carina lobar com separação dos brônquios principal, lobar superior e inferior. Não havia lesões vasculares nem costovertebrais. Não foi possível reparar o brônquio lobar inferior e fizemos a broncoplastia brônquio principal esquerdo ? brônquio de lobo superior esquerdo, após desbridamento dos bordos e retirada do lobo inferior esquerdo. O paciente foi extubado na sala operatória e mantido em recuperação pós-anestésica por 24 horas. Houve reexpansão pulmonar completa. O pós-operatório ocorreu sem anormalidades. No quinto dia o paciente recebeu alta hospitalar.Conclusão: Apesar da baixa incidência de rotura brônquica, da gravidade e da distância ao centro resolutivo, medidas paliativas de suporte foram cruciais para a manutenção da vida do lactente. Esses tipos de lesões são muito raras e exigem diagnóstico presuntivo e conduta adequada minimizando sequelas.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 796

TÍTULO DO TRABALHO: FRATURA BRÔNQUICA INCOMPLETA ASSOCIADA A FRATURA DE COLUNA TORÁCICA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCELO CUNHA FATURETO1; JOAO PAULO VIEIRA DOS SANTOS1; LUCAS FABIANO GARCIA LEITE1; MARCELA HERCOS FATURETO2; ESTELA HERCOS FATURETO2; DIEGO ELIAS DA SILVA CALDEIRA1; RAPHAEL MOREIRA QUEIROZ1; DOMINIQUE AGUIAR BARBOSA PRADO1. 1. UFTM, UBERABA - MG - BRASIL; 2. UNIUBE, UBERABA - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: No trauma, os brônquios podem sofrer ruptura total ou parcial, que podem cicatrizar espontaneamente ou sofrerem estenose, caso a lesão não seja diagnosticada na fase aguda. O diagnóstico é tardio em até 10% das fraturas brônquicas. Nesses casos, ocorre a hibernação atelectásica do pulmão, com absorção do ar contido e secreção de muco que preenche a árvore traqueobrônquica. Apresentamos um caso de fratura brônquica diagnosticada 3 meses após um acidente automobilístico.Relato de Caso: KHFO, 16 anos, feminina, apresentou-se no ambulatório de cirurgia torácica do Hospital de Clínicas da UFTM, com queixa de dispnéia aos moderados esforços, progressiva no último mês. Negava tosse, febre ou outras manifestações respiratórias. Referia acidente automobilístico havia 3 meses, com fratura exposta em ambos os joelhos necessitando correção ortopédica de urgência. Ao exame físico, havia redução volumétrica do hemitórax esquerdo e abolição do murmúrio vesicular daquele lado. O RX, a CT de tórax e a broncoscopia confirmaram a hipótese de fratura brônquica esquerda. A paciente foi levada à broncoplastia, recebendo alta no 7º dia pós-operatório.Conclusão: O traumatismo de vias aéreas pode culminar em um amplo espectro de lesões com diferentes abordagens e repercussões de acordo com o segmento acometido. Há fraturas com separação das cartilagens, porém com manutenção da luz pelo tecido peribrônquico. A broncofibroscopia é o exame-chave para o diagnóstico. Procedendo-se a broncoplastia em boas condições, geralmente o pulmão readquire suas funções, mesmo decorridos vários meses ou anos após a lesão.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1262

TÍTULO DO TRABALHO: FRATURA BRONQUICA INCOMPLETA DE BRONQUIO PRINCIPAL ESQUERDO PÓS ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCELO CUNHA FATURETO1; JOAO PAULO VIEIRA DOS SANTOS1; LUCAS FABIANO GARCIA LEITE1; DOMINIQUE AGUIAR BARBOSA PRADO1; ESTELA HERCOS FATURETO1; MARCELA HERCOS FATURETO2; DIEGO ELIAS DA SILVA CALDEIRA1; RAPHAEL MOREIRA QUEIROZ1. 1. UFTM, UBERABA - MG - BRASIL; 2. UNIUBE, UBERABA - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: No trauma, os brônquios podem sofrer ruptura total ou parcial, que podem cicatrizar espontaneamente ou sofrerem estenose, caso a lesão não seja diagnosticada na fase aguda. O pneumotórax persistente com volumosa perda aérea nos leva ao diagnóstico precoce. Porém diagnóstico é pode ser tardio em até 10% das fraturas brônquicas onde ocorre o esmagamento brônquico sem saída de ar. Nesses casos, ocorre a hibernação atelectásica do pulmão, com absorção do ar contido e secreção de muco que preenche a árvore traqueobrônquica. Apresentamos um caso de fratura brônquica de principal esquerdo em paciente vítima de acidente automobilístico grave.Relato de Caso: L.M.S, 19 anos, doméstica, foi vítima da politrauma em acidente auto x auto, com morte no local, a 100km. Foi admitida na emergência com fratura exposta de MIE e fechada de mandíbula, TCE moderado. Recebeu tratamento ortopédico e suporte, recebendo alta em um semana. Após liberação para retorno a suas atividades usuais três meses depois apresentava dispneia a pequenos esforços. Foi encaminhada ao nosso ambulatório onde verificamos redução de volume, submacicez e ausência de MV esquerdo e desvio ipsilateral da traqueia e ictus cardíaco. O RX de tórax mostrou atelectasia E total, sem fraturas de costelas. A broncoscopia e a broncografia mostraram fechamento total do BPE. A paciente foi levada à broncoplastia BPE-BPE. O pós-operatório foi normal, recebendo alta no 7º dia pós-operatório, com reexpansão total esquerda, sem intercorrências.Conclusão: O traumatismo de vias aéreas pode culminar em um amplo espectro de lesões com diferentes abordagens e repercussões de acordo com o segmento acometido. Nas lesões onde ocorre o pneumotórax volumoso e persistente após a drenagem fechada, o diagnóstico é mais fácil. Porém há fraturas com separação das cartilagens, porém com manutenção da luz pelo tecido peribrônquico, sem ocorrer o pneumotórax. A broncofibroscopia é o exame-chave para o diagnóstico e escolha da via operatória. Procedendo-se à broncoplastia em boas condições, geralmente o pulmão readquire suas funções, mesmo decorridos vários meses ou anos após a lesão.

CODIGO DO TRABALHO: 3114

TÍTULO DO TRABALHO: Hérnia pulmonar: complicação evitável

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANA CAROLINA GONÇALVES1; PAULO VICTOR ALVES TUBINO2. 1. FACIPLAC, BRASÍLIA - DF - BRASIL; 2. HOSPITAL DA REGIÃO LESTE, BRASÍLIA - DF - BRASIL.

RESUMO:
Resumo: A hérnia pulmonar é uma a protrusão de tecido parenquimatoso pulmonar através de abertura anormal existente na parede torácica. É uma doença pouco citada na literatura médica, sendo encontrados aproximadamente 300 casos descritos (Gazitúa, 2015). Pode ser classificada em congênita (cerca de 20% dos casos) ou adquirida (80%), sendo as adquiridas subclassificadas de acordo com sua etiologia em pós-cirúrgicas, secundárias a traumas, por processos inflamatórios ou neoplásicos na parede torácica, ou espontâneas. A hérnia espontânea esta associada ao aumento da pressão intratorácica, sendo a manobra de Valsalva uma manobra clínica útil para o manejo e diagnóstico do paciente. A hérnia pulmonar pode ter curso assintomático ou oligossintomático, com manifestações clínicas que variam desde dor leve até dispneia. Ao exam efísico torácico, observa-se massa palpável. O diagnóstico é clínico e a conduta terapêutica pode seguir uma linha mais conservadora em alguns casos, mas geralmente é de tratamento cirúrgico, em especial nos casos de hérnias volumosas, com estética desfavorável para o paciente ou com manifestações álgicas incômodas, e a fim de evitar a sua principal complicação, o encarceramento pulmonar. O reparo cirúrgico é simples, consistindo na aproximação dos arcos costais, bem como musculatura intercostal correspondente e aproximação dos demais planos. Relato de caso: Homem, branco, 40 anos, apresenta-se no pronto-socorro queixando-se de dor abdominal inespecífica. Durante exame físico, notou-se cicatriz correspondente a toracotomia anterolateral direita, na altura do quarto espaço intercostal, com visível depressão da ferida operatória quando o paciente inspirava. À manobra de Valsalva, surgia grande abaulamento com cerca de 20x15 cm na mesma topogragia, conforme registro fotográgico. O paciente não relatava dor associada ao achado, ou se sentia incomodado pelo prejuízo estético, não desejando assim estudo radiológico, bem como tratamento cirúrgico.Conclusão: Apesar de casos de hérnia pulmonar serem pouco relatados na literatura, a enfermidade deve ser suspeitada frente a um paciente com manifestações clínicas e história com fatores de risco para o seu desenvolvimento. O reparo cirúrgico é simples e apresenta bons resultados, sendo a intervenção de escolha na maioria dos casos.

CODIGO DO TRABALHO: 377

TÍTULO DO TRABALHO: INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA PRECOCE EM PACIENTES SUBMETIDOS À TORACOTOMIA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: VERGÍLIO PEREIRA CARVALHO; RENATO CANEVARI DUTRA DA SILVA. UNIVERSIDADE DE RIO VERDE (UNIRV), RIO VERDE - GO - BRASIL.

RESUMO:
INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA PRECOCE EM PACIENTES SUBMETIDOS À TORACOTOMIAVergílio Pereira Carvalho, Renato Canevari Dutra da SilvaUniversidade de Rio Verde - UniRVObjetivo:Verificar possíveis alterações respiratórias, cardíacas, motoras e distância percorrida com Teste de caminhada seis minutos, antes e após intervenção fisioterapêutica.Método:O estudo foi composto por 25 voluntários com toracotomia com idade entre 20 e 50 anos e eram pacientes internos do Hospital Municipal Universitário de Rio Verde (HMURV). O protocolo foi realizado no período de janeiro a abril de 2015, baseado em 5 dias, intercalando exercícios respiratórios e deambulação. Inicialmente os voluntários passaram por uma avaliação fisioterapêutica, após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, somente no quinto dia após o término da sessão, foi realizado a reavaliação dos mesmos.Resultados:Houve diferença estatisticamente significativa na distância percorrida no teste de caminhada de seis minutos (p= 0, 001), na escala de Borg (p= 0,03), na dor (p= 0, 008) (Escala de EVA), e na pressão inspiratória pré e pós (p= 0,05) intervenção fisioterapêutica, entretanto não houve diferença estatisticamente significativa ao se correlacionar o teste de caminhada de seis minutos com a pressão inspiratória máxima e pressão expiratória máxima e a dor antes e após intervenção fisioterapêutica.Conclusões: Infere ? se nesse estudo que o protocolo estabelecido demonstrou - se eficaz, visto que os voluntários aumentaram a capacidade física, não tiveram alterações cardíacas, respiratórias antes e após o protocolo pré-estabelecido, e verificado a diminuição da presença da dor nos voluntários avaliados.Bibliografia: Agostini P, Cieslik H, Rathinam S, Bishay E, Kalkat M, Rajesh P, Steyn R, Singh S, Naidu B: A survey of physiotherapy provision to thoracic surgery patients in the UK. Physiotherapy 2013, 99:56?62. Agostini P, Cieslik H, Rathinam S, Bishay E, Kalkat M, Rajesh P, Steyn R, Singh S, Naidu B: Potentially modifiable factors contribute to limitation in physical activity following thoracotomy and lung resection: a prospective observational study. Journal of Cardiothoracic Surgery 2014, 9:128. Snowdon D, Haines TP, Skinner EH. Preoperative intervention reduces postoperative pulmonary complications but not length of stay in cardiac surgical patients: a systematic review. J Physiother 2014; 60: 66?77.

CODIGO DO TRABALHO: 2607

TÍTULO DO TRABALHO: LEIOMIOSSARCOMA PRIMÁRIO PULMONAR: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARILIA HIRTH RIBAS1; PATRÍCIA MORAES2; ARETUSA KRUCHINSKI1; EVELYN MÁRCIA LEITE PEREIRA1; GUILHERME ZAPPELINI ZANETTE1; FABRICIO STRAPASSON1; SAMIR ABU EL HAJE1; JOEL ANTONIO BERNHARDT1. 1. HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN, BALNEÁRIO CAMBORIU - SC - BRASIL; 2. HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN, CAÇADOR - SC - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Os leiomiossarcomas primários de pulmão são raros e devido a sua natureza incomum existem poucas séries de caso. Representam apenas 0,5% de todas as neoplasias pulmonares[1]. Originam-se da musculatura do parênquima pulmonar, dos vasos e dos brônquios. Os pacientes com essa patologia apresentam sintomas semelhantes às demais neoplasias pulmonares. Esses tumores devem ser tratados através da ressecção cirúrgica e o tratamento radioterápico pode ser necessário nas ressecções imcompletas[2].Descrição: P.B., masculino, 65 anos, ex-tabagista. História mórbida pregressa de DPOC/silicose e cardiopatia isquêmica. Paciente em acompanhamento de doença pulmonar obstrutiva crônica, há 4 meses apresentando piora da dispneia. No mês de fevereiro/2016 iniciou investigação ambulatorial com tomografia de tórax que apresentou consolidações do espaço aéreo com aspecto de massas pulmonares, de contornos irregulares e espiculados, semelhantes entre si, vistas difusas por ambos os pulmões e presença de linfonodomegalias retroperitoneais e mediastinais, sugestivos de pneumoconiose/ silicose, porém com exame de escarro e biopsias normais. No mês de junho/2016 internou devido a uma piora súbita da dispneia e realizou nova tomografia sem alterações em relação ao exame anterior. Durante a internação teve melhora da dispneia após medidas clínicas para o DPOC e recebeu alta. Após 15 dias retorna novamente com piora do estado geral, dispneia e dor ventilatório dependente. Na nova TC tórax com surgimento de atelectasia e consolidação do lobo superior esquerdo e vidro fosco na língula e lobo inferior esquerdo. Aumento da formação expansiva hilar à esquerda com obliteração dos brônquios à esquerda. Na broncoscopia presença de lesão lisa junto a carina interlobar que oclui completamente brônquio principal esquerdo. Biopsia e imonuhistoquimica desta região evidenciado leiomiossarcoma pulmonar. Paciente sem indicação cirúrgica neste momento. Iniciou radioterapia, porém evoluiu com sepse pulmonar, insuficiência respiratória aguda e óbito em agosto/2016.Discussão: O leiomiossarcoma é uma neoplasia de caráter agressivo, com uma sobrevida de cerca de 60% em 5 anos[2]. A diferenciação com outras doenças pulmonares, principalmente neoplásicas, é difícil. Bem como a avaliação por imagem. Frequentemente os exames de broncoscopia, escarro e biopsia pulmonar pré-operatórios são negativos, o que pode atrasar o diagnóstico[3].

CODIGO DO TRABALHO: 2443

TÍTULO DO TRABALHO: LESÃO DIAFRAGMÁTICA ISOLADA A DIREITA DEVIDO A TRAUMA CONTUSO: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: KAREN CRISTINE PEREIRA RIBEIRO; THIAGO ADRIANO SILVA GUIMARÃES; EDSON ANTONACCI JR.. HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS, PATOS DE MINAS - MG - BRASIL.

RESUMO:
CERCA DE 80-90% DAS LESÕES DIAFRAGMÁTICAS, SÃO DECORRENTES DE TRAUMA CONTUSO, A RUPTURA É DEVIDA AO GRADIENTE DE PRESSÃO ENTRE A CAVIDADE TORÁCICA E A ABDOMINAL NO MOMENTO DO IMPACTO. A MAIORIA DAS RUPTURAS POR TRAUMA CONTUSO OCORRE DO LADO ESQUERDO, AS LESÕES DIAFRAGMÁTICAS À DIREITA, EMBORA MENOS FREQÜENTES, ESTÃO ASSOCIADAS A LESÕES MAIS GRAVES E MAIOR INSTABILIDADE HEMODINÂMICA. PACIENTE DO SEXO FEMININO, 55 ANOS, ADMITIDA VITIMA DE ATROPELAMENTO, EM INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL, ESTAVEL HEMODINAMICAMENTE, FOI REALIZADA TOMOGRAFIAS E INICIALMENTE, VISTO HEMOPNEUMOTORAX A DIREITA COM CONTUSÃO PULMONAR ASSOCIADA, HEMATOMA DE M. PSOAS E SUBCUTÂNEO A DIREITA, SEM OUTRAS LESÕES ABDOMINAIS, FRATURA DE PROCESSO TRANSVERSO LOMBAR COM HEMATOMA LOCAL, HEMATOMA INTRA-HEPÁTICO, FRATURA DE BACIA E ACETÁBULO A DIREITA, A TC DE CRANIO COM LAD E HSAT. REALIZADA TORACOSTOMIA A DIREITA E HEMOTRANSFUSÃO. DEIXADA EM OBSERVAÇÃO, EVOLUINDO COM HIPOTENSÃO E CHOQUE HIPOVOLÊMICO REFRATÁRIO À VOLUME E HEMOTRANSFUSÃO, INICIADO AMINAS VASOATIVAS E MANTIDA TRANSFUSÃO, ENCAMINHADA AO CTI, ONDE PERMANECEU POR 12H, REALIZADA NOVAS TOMOGRAFIAS DE CONTROLE, COM PIORA DO HEMOTÓRAX, MESMO COM TORACOSTOMIA E DRENAGEM DE APROXIMADAMENTE 1000ML DE CONTEÚDO SANGUINOLENTO PELO DRENO DE TÓRAX. PACIENTE ENCAMINHADA AO BLOCO CIRÚRGICO PARA TORACOTOMIA. FEITA TORACOTOMIA ANTERO-LATERAL A DIREITA, EVIDENCIADO UMA RUPTURA TRAUMÁTICA DE DIAFRAGMA A DIREITA, DEVIDO AO ACESSO DIFICIL, FORAM RETIRADAS DUAS COSTELAS DA PACIENTE, 8ª E 9ª COSTELAS, REALIZADA RAFIA DIAFRAGMÁTICA COM FIO INABSORVÍVEL COM PONTOS EM U, SEPARADOS. AO FINAL DO PROCEDIMENTO PACIENTE APRESENTOU DISTENSÃO ABDOMINAL TIMPÂNICA, SENDO REALIZADO FAST DENTRO DO CENTRO CIRÚRGICO, EVIDENCIADO QUANTIDADE MÍNIMA DE LÍQUIDO INTRA-CAVITÁRIO. PACIENTE FOI NOVAMENTE ENCAMINHADA AO CTI, MANTENDO-SE INSTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, EM USO DE AMINAS VASOATIVAS EM DOSE ALTA, COM DÉBITO DE DRENO TORÁCICO DE 750ML NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO, COM ABDOME LIVRE, SEM ALTERAÇÕES. SENDO MANTIDA EM SUPORTE INTENSIVO. O ÓBITO PRECOCE OCORRE EM 5 A 30% DOS CASOS, E A MAIORIA DOS CASOS SÃO DEVIDOS ÀSLESÕES ASSOCIADAS, NÃO À LESÃO DIAFRAGMÁTICA EM SI. ENTRE AS COMPLICAÇÕES MAIS SÉRIAS NO PÓS-OPERATÓRIO, O EDEMA DE REEXPANSÃO, PRINCIPALMENTE NOS CASOS DE DIAGNÓSTICO TARDIO, ESTÁ ASSOCIADO A UMA MORBIDADE ELEVADA. O TRATAMENTO DA LESÃO É CIRURGICO, E DEVE SER INDICADO O MAIS PRECOCE POSSÍVEL, A FIM DE DIMINUIR A MORTALIDADE E MORBIDADE ASSOCIADOS AO TRATAMENTO TARDIO.

CODIGO DO TRABALHO: 2882

TÍTULO DO TRABALHO: Lesão iatrogênica da traquéia em intubação eletiva: relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CAROLINA VERTEMATI CAVALIERI1; ARTEIRO QUEIROZ MENEZES2; ANA CLÁUDIA DA CUNHA FERREIRA1; ELAINE CRISTINA MARINHO DA FONSECA2; TICIANE DA COSTA MARTINS3; MARIA CAROLINA COUTINHO X. SOARES3; RODOLFO PORTO REGO2; GABRIELA FERREIRA CORREA2. 1. CHECK UP HOSPITAL, MANAUS - AM - BRASIL; 2. FUNDAÇÃO HOSPITAL ADRIANO JORGE, MANAUS - AM - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS, MANAUS - AM - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A lesão traqueal iatrogênica é rara e com resultados potencialmente fatais. Normalmente decorrem de intubações difíceis em emergências, podendo evoluir com enfisema subcutâneo, dispneia progressiva, pneumotórax e pneumomediastino. O tratamento pode ser conservador ou cirúrgico, sendo o cirúrgico o mais comum. Relato: Mulher, 25 anos, submetida à colecistectomia VLP com anestesia venosa total e intubação orotraqueal sem intercorrências em vista de quadro clínico de discinesia de vesícula biliar sintomática. No pós-operatório imediato evoluiu com episódios de vômitos, dispnéia, enfisema subcutâneo de tórax, pescoço e face, além de pneumotórax à esquerda, sendo submetida à drenagem torácica fechada com melhora da dispnéia. A TC de tórax evidenciou pneumomediastino, sendo submetida à broncoscopia com achado de lesão da membranosa traqueal de cerca de 5 cm. Em vista da evolução satisfatória nas primeiras 24h, com expansão pulmonar completa, ausência de fuga aérea pelo dreno, melhora do enfisema subcutâneo e dispensa da necessidade de ventilação mecânica, optou-se pela conduta conservadora. Broncoscopia após 10 dias evidenciou redução significante da lesão. A paciente manteve evolução satisfatória após a retirada do dreno, recebendo alta hospitalar no 14o dia. Conclusão: A lesão traqueal iatrogênica é mais frequente em mulheres, pacientes com debilidade da parede traqueal, terapia com corticosteroides ou malformações congênitas. Pode ocorrer por utilização de um tubo com tamanho inadequado, hiperinsuflação do balonete, mobilização repentina do tubo, múltiplas tentativas de intubação em situações de emergência e uso inadequado de fio guia. A opção pelo tratamento conservador ou cirúrgico, depende do tamanho da lesão, estado clínico do paciente, necessidade de suporte ventilatório e complicações como mediastinite. O caso apresentado foi atípico por tratar-se de paciente sem comorbidades, em intubação eletiva sem dificuldades e sem a utilização de fio guia. Consideramos como fator importante para a decisão pela conduta conservadora, apesar do tamanho da lesão, a não necessidade de nova intubação e suporte ventilatório. Referências: Singh S, Gurney S. Management of post-intubation tracheal membrane ruptures: A practical approach. Indian J Crit Care Med 2013;17:99-103; MEDINA, Carlos Remolina et al . Laceração traqueal pós-intubação: análise de três casos e revisão de literatura. J. bras. pneumol., São Paulo , v. 35, n. 8, p. 809-813, Aug. 2009 .

CODIGO DO TRABALHO: 803

TÍTULO DO TRABALHO: LESÕES TRAQUEOBRÔNQUICAS NO TRAUMA TORÁCICO: UMA EXPERIÊNCIA DE 17 ANOS.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ROBERTO SAAD JR.; VICENTE DORGAN NETO; MARCIO BOTTER; JOSE CESAR ASSEF; JACQUELINE ARANTES G. PERLINGEIRO; ROBERTO GONCALVES; EDUARDO PEREIRA ALVES; VICTOR HIDEO OHAMA. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Discutir os aspectos clínicos e terapêuticos de lesões Traqueobrônquicas em doentes atendidos na Santa Casa de São Paulo nos últimos 17 anos, para melhorar o diagnóstico e tratamento desse tipo de lesão.Método: Análise de dados dos prontuários de doentes com lesões traqueobrônquicas atendidos no período de abril de 1991 a junho de 2008. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa. A caracterização da gravidade dos doentes foi feita por meio de índices de trauma fisiológico (Revised Trauma Score - RTS) e anatômicos (Injury Severity Score - ISS, Penetrating Trauma Index - PTTI). O TRISS foi utilizado para avaliar a probabilidade de sobrevida.Resultados: Foram nove doentes portadores dessas lesões, todos do sexo masculino, com idade entre 17 e 38 anos. Um número significativo dado que nos grandes centros de trauma, onde são realizadas de 2.500 a 3.000 admissões por ano, ocorrem duas a quatro lesões traqueobrônquicas anuais. Os valores médios dos índices de trauma foram: RTS- 6,8; ISS- 38; PTTI-20,0; TRISS-0,78. Com relação ao quadro clínico, seis apresentaram apenas enfisema de parede torácica ou do mediastino e três doentes se apresentaram com instabilidade hemodinâmica ou respiratória. O intervalo de tempo necessário para se firmar o diagnóstico de certeza, desde a admissão do doente variou de uma hora a três dias. Cervicotomia foi realizada em dois doentes e toracotomia foi realizada em sete doentes (77,7%), sendo bilateral em um caso. O tempo de internação variou de 9 a 60 dias, média de 21 dias. Complicações apareceram em quatro (44%) dos doentes e mortalidade, nula.Conclusões: O trauma da árvore traquebrônquica é raro, pode evoluir com poucos sintomas, dificultando o diagnóstico imediato. Apresenta alto índice de complicações embora com baixa mortalidade. Acreditamos que o mecanismo de trauma e os achados clínicos devem ser valorizados na suspeita de lesão de vias aéreas e justificam a insistência no diagnóstico precoce.Bibliografia: CHEAITO, A. et Alii. Traumatic bronchial injury. International Journal Of Surgery Case Reports, [s.l.], v.27. p. 172-175, set. 2016. Disponível em: . Acesso em: 08 fev. 2017.

CODIGO DO TRABALHO: 947

TÍTULO DO TRABALHO: LINFOMA PRIMÁRIO DO TIMO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BIANCA RIBEIRO RODRIGUES; MARCIO BOTTER; VICENTE DORGAN NETO; JOSÉ FRANKLIN S. POMPA FILHO; ROBERTO SAAD JR.; GUILHERME VIEIRA SOARES DE CARVALHO; EDUARDO PEREIRA ALVES; RICARDO MACHADO CASTANHEIRA DE SOUZA. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O timo é um órgão linfoide localizado na região antero-superior do mediastino, composto por elementos epiteliais e linfoides. Os tumores tímicos mais comuns são os timomas. O linfoma tímico ou linfoma de células B primário do mediastino (PMBCL) é um tipo muito raro de linfoma que atinge principalmente adultos jovens. Sua biologia molecular é semelhante a do Linfoma Hodgkin.RELATO DE CASO: Mulher de 46 anos, assintomática, com achado durante radiografia de tórax de rotina de alargamento de mediastino. Realizou tomografia de tórax com achado sugestivo de timoma. Submetida à biópsia percutânea em serviço de origem, com anatomopatológico de timoma tipo AB. Optado por realização de timectomia via estenotomia. Após nova análise anatomopatológica, recebeu diagnóstico de Linfoma Tímico e foi encaminhada para seguimento com a hematologia.CONCLUSÃO: O mediastino é um local comum de ocorrência de linfoma. A maior parte deles se origina em um ou mais linfonodos da região. O timo se trata de um órgão linfoide, portanto é possível que seja um local de origem para linfomas. O linfoma tímico deve ser considerado como um diagnóstico diferencial dos tumores de mediastino anterior, principalmente em pacientes jovens. Seu tratamento é feito através de quimioterapia; a radioterapia ainda tem papel questionável.

CODIGO DO TRABALHO: 2986

TÍTULO DO TRABALHO: MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA PULMONAR NA TELANGIECTASIA HEMORRÁGICA HEREDITÁRIA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BIANCA RIBEIRO RODRIGUES; LUIZA MELLO AYRES MORGADO; JENNIFER RUAS NAKAMURA; MATHEUS CHRISTIAN SILVEIRA; VICENTE DORGAN NETO; ROBERTO SAAD JR.; MARCIO BOTTER. CULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A telangectasia hemorrágica hereditária (HHT), também conhecida como Síndrome de Rendu-Osler-Weber é uma doença familiar hereditária autossômica dominante do tecido fibrovascular, causada em 85% dos casos por mutação genética. Sua incidência na população varia de 1 a 2:100.000 casos e possui distribuição homogênea entre raça e sexo. A prevalência de malformação arteriovenosa pulmonar (MAVP) na doença foi estimada em 15 a 33% em estudos prévios. O quadro clínico e história familiar fecham o diagnóstico da enfermidade, pelos critérios de Curacao que envolvem epistaxe de repetição, telangectasias muco cutâneas geralmente face mãos e cavidade oral, malformações arteriovenosas afetando principalmente pulmões, fígado e cérebro e um padrão familiar autossômico dominante, sendo necessários 3 destes 4 critérios para confirmação do diagnóstico.RELATO DE CASO: Paciente de 23 anos, sexo feminino, iniciou investigação por quadro de tosse seca, perda ponderal não quantificada, sudorese noturna e inapetência. Em angiotomografia de tórax foram visualizadas três lesões nodulares bilaterais, acentuadamente realçadas pelo contraste, além de mostrarem dois vasos bem definidos associados, da qual inferia-se a possibilidade de malformação arteriovenosa (MAV). A paciente apresentava baqueteamento digital, telangiectasias e um irmão com diagnóstico prévio de telangiectasia hemorrágica hereditária, portanto pelos critérios de Curacao apresentava a Síndrome de Rendu- Osler-Weber.DISCUSSÃO: A Telangiectasia Hemorrágica Hereditária é uma desordem genética autossômica dominante que afeta a vasculatura de múltiplos sistemas orgânicos. Estudos recentes demonstram uma prevalência de 1:10.000 nos Estados Unidos e Reino Unido e 1:5.000-8.000 no Japão. As lesões patognomônicas são as telangiectasias e as malformações arteriovenosas. Clinicamente, a doença é diagnosticada segundo os Criterios de Curacao. Pacientes com 3 ou mais critérios tem como diagnóstico definitivo a HHT. O tratamento baseia-se em suporte e prevenção das complicações. No tratamento da epistaxe e manifestações do trato digestivo, a intervenção endoscópica ou cirúrgica pode ser indicada. A terapia de modulação angiogênica também pode ser um tratamento alternativo e efetivo.

CODIGO DO TRABALHO: 1008

TÍTULO DO TRABALHO: Mediastinite Descendente Necrosante

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CONRADO ANTONIO VASSELAI1; MESSIAS FROES DA SILVA JUNIOR2; ANDRÉ LUIS SARTINI3; CARLOS AUGUSTO DAS NEVES3; WALABONSO BENJAMIM FERREIRA NETO3; NATÁLIA RODRIGUES BATISTA3. 1. SANTA CASA BRAGANÇA PAULISTA, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL; 2. HC SP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 3. SANTA CASA DE BRAGANÇA PAULISTA, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL.

RESUMO:
A mediastinite descendente necrosante é uma infecção grave que acomete o mediastino e tem como origem infecções da orofaringe e da região cervical. Pelo fato do mediastino compreender estruturas nobres como o esôfago, traquéia, grandes vasos, estruturas nervosas dentre outras, infecções compreendendo este espaço, se não tratadas de maneira precoce e agressiva, invariavelmente evoluirão para óbito.Paciente do sexo feminino, 64 anos, sem comorbidades, submetida a tratamento dental do molar inferior esquerdo e após 2 dias evoluiu com dor, dispneia, febre, tumoração submandibular, hiperemia e trismo. A paciente procurou o PS da Sta Casa de Bragança e foi avaliada pela Cirurgia Bucomaxilofacial que identificou um abscesso submandibular (angina de ludwing) e procedeu a drenagem e colocação de drenos de penrose, antibioticoterapia e cuidados na UTI. Após 48h a paciente mantinha-se estável, afebril e sob ventilação mecânica, prestes a ser extubada. Neste momento foram realizadas tomografias de pescoço e tórax e se identificaram coleção cervical com focos gasosos, desvio de traqueia e borramento da gordura mediastinal, além de derrame pleural bilateral. Discutido o caso com a Cirurgia de Cabeça e Pescoço e a Cirurgia Torácica que indicaram cervicotomia e toracotomia exploradoras. Realizada cervicotomia em colar, abertura dos espaços cervicais profundos com saída de material purulento, feita limpeza mecânica, além da realização de traqueostomia e colocação de drenos. No mesmo ato, procedeu-se a drenagem pleural esquerda, com saída de 400ml de líquido turvo. Realizada então a toracotomia póstero-lateral direita e no acesso a cavidade presença de líquido pleural turvo. Feita a abertura da pleura mediastinal logo acima da veia ázigos com saída de grande quantidade de material purulento além da abertura ampla da pleura mediastinal abaixo da veia ázigos e exploração digital. Irrigação exaustiva da cavidade com soro fisiológico, drenagem e fechamento da toracotomia. A paciente evoluiu bem, sendo retirada da ventilação mecânica no 5º PO e recebeu alta no 10º PO. A mediastinite descendente necrosante tem uma taxa de mortalidade de 40%. Muito desta alta mortalidade se deve ao fato da demora no diagnóstico e/ou tratamento. Além disso, assim como no caso apresentado, o paciente pode não demonstrar sinais de choque séptico ou grandes alterações hemodinâmicas, fazendo com que a suspeição e o pronto tratamento, na maioria das vezes, agressivo, façam a diferença no prognóstico.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2147

TÍTULO DO TRABALHO: Meningioma Primário de Pulmão - Relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JULIO MOTT ANCONA LOPEZ; ANDRE MIOTTO; PEDRO AUGUSTO ANTUNES HONDA; JORGE HENRIQUE RIVABEN; DANIELA CRISTINA ALMEIDA DIAS; MARCIO BOTTER; RAFAEL HENRIQUE ROJA; THIAGO HASSEGAWA. HOSPITAL SANCTA MAGGIORE, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Os nódulos pulmonares são achados comuns em exames de imagem, principalmente em exames pré-operatórios para cirurgias eletivas. Parte desses nódulos mostra-se, após a investigação, como câncer de pulmão em estágio inicial ou até mesmo doença pulmonar metastática. Relatamos um caso de um paciente de 79 anos de idade, sem sintomas pulmonares.Apresentava cálculos biliares encontrados em ultra-sonografia de rotina. Tinha como antecedentes hipertensão, hiperlipidemia, hipotireoidismo e infarto do miocárdio há 7 anos. Negava antecedentes de câncer, tabagismo, alcoolismo, alergias ou cirurgias prévias. Durante os exames pré-operatórios para colecistectomia eletiva, a radiografia de tórax e tomografia computadorizada mostraram vários nódulos pulmonares, sugerindo metástases pulmonares. Ela passou por investigação neurológica, sem alterações. A paciente foi submetida então a biópsia pulmonar por segmentectomia do segmento basal posterior do lobo inferior direito. A aparência macroscópica era de carcinomatose, por conta de vários micronódulos sólidos espalhados por todo o pulmão. A biópsia de congelação foi positiva para malignidade, mas sem padrão de neoplasia de pulmão. O padrão patológico final mostrou proliferação de células fusiformes com limites claros, mas com infiltração perivascular. Ausência de necrose e raras mitoses. A análise imuno-histoquímica mostrou expressão difusa de EMA (antígeno de membrana epitelial) e receptor de progesterona, apontando meningioma pulmonar como o diagnóstico definitivo. Em exames de imagem subseqüentes, não havia evidência de doença metastática à distância, restringindo a doença aos pulmões. A forma pulmonar metastática de meningioma é rara. Apesar de considerado como uma neoplasia benigna, o comportamento maligno no meningioma tem sido relatado em alguns poucos casos. Os meningiomas pulmonares primários são ainda mais raros e descritos em cerca de 40 casos na literatura. A maioria destes casos era assintomática, sem sinais neurológicos.Observamos também que o meningioma pulmonar é raro em idosos, com poucos relatos desta doença em pacientes com mais de 75 anos. O grupo de oncologia decidiu não prescrever quimioterapia devido à baixa taxa de mitoses. O paciente está em acompanhamento pelo grupo multidisciplinar, com boa evolução. Concluímos que o meningioma pulmonar é uma doença rara, especialmente em sua forma primária. A incidência desse tipo de neoplasia em idosos é muito pouco relatada, o que torna este caso único.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1524

TÍTULO DO TRABALHO: Mesotelioma Deciduoide Pericárdico em Paciente Jovem

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RAYSSA RUSZKOWSKI DO AMARAL; RENATA MULLER ROSENTHAL; JONNY ANDERSON KIELBOVICZ; CARLOS LUIZ REICHEL; RAFAEL NAZARIO BRINGHENTI; VINICIUS DUVAL DA SILVA; MARIA TERESA RUIZ TSUKAZAN; JOSE ANTONIO LOPES FIGUEIREDO PINTO. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL - PUCRS, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O mesotelioma maligno deciduoide é uma variante rara do mesotelioma epitelioide. A localização mais frequente é a pleura (88,8%), seguida pelo peritônio (9,6%). Além de ser uma patologia rara, não existe nenhum relato de caso na literatura de mesotelioma deciduoide em pericárdio até o momento.Relato do Caso: Paciente G.M.L.S., feminina, branca, 18 anos, previamente hígida. Internou em fevereiro de 2015 com quadro de prostração, dispneia e febre com 15 dias de evolução. Ao exame ecocardiográfico foi identificado derrame pericárdico, atribuído inicialmente à pericardite viral, massa mediastinal e derrame pleural. Foi realizada pericardiocentese de alívio e diagnóstica. No dia 19/2/15 foi submetida à videotoracoscopia para realização de janela pericárdica. Durante a cirurgia foi confirmada volumosa massa mediastinal intrapericárdica junto aos átrios, derrame pericárdico hemático e hepatização de língula. Análise citopatológica do líquido pericárdio evidenciou positividade para células malignas, e biópsia da massa mediastinal evidenciou tratar-se de mesotelioma deciduoide confirmado por imunohistoquímica. Durante a internação, foi iniciado tratamento quimioterápico com Doxorrubicina+Ciclofosfamida+Vincristina. Devido a pouca resposta ao tratamento, após o 2º ciclo, o esquema foi trocado para DDP+Alimta+Permetrexed. No PET-CT controle (9/4/15) foi descrita lesão mediastinal de 14,7x8,9x12,1cm e SUV de 11,4. Ao totalizar 8º ciclo de quimioterapia, novo PET-CT controle evidenciou resposta parcial ao tratamento e, o último (8/12/15), evidenciou aumento de SUV para 14. Conforme discutido em reunião multidisciplinar, optou-se por toracotomia exploradora para ressecção da lesão, realizada em 15/3/16. Durante o transoperatório, verificou-se massa com invasão de grandes vasos e miocárdio, sem possibilidade de ressecção completa. A paciente recebeu alta com plano de quimioterapia definitiva. Apresentou piora clínica progressiva, evoluindo para óbito em 14/06/16. Apresentou sobrevida de 16 meses desde o diagnóstico.Conclusão: Conforme descrito na literatura, as opções de tratamento são multimodais incluindo ressecção cirúrgica, radioterapia e quimioterapia combinadas. Os resultados são modestos e não alteram significativamente o prognóstico dos pacientes, que apresentam uma sobrevida média de 6 meses após o diagnóstico da doença. A paciente obteve sobrevida de 16 meses após diagnóstico; mais que o dobro do previsto na literatura.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1072

TÍTULO DO TRABALHO: MESOTELIOMA PRIMÁRIO DO PERICARDIO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCELO CUNHA FATURETO1; JOAO PAULO VIEIRA DOS SANTOS1; LUCAS FABIANO GARCIA LEITE1; MARCELA HERCOS FATURETO2; ESTELA HERCOS FATURETO2; DOMINIQUE AGUIAR BARBOSA PRADO1; DIEGO ELIAS DA SILVA CALDEIRA1; BEATRIZ AFFONSO DE CAMARGO ARANHA1. 1. UFTM, UBERABA - MG - BRASIL; 2. UNIUBE, UBERABA - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: As neoplasias pericárdicas podem ser primárias ou secundárias, sendo estas mais frequentes, normalmente, metastáticas de neoplasias pulmonares e outros sítios. Os mesoteliomas malignos primários do pericárdio (MMPP) correspondem a aproximadamente 0,7% de todos os mesoteliomas malignos. Trata-se de uma doença rara sendo descritos cerca de 150 casos na literatura. Acredita-se que exista relação com a exposição ao asbesto, porém há casos sem história ocupacional. Apresentamos um caso de mesotelioma primário do pericárdio em paciente sem exposição ao asbesto.Relato do caso: Paciente de 64 anos, sexo masculino, natural de São Gotardo (MG) e procedente de Campos Altos (MG), trabalhador rural, sem história de exposição ao asbesto, previamente hipertenso e portador de cardiopatia hipertensiva. Foi admitido no Hospital de Clínicas da UFTM relatando dispnéia progressiva há 40 dias, associada à sensação de peso em região precordial. O ecocardiograma, visualizou importante derrame pericárdico com material eco-denso aderido ao pericárdio visceral, no ápice do ventrículo esquerdo, confirmado na CT de tórax. Realizada janela pericárdica com visualização da massa tumoral e inúmeros implantes no pericárdio. O anatomopatológico e imunohistoquímica confirmaram mesotelioma primário do pericárdio. O paciente foi encaminhado ao serviço de oncologia para tratamento paliativo e faleceu após 45 dias do diagnóstico.Conclusão: A maioria dos tumores pericárdicos é de origem metastática, principalmente do pulmão, mama, melanoma e linfomas. Os mesoteliomas pericárdicos podem se apresentar como lesão localizada ou infiltração difusa do pericárdio e órgãos vizinhos, razão para a apresentação clínica inespecífica e insidiosa. O prognóstico do mesotelioma de pericárdio é reservado com sobrevida média de 6 meses. Ressecções radicais associadas à radioterapia e quimioterapia adjuvantes e imunomodulação podem prolongar a sobrevida para até, em média, 16 meses em pacientes selecionados. A maioria dos doentes recebe tratamento paliativo.

CODIGO DO TRABALHO: 916

TÍTULO DO TRABALHO: METÁSTASE ENDOTRAQUEAL DE ADENOCARCINOMA DE RETO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BIANCA RIBEIRO RODRIGUES; MARCIO BOTTER; VICENTE DORGAN NETO; ROBERTO SAAD JR.; JOSÉ FRANKLIN S. POMPA FILHO; GUILHERME VIEIRA SOARES DE CARVALHO; RODRIGO VASCONCELLOS GUSMAO; SAMUEL BICHARA MELIN. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Câncer colorretal é o terceiro mais comum no mundo. Aproximadamente 20% dos pacientes apresentam metástases no momento do diagnóstico e seu desenvolvimento piora consideravelmente o prognóstico. Os principais locais afetados são fígado, pulmões, peritônio e linfonodos à distância. Metástases endotraqueais de tumores não pulmonares são muito raras. O intestino grosso é responsável por 11% das metástases endotraqueais e endobrônquicas. Foram relatadas na literatura metástases endotraqueais de tumores mamários, carcinoma de células renais, melanoma e carcinoma colorretal, podendo também ocorrer em carcinoma de tireóide, testículo, bexiga, ovário, colo uterino, útero, pâncreas, esôfago, estomago, melanoma e sarcoma.RELATO DE CASO: Paciente de 46 anos, com história de adenocarcinoma de reto (T3 N1 M1), tratado com retossigmoidectomia há 3 anos e quimioterapia neoadjunvante. Posteriormente, foi submetida a uma segmentectomia pulmonar e uma lobectomia inferior direita por metástases pulmonares. Um ano após as cirurgias, ainda em vigência de quimioterapia, apresentava tomografia de tórax com lesão intraluminal da traqueia, em terço proximal. Realizada broncoscopia, na qual foi constatada lesão pediculada em parede anterior direita, ocluindo 70% da luz. Optado por ressecção endoscópica da lesão. Após análise anatomapatólogica e imunohistoquímica, confirmou-se tratar de metástase de adenocarcinoma de reto.DISCUSSÃO: A ocorrência de metástases endotraqueais de tumores de cólon e reto é acompanhada de disseminação metastática sincrônica, sendo, portanto, sinal de doença avançada e de mau prognóstico, com sobrevida curta. É tão rara que sua incidência não pode ser estabelecida; existem poucos casos isolados relatados; alguns trabalhos encontraram uma incidência de cerca de 1,5% das metástases no câncer colorretal

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 883

TÍTULO DO TRABALHO: Perfil epidemiológico de pacientes com Derrame pleural submetidos a biópsia pleural e toracocentese em um Hospital de Salvador- BA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: VINICIUS FERNANDES DE FREITAS1; CARLOS DANIEL LIMA DEIRÓ1; GRINALDO DIAS DA SILVA NETO1; INGRID DANIELE DOS SANTOS1; JAKÉRCIA SOUZA MASCARENHAS DA SILVA2; VANESSA CORREIA FERNANDES BACELAR3; BRENO MACHADO COSTA1; MARIANA REIS E ROCHA DULTRA4. 1. UFBA, SALVADOR - BA - BRASIL; 2. UNEB, SALVADOR - BA - BRASIL; 3. UNIFACS, SALVADOR - BA - BRASIL; 4. UNIME, SALVADOR - BA - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Sendo a incidência de Derrames Pleurais (DP), tanto em pessoas com ou sem a presença pneumopatias alta no Brasil, é importante se investigar a epidemiologia desta comorbidade que, muitas vezes, afeta a vida das pessoas. Assim, com o intuído de se investigar as principais enfermidades apresentadas pelos pacientes portadores dessa doença, essa pesquisa visa conseguir apresentar um quadro epidemiológico da DP entre os pacientes atendidos no Hospital Especializado Otávio Mangabeira, onde os pacientes realizaram toracocentese e biopsia pleural por agulha de Cope, no período de janeiro de 2013 a janeiro de 2015. Métodos: Este estudo é observacional retrospectivo, no qual foram analisados os prontuários dos pacientes que realizaram os procedimentos de toracocentese e biópsia pleural no centro cirúrgico do HEOM no período de janeiro de 2013 a janeiro de 2015. Com os dados, fora construído uma tabela com a epidemiologia dos pacientes portadores de DP. Resultados: Com um total de 308 pacientes, sendo a maioria homens (55,19%), com uma idade média de 50,17 anos, fora encontrada a prevalência de 27,59% de HAS, 17,85%, 12,66% de etilismo e 11,36% de CA de Mama como as principais comorbidades relacionadas a DP. Concomitantemente fora encontrado uma grande prevalência das variáveis dor (55,84%) e dispneia (60,38%) entre os pacientes pesquisados, além de uma distribuição muito próxima entre os lados acometidos pela DP (lado direito 52,96% e lado esquerdo 46,42%). Conclusões: A partir das análises dos dados obtidos com os prontuários dos pacientes, pode-se perceber que uma grande dos pacientes possuía a HAS como comorbidade associada, além da presença do Tabagismo, Etilismo e DM. Também fora evidente o impacto que essa doença causa no cotidiano dos pacientes, já que uma grande parcela relatou dor e dispneia como sintoma associado. Assim, fica evidente que a DP é uma entidade que na maioria das vezes vem sendo acompanhada de outras comorbidades, que contribuem para o seu agravamento.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1154

TÍTULO DO TRABALHO: Pneumotórax catamenial: relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BRUNO LOMBARDI FARIAS; PAOLA COSTA REIS; RICARDO KALAF MUSSI; LUCIAHELENA MORELLO PACHECO PRATA. HOSPITAL CENTRO MÉDICO DE CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOA endometriose é definida como presença de tecido endometrial fora da cavidade uterina, presente em 10-15% das mulheres em idade fértil. Comumente encontrado na cavidade pélvica, pode surgir ainda em abdome, cérebro, pele e tórax.A endometriose torácica é uma entidade rara, com várias possibilidades de manifestação, sendo a principal o pneumotórax catamenial (PC), que consiste na formação de pneumotórax após 24-72h do início da menstruação. Além do PC, a entidade pode se manifestar com hemoptise catamenial, hemotórax catamenial, nódulos pulmonares, dor torácica isoladamente catamenial e pneumomediastino catamenial, sintomas definidos por Joseph e Sahn como a Síndrome da Endometriose Torácica.RELATO DE CASOFeminino, 31 anos, chega ao pronto-socorro com dor torácica a direita e antecedente de quadro semelhante há 2 anos. Radiografia de entrada apresentando pneumotórax a direita de 30%. O sintoma de dor torácica, em ambos os casos, esteve associado ao período menstrual. Foi optado por abordagem cirúrgica por videotoracoscopia, não sendo observado complexo bolhoso no procedimento. Refere de antecedente endometriose há 4 anos em tratamento clínico e de laparoscopia para o estadiamento da doença há 3 anos.CONCLUSÃOO pneumotórax catamenial é uma entidade rara, determinada por uma série de sinais e sintomas ligados ao ciclo menstrual. Com apresentação clínica variável, o fator cíclico relacionado com a menstruação é a chave do diagnóstico, uma vez que confirmação por exame de imagem nem sempre é possível. Portanto, embora raro, o diagnóstico de PC deve ser sempre interrogado em mulheres em idade fértil que evoluam com pneumotórax espontâneo de repetição e o tratamento cirúrgico instituído de ser individualizado para as diferentes apresentações da endometriose no tórax.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2621

TÍTULO DO TRABALHO: PNEUMOTÓRAX CATAMENIAL: SÍNDROME DA ENDOMETRIOSE TORÁCICA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ENYÁLINE FIRMINO DE VASCONCELOS; EMYLAINE FIRMINO DE VASCONCELOS; LAÍS HENRIQUES DE OLIVEIRA; ANA CAROLINA LOPES RAMALHO BEZERRA VIANA; EVELYNNE MARIA GOMES GALVÃO DA TRINDADE; DEODATO ROLIM CARTAXO; KAYO CÉSAR SAMPAIO AMORIM. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A Síndrome da Endometriose Torácica se refere a implantação de tecido endometrial em algum segmento do trato respiratório, incluindo pulmões, pleura e diafragma. Apresenta-se clinicamente como pneumotórax catamenial em até 80% dos casos. Relato de Caso: Paciente do sexo feminino, 35 anos, branca, procurou atendimento médico queixando-se de tosse seca e ortopnéia, dor em pontadas nas regiões subescapular e costal direita há 15 dias, e diagnosticada com endometriomas pélvicos, confirmados por exame histopatológico. O exame físico era normal exceto pela presença de derrame pleural à direita, confirmado pela ultrassonografia (USG) e tomografia computadorizada de tórax que revelaram pequeno derrame pleural à direita. Ela foi submetida à punção torácica com saída de aproximadamente 250mL de conteúdo sero-hemorrágico. Após alta hospitalar, teve recorrência do quadro, com instalação de novo derrame pleural à direita, coincidindo com o período menstrual, sendo submetida à nova drenagem com volume de 800ml, conteúdo sero-hemático. Na investigação clínica, aventou-se a hipótese de derrame pleural associado à endometriose extra pélvica, principalmente pelo padrão catamenial e surgimento do quadro respiratório em paciente sabidamente portadora de endometriose pélvica. A equipe de cirurgia geral escolheu como opção terapêutica cirurgia videolaparoscópica para anexectomia. Foram encontrados múltiplos focos sugestivos de endometriomas, subdiafragmáticos que foram cauterizados; foi feita, ainda, a realização de anexectomia bilateral, porém não foi realizada histerectomia total, pelo fato de o útero apresentar múltiplas áreas de aderência, o que conferia grande dificuldade técnica para sua exérese. A análise anátomopatológica dos anexos revelou tecido de granulação, com atipias citológicas focais, sugestivo de benignidade. A paciente recebeu alta assintomática, mantendo-se em seguimento ambulatorial cirúrgico. Após 4 meses da intervenção cirúrgica, não houve novos episódios de derrame pleural, a paciente vem apresentando no momento sintomas do climatério, com indicação de iniciar terapia de reposição hormonal. Conclusão: A síndrome da endometriose torácica é uma entidade rara, com ampla apresentação clínica e representa um desafio diagnóstico. Deve ser sempre considerada em mulheres em idade reprodutiva, com sintomas respiratórios cíclicos ou redicivantes que acompanham o período menstrual.

CODIGO DO TRABALHO: 892

TÍTULO DO TRABALHO: Protocolo de investigação de pleurodese por talco em pneumotórax espontâneo primário recidivante

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GUSTAVO CORREA MACEDO1; THAÍS GIGLIOTTI MALHEIROS LUZO1; BIANCA RIBEIRO RODRIGUES2; MARCIO BOTTER2; VICENTE DORGAN NETO2; JOSÉ FRANKLIN S. POMPA FILHO2; ROBERTO SAAD JR.2. 1. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO, SP - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO, SP - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Pneumotórax espontâneo primário (PEP) é definido como presença de ar no espaço pleural em pacientes sem doenças pulmonares prévias. O PEP apresenta elevada tendência em apresentar recidiva, a taxa de recorrência no primeiro ano varia de 17% a 54%. Devido a isso, utiliza-se a pleurodese como tratamento preconizado a fim de eliminar as chances de recidiva. No Hospital Santa Casa de SP a técnica mais utilizada é a aplicação de talco através do dreno de tórax ou seu polvilhamento por videotoracoscopia, causando intensa resposta inflamatória intrapleural e colapsando o espaço pleural. Esse método é aprovado pelo Food and Drug Administration no tratamento de PEP apresentando vantagens, como baixo custo e técnica simples com uso de anestesia local, em relação a outros métodos, como uso de dreno pleural e pleurodese por tetraciclina, além dos efeitos a longo prazo serem mínimos. Contudo, alguns estudos apontam casos de alteração na função pulmonar, carcinoma alveolar, mesotelioma pleural maligno e síndrome da angústia respiratória aguda. Estas novas informações sobre os efeitos adversos a longo prazo da pleurodese por talco motivaram a formulação desse protocolo de investigação a fim de verificar o seu real benefício. Objetivo: Verificar a incidência de prejuízos à longo prazo no sistema respiratório devido ao emprego de pleurodese por talco em pacientes com PEP. Métodos: Estudo observacional de coorte retrospectivo realizado apenas com pacientes que assinarem o TLCE e que realizaram pleurodese por talco no Hospital Santa Casa de SP há mais de 5 anos. Serão excluídos do estudo aqueles incapazes de realizar a espirometria e o exame de tomografia computadorizada com contraste. Para a avaliação, será realizado anamnese, exame físico, espirometria e tomografia computadorizada de tórax. Estima-se a coleta desses dados de 15 pacientes e então será realizada análise estatística. Conclusão: O estudo possibilitará avaliar a real incidência de complicações de longo prazo em pacientes portadores de PEP recidivante submetidos a Pleurodese com talco, sejam sistêmicas ou respiratórias. Referências:- Lee P. Primary spontaneous pneumothorax: to pleurodese or not? Lancet, 2013, pg. 381.- Jouneau S, Sohier L, Desrues B. Pleurodesis for primary spontaneous pneumothorax. Lancet, 2013, pg.382- Tschopp JM, Bintcliffe O, Astoul P, Canalis E, Driesen P, Janssen J, Krasnik M, Maskell N, Van Schil P, Tonia T, Waller DA, Marquette CH, Cardillo G. Eur Respir J., 2015, pg 321-35

CODIGO DO TRABALHO: 2515

TÍTULO DO TRABALHO: QUILOTÓRAX BILATERAL POR CIRROSE HEPÁTICA: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ENYÁLINE FIRMINO DE VASCONCELOS; EMYLAINE FIRMINO DE VASCONCELOS; LAÍS HENRIQUES DE OLIVEIRA; ANA CAROLINA LOPES RAMALHO BEZERRA VIANA; EVELYNNE MARIA GOMES GALVÃO DA TRINDADE; DEODATO ROLIM CARTAXO; KAYO CÉSAR SAMPAIO AMORIM. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O Quilotórax é uma complicação infrequente da cirrose hepática, associada a alta morbimortalidade. O líquido é um transudato, rico em triglicérides, formado pelo "porejamento" de vasos linfáticos submetidos a hipertensão portal . O quadro clínico e tratamento não estão bem estabelecidos na literatura, compondo-se de relatos de casos e pequenas séries. Relato de Caso: Paciente, 55 anos, sexo masculino, internado no serviço de cirurgia do aparelho digestivo e em acompanhamento com a equipe de cirurgia torácica evolui com cirrose criptogênica (Child-Pugh B), apresenta derrame pleural extenso à direita e moderado à esquerda, com ascite discreta. Toracocentese à direita mostrou líquido leitoso, com 1720 céls/mm3 (95%neutrófilos), desidrogenase láctica 218 µ/L, proteínas totais 2,7 mg/dL, triglicérides 230 mg/dL, colesterol 27 mg/dL e cultura positiva para E. coli. Líquido ascítico também leitoso, com 3500 cél/mm³ (90 % de neutrófilos). Realizada drenagem torácica, iniciado ceftriaxone e dieta hipogordurosa. Em 8 dias o dreno foi retirado, sem recidiva. Derrame pleural à esquerda apresentou inicialmente transudato, que começou a recidivar após resolução do derrame à direita. Realizada drenagem torácica e nova análise bioquímica mostrou: contagem celular 300 céls/ mm3 (65% linfócitos), triglicérides 219 mg/dL e colesterol 18 mg/dL. Iniciada dieta hipogordurosa e posteriormente jejum com nutrição parenteral, mas mantendo débito diário de 2 litros pelo dreno. Optado por criação de shunt portossistêmico transparietohepático (TIPS), com diminuição progressiva do débito do dreno, sendo retirado em 5 dias. Paciente apresentou encefalopatia grau II, com melhora após uso de lactulona. Neste caso, o quilotórax à direita se apresentou como exsudato, devido à infecção. Esta ocorreu provavelmente secundária à peritonite bacteriana espontânea, sabendo-se a bactéria isolada no líquido pleural, a celularidade do líquido ascítico e a comunicação entre as duas cavidades por pequenos poros existentes no diafragma. Também especulamos que a infecção levou a pleurodese deste lado, sem recidiva do derrame à direita e levando o líquido a acumular à esquerda. Por sua vez, o quilotórax à esquerda não respondeu à drenagem e ao tratamento clínico, mantendo o grande débito diário pelo dreno. Conclusão: O TIPS é um procedimento minimamente invasivo, sendo frequentemente usado como ?ponte" antes do transplante de fígado, sendo sua principal complicação a encefalopatia hepática.

CODIGO DO TRABALHO: 930

TÍTULO DO TRABALHO: QUILOTÓRAX COMO COMPLICAÇÃO DE DRENAGEM PLEURAL

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BIANCA RIBEIRO RODRIGUES; MARCIO BOTTER; JOSÉ FRANKLIN S. POMPA FILHO; GUILHERME VIEIRA SOARES DE CARVALHO; ROBERTO GONCALVES; ROBERTO SAAD JR.; RAUL DOS REIS URURAHY; GUSTAVO YAMIN FERNANDES. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O quilotórax traumático é evento resultante da obstrução ou ruptura do ducto torácico ou seus tributários, com perda de conteúdo do vaso para o espaço pleural. Trata-se de complicação rara, majoritariamente ocasionado por causa iatrogênica e, em segundo plano, como consequência de trauma penetrante ou contuso de alta energia. A raridade da afecção é um dos fatores que contribuem para eventual diagnóstico tardio, podendo implicar em repercussões de significativa morbi-mortalidade.RELATO DE CASO: Homem de 55 anos, vítima de trauma penetrante em região anterior do hemitórax direito, no 40 EIC (espaço intercostal direito), por serra circular. Recebeu tratamento inicial em outro serviço, onde foi submetido a drenagem torácica devido a pneumotórax e posteriormente encaminhado à Cirurgia Torácica da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo para avaliação devido à presença de corpo estranho único (fragmento de serra circular) na parede torácica anterior, no nível do 4o EIC na linha hemiclavicular à direita. Um dia após a admissão, foi observada a presença de líquido de aspecto leitoso no frasco de drenagem, suspeitando-se de quilotórax traumático. O paciente foi submetido a videotoracoscopia com remoção do corpo estranho e exploração cirurgica do mediastino, não sendo detectada lesão visível do ducto torácico. Este, porém, apresentava-se comprimido pelo dreno de tórax previamente locado, conforme demonstrado pelos exames radiologicos realizados no serviço de origem. A análise do líquido confirmou quilotórax (DHL = 281 U/L, glicose 331 mg/dl, ph 6,8, TG = 974 mg/100m), que foi atribuido à compressão do duto pelo dreno de tórax. Após reposicionamento do dreno e manutenção do paciente em jejum, com NPP, observou-se queda progressiva do débito, tendo o paciente recebido alta no 7º dia de pós-operatótio, seguindo em acompanhamento ambulatorial.CONCLUSÃO: O quilotórax iatrogênico traumático constitui entidade rara e de difícil manejo, sendo a abordagem cirúrgica e clínica de equivalente importância e o diagnóstico precoce fundamental. Há poucos relatos de quilotórax consequente a drenagem pleural na literatura.

CODIGO DO TRABALHO: 1509

TÍTULO DO TRABALHO: Quilotorax por trauma fechado: um relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: NAYANDRA SOUZA E SILVA; JERZEY TIMOTEO RIBEIRO SANTOS; ALESSANDRA PATRICIA SOARES DA COSTA RAFAEL; FREDERICO GUILHERME ROESSLER; LAURO OSCAR DE LIMA JUNIOR; ZAQUEU JEFESON DE OLIVEIRA FRANCO; MARCIO LEONARDO FARIA LARANJA; MARCELO GUSMAO PONTES BELITARDO. HOSPITAL MUNICIPAL DE TEIXEIRA DE FREITAS, TEIXEIRA DE FREITAS - BA - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃODefine-se quilotórax como o acúmulo de linfa no espaço pleural, que por ter conteúdo rico em gorduras, apresenta um aspecto leitoso. Pode ocorrer por obstrução ou dificuldade no escoamento do quilo ou por laceração do ducto torácico. Entre as causas mais comuns estão má formação congênita, neoplasias, infecções, trombose venosa e os traumas.Compreender a fisiopatologia, o diagnóstico e o tratamento pode reduzir a mortalidade dos pacientes de 50% para 10% na maioria dos casos.RELATO DE CASOPaciente do sexo masculino,18 anos, dá entrada com quadro de dispnéia, dor em região epigástrica e febre há 7 dias. À radiografia de tórax foi evidenciado derrame pleural bilateral. Três meses antes, o paciente esteve internado no mesmo serviço com quadro similar, após ter sofrido trauma torácico por espancamento, sendo submetido à época a Toracostomia Bilateral em selo d?agua para drenagem de empiema pleural, com melhora clínica e alta hospitalar após 12 dias.Devido a recidiva, foi realizado Toracocentese Diagnóstica que evidenciou líquido pleural com aspecto leitoso, LDH normal, ausência de leucócitos, triglicerídeos 862mg/dl, 81% de linfócitos, BAAR negativo, confirmando o diagnóstico de Quilotórax.Realizado Toracostomia Bilateral em selo d?água e iniciado tratamento clínico com dieta oral líquida restrita e posteriormente parenteral, mais antibioticoterapia. Dez dias após, foi retirado dreno esquerdo e com a manutenção do débito do dreno direito (média de 627ml/dia), o paciente foi submetido á ligadura do ducto torácico por Toracoscopia, com decorticação pulmonar e Toracostomia com drenagem pleural fechada. Estabeleceu-se o uso de octreotide e manutenção da nutrição parenteral.A melhora clínica se sucedeu com a reduçãodo débito do dreno, liberação de dieta oral e a retirada do dreno após 20 dias. O paciente teve alta hospitalar e alta ambulatorial 4 meses depois, sem quaisquer outras intercorrências.CONCLUSÃOA presença de líquido seropurulento na primeira drenagem deixou passar desapercebido a hipótese de quilotórax. Mas, 3 meses depois, o aspecto leitoso do líquido pleural até os aspectos laboratoriais, confirmaram o diagnóstico.A importância do tratamento clínico prévio à intervenção cirúrgica se deve ao fato de que em alguns casos, a fístula se resolve. No caso, optamos por 2 semanas. O tratamento cirúrgico teve como objetivo identificar a fístula, ligar o ducto torácico para melhora clínica do paciente e evitar uma maior depleção nutricional.

CODIGO DO TRABALHO: 1891

TÍTULO DO TRABALHO: Quilotórax traumático como complicação de ferimento por arma de fogo.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LUÍSA COELHO MILHOMEM; LETICIA DO VALE REIS; RENATA MOREIRA MARQUES PASSOS; MARCOS MENEZES FREITAS DE CAMPOS; PEDRO MANUEL GONZALEZ CUELLAR; FERNANDA RESENDE MARTINS; LAYSSA MARINHO DE AGUIAR. UFT, PALMAS - TO - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoO quilotórax traumático, liberação de quilo no espaço pleural com perda de proteínas, gorduras, vitaminas e anticorpos traz sérias repercussões metabólicas, imunológicas e nutricionais. Por isso a importância do diagnóstico precoce e tratamento preciso.Relato do casoPaciente de 14 anos, sexo feminino, foi admitida no Hospital Geral de Palmas dia 20/12/16, encaminhada do Hospital Municipal de Confressa- MT, com ferimento por arma de fogo no dia anterior, orifício de entrada em linha escapular esquerda 3º EIC e orifício de saída em linha paraesternal direita 2º EIC.A paciente chega ao hospital em bom estado geral, PA de 102x80 mmHg, FC de 75 bpm e FR de 22 irpm. Realizado drenagem torácica a esquerda em local de origem, devido hemotórax evidenciado no RX, com saída de 900 ml de sangue.No 3º DIH o conteúdo drenado ganha aspecto leitoso. Diante da hipótese diagnóstica de quilotórax, opta-se pela conduta conservadora: dieta zero e análise do líquido pleural, que evidenciou: DHL=264 U/L, glicose=122 mg/dL, proteínas=4,00 g/dL. Não realizado análise de triglicerídeos e quilomícrons no líquido pleural por indisponibilidade do laboratório.A paciente até então estável hemodinamicamente, em enfermaria, apresenta PCR dia 24/12/16, sem causa apaente. Aventado hipótese de abstinência por uso de drogas ou uso intra hospitalar das mesmas. Feito RCP por 15 minutos com sucesso e necessidade de intubação orotraqueal e uso de noradrenalina. Paciente é encaminhada para UTI.No 7º PO de drenagem torácica havia um débito de 1.800 ml, no 8º PO (2.200 ml), foi solicitado nutrição parenteral e administrado plasma fresco (300 ml 6/6h), no 9º PO o débito era de 2.600 ml. Devido ao alto e progressivo débito, optou-se pelo tratamento cirúrgico com toracotomia anteroposterior esquerda, ligadura do ducto torácico e drenagem. Havia saída de líquido citrino em grande quantidade em orifício próximo a carótida, realizado ligadura proximal e distal a lesão no ducto torácico e clipagem de titânio proximal e distal, observado parada da saída de quilo. Após cirurgia paciente retorna para UTI, o débito do dreno é de 150 ml de característica serohemática. O dreno é retirado dia 02/01/17, paciente recebe alta da UTI e da cirurgia torácica.ConclusãoO objetivo desse estudo é mostrar o impacto no prognóstico de uma lesão grave quando diagnóstico e condutas são tomadas rapidamente mesmo com poucos recursos.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 893

TÍTULO DO TRABALHO: Relação entre pleurite crônica granulomatosa e resultados de baciloscopia e PPD em pacientes com derrame pleural submetidos a biópsia pleural e toracocentese em um hospital de referência de Salvador - BA.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: VINICIUS FERNANDES DE FREITAS1; ANA TERESA MOURA DE SALLES ANDRADE2; GRINALDO DIAS DA SILVA NETO1; JAKÉRCIA SOUZA MASCARENHAS DA SILVA3; LAÍS GOMES SPINOLA1; LIZ TAUANA DE AZEVEDO BARROSO1; BRENO MACHADO COSTA1; MARIANA REIS E ROCHA DULTRA4. 1. UFBA, SALVADOR - BA - BRASIL; 2. UNIFACS, SALVADOR - BA - BRASIL; 3. UNEB, SALVADOR - BA - BRASIL; 4. UNIME, SALVADOR - BA - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Tendo em vista que a tuberculose é doença de frequente acometimento pleural, com importantes repercussões na dinâmica do líquido pleurítico, é objetivo desse estudo comparar resultados de exames de baciloscopia e PPD com achados de pleurite crônica granulomatosa em biópsia de pacientes com derrame pleural em hospital de referência em Salvador-BA. Método: Trata-se de estudo observacional, retrospectivo, de corte transversal, no qual foram utilizados os registros dos procedimentos de toracocentese e biópsia pleural do livro de procedimentos do HEOM (Hospital Especializado Otávio Mangabeira), em Salvador-BA, entre janeiro de 2013 e janeiro de 2015. Foram coletados também dados referentes a resultados dos exames de baciloscopia e PPD de pacientes com derrame pleural. Resultados: Dos 60 pacientes com derrame pleural submetidos à biópsia, 32 apresentaram pleurite crônica granulomatosa. Destes, 75% apresentaram PPD positivo e 66,7% tiveram baciloscopia positiva. No entanto, apenas a relação entre PPD e pleurite crônica granulomatosa apresentou significância estatística (p = 0,017). Estes resultados estão de acordo com a literatura e demonstram que a biópsia pleural é uma boa opção diagnóstica para manifestações pleurais causadas por tuberculose. Conclusão: Através da análise dos dados obtidos em prontuários médicos, pode-se notar a elevada relação entre resultados positivos dos exames laboratoriais para tuberculose e a presença de pleurite crônica nos pacientes com derrame pleural submetidos à biópsia. A biópsia pleural se constitui como uma das ferramentas diagnósticas mais importantes em pacientes com derrame pleural e suspeita de tuberculose.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2329

TÍTULO DO TRABALHO: Relato de caso ? Sarcoma indiferenciado de parede costal.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANA CAROLINA DE AVILA; ROMERO FENILI. FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE REGIONAL DE BLUMENAU, BLUMENAU - SC - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Os tumores de parede costal são um desafio diagnóstico e terapêutico porque representam um vasto e heterogêneo grupo de doenças que variam desde tumores benignos a malignos e metástases, sendo geralmente metástase ou invasão de algum tumor adjacente. Os tumores primários de parede torácica correspondem a apenas 0,04% de todos os cânceres diagnosticados e apenas 5% de todas as neoplasias torácicas. Os sarcomas primários correspondem a 0,1-0,15% das malignidades da parede torácica. Geralmente se apresentam como massas de crescimento lento e indolor, sendo que os sarcomas indiferenciados usualmente são grandes e os pacientes mantêm-se assintomáticos. O tratamento envolve a ressecção e radiação. Em alguns casos, quimioterapia neoadjuvante pode ser necessária para tornar o tumor ressecável.Relato do caso: Paciente masculino de 42 anos é referenciado ao serviço de cirurgia torácica por massa em região dorsal de evolução de 8 meses associada a perda ponderal de 30kg em 3 meses. Na história mórbida pregressa apresentava diabetes mellitus em tratamento com metformina 850mg. Tabagista 24maços/ano e alcoolista ocasional. Ao exame físico identifica-se massa em região infra-escapular direita sem aderência em planos profundos. Tomografia revela massa em região subescapular direita com plano de clivagem. Apresentou também USG de abdome total sem alterações. Optou-se por abordar cirurgicamente a lesão. Foi realizada incisão posterior costal com dissecção por planos, ressecando a tumoração em bloco (pele, subcutâneo, planos musculares e gradil costal) observando margem cirúrgica de 2cm. A reconstrução foi realizada com tela de prolene moldada com metacrilato, suturada nos bordos da incisão com prolene zero e o paciente permaneceu com dreno suctor 3,8 após a cirurgia. O dreno foi retirado no segundo dia do pós-operatório e o paciente recebeu alta hospitalar. A análise anatomopatológica da peça cirúrgica revelou sarcoma indiferenciado pleomórfico de 12 cm com margens livres. O paciente foi encaminhado para seguimento com a oncologia clínica, sendo estadiado como IIA (pT2apN0M0) e tratado com radioterapia adjuvante 60Gy 2D.Conclusões: Embora seja uma neoplasia rara, devemos considerar o sarcoma primário entre os diagnósticos diferenciais em tumorações no tórax. Atenção especial deve ser dada aos pacientes jovens com grande massa heterogênea, sem evidência de doença maligna em outra parte do corpo.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2218

TÍTULO DO TRABALHO: RELATO DE CASO: CORPO ESTRANHO PULMONAR INTRA-PARENQUIMATOSO - Remoção Cirúrgica aberta - Faríamos diferente?

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: NILTON HAERTEL GOMES1; BRUNO DE MORAES GOMES1; FELIPE CUNHA MEZZOMO1; MARCOS DANIEL DA SILVA2; MARIANA SILVEIRA SUÑE2; JEDIAEL PAIVA1; ANDRE SOKOLOVSKY2. 1. UFPEL, PELOTAS - RS - BRASIL; 2. UCPEL, PELOTAS - RS - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A deglutição e a aspiração de instrumentos ou partes de materiais prostéticos é relativamente frequente em procedimentos odontológicos de adultos. Acidente semelhante aconteceu com um paciente pediátrico que aspirou acidentalmente um alfinete que acabou se alojando na periferia da base pulmonar e incessivel ao instrumentos broncoscópicos de mínimo calibre, o que onviabilizou a retirada por endoscopia. Relato do caso: paciente de 9 anos, branco, masculino, queixando-se de ter ?engolido? um alfinete que estava preso em sua flauta, de cuja embocadura tentava remover por aspiração. O RX de tórax e abdome realizado no Pronto Socorro mostrava o corpo estranho na base do hemitórax D e a TC demonstrou a localização intrapulmonar perférica na pirâmide basal D. Quatro dias depois foi submetido a broncoscopia e fibrobroncoscopia com aparelho pediátrico, sem visualização do corpo estranho. Foi então submetido a toracotomia baixa de 4 cm, com auxilio de radioscopia realizou-se a retirada ?pulsão?do alfinete encravado na periferia do parênquima pulmonar. O dreno pleural foi removido com menos de 24H. Revisando o caso em discussão acadêmica, ficou claro que a toracotomia poderia ser menor que a realizada porque o intensificador de imagem facilitaria a aprensão e a retirada do corpo estranho, sem o emprego de afastador. Conclusão: 1) A localização radiológica precisa é imprescindível no planejamento cirúrgico; 2) Corpo estranho metálico tem a localização intaroperatória facilitada pela radioscopia; 3) Hoje teríamos iniciado a cirurgia por Videotoracoscopia.

CODIGO DO TRABALHO: 1531

TÍTULO DO TRABALHO: Relato de caso: Fístula traqueoesofágica e traqueopulmonar em Linfoma de Hodgkin

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: NATÁLIA GOMES NAGATO; MIGUEL ANGEL CORRALES COUTINHO; FERNANDO CORREA AMORIM; MARIA GABRIELA GONÇALVES CALDAS; YANA DE SOUSA RABELO; HIGOR COSTA GOMES; PATRICK CORREIA DE SOUZA ARAÚJO; YURI KOSSA BARBOSA. HOSPITAL DAS CLINICAS - UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIÂNIA - GO - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A fístula traqueoesofágica apresenta diversas etiologias, com alta taxa de morbidade e mortalidade, podendo ser encontrada em associação com a patologia toracopulmonar complexa ou processo infeccioso de pulmão, pleura e mediastino. Neste caso, o diagnóstico etiológico só foi revelado no intraoperatório de toracotomia para correção das fístulas.Relato de caso: K.G.S, homem, 34 anos, ex-tabagista, diagnóstico de Linfoma de Hodgkin em 2012 por biópsia de linfonodo paratraqueal. Realizou tratamento quimioterápico em outro serviço com 06 ciclos de ABVD e há 2 anos sem seguimento. Em setembro de 2016 apresentou quadro de tosse inicialmente seca tornando-se produtiva, hemoptóicos, febre vespertina, odinofagia progressiva associada a vômitos pós alimentares e perda ponderal de 13kg em 2 meses. Admitido no Hospital das Clínicas ? UFG em 19/10/16 sendo diagnosticada fístula traqueopulmonar e traqueoesofágica extensas por meio de broncoscopia, endoscopia digestiva alta e tomografia computadorizada. Paciente com 3 amostras negativas para BAAR, biópsias endoscópicas e broncoscópicas sem diagnóstico etiológico, culturas e sorologias negativas. Biópsia de linfonodo supraclavicular inconclusiva. Após episódio importante de broncoaspiração, optou-se por abordagem cirúrgica para correção das fístulas. Devido à extensão das lesões encontradas na toracotomia diagnóstica, realizaram-se em um mesmo tempo cirúrgico os procedimentos: bilobectomia pulmonar direita, carenectomia, anastomose términoterminal de bronco fonte esquerdo com traquéia, reimplante de bronquio intermédio direito em bronquio fonte esquerdo, ressecção de tumor paramediastinal, esofagectomia subtotal, esofagostomia e gastrostomia. Procedimento com tempo cirúrgico de 13h, sem intercorrências. Realizada análise anatomopatológica intraoperatória de amostra de tecido traqueal com diagnóstico de Linfoma de Hodgkin. Paciente com boa recuperação pós cirúrgica, segue em tratamento quimioterápico.Conclusão: Embora casos de fístulas taqueoesofágica em Linfoma de Hodgkin sejam raras e de difícil diagnóstico devido à inflamação e necrose tecidual, poucos foram os casos relatados na literatura. A maioria teve abordagens não cirúrgicas e as correções cirúrgicas foram pouco descritas. Neste caso foi necessária abordagem cirúrgica agressiva devido à destruição extensa de importantes estruturas acometidas, mesmo sendo alto o risco de óbito.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2709

TÍTULO DO TRABALHO: Sarcoma de Ewing: um relato de caso.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LETÍCIA PINA1; IVAN CAMPINHO PESSOA2; RODRIGO SANTIAGO MOREIRA3; BRUNO MARINHO PINTO DE ÁGUILA2; VICTOR CARVALHO MACIEL GIRÃO2; NORTON NUNES DE LIMA2; THIAGO SOUZA E SILVA2; MELINA SANTOS CARNEIRO4. 1. UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO, RECIFE - PE - BRASIL; 2. HOSPITAL GETÚLIO VARGAS, RECIFE - PE - BRASIL; 3. HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - RECIFE/PE, RECIFE - PE - BRASIL; 4. UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, RECIFE - PE - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Os tumores da família Ewing abrangem um espectro de neoplasias de células neuroectodérmicas primitivas, as quais correspondem à células embrionárias que migram da crista neural. São neoplasias malignas osteolíticas de alto grau e foram descritas por James Ewing em 1921. Entre as crianças e adultos jovens, o sarcoma de Ewing é a segunda neoplasia óssea maligna primária mais comum e diagnóstico é feito nas duas primeiras décadas de vida em 90% dos casos. Tem predileção discreta pelo sexo masculino em relação ao feminino e é raro nos afrodescendentes e asiáticos. Os locais mais frequentemente acometidos são ossos longos (47%), pelve (19%), costelas (12%) e crânio (1%-4%). Mulher 22 anos que recebeu o diagnóstico de forma tardia após crescimento importante de tumoração dolorosa em região torácica. O controle local através da ressecção tumoral completa é parte importante do tratamento e a paciente foi submetida à toracectomia com ressecção tumoral e reconstrução de parede torácica.Relato: MFFC, 22 anos, casada, negra, procedente de Tabira- PE. Foi atendida em fevereiro de 2017 no ambulatório de cirurgia geral do Hospital Getúlio Vargas com queixa de tumoração de grande volume em região infra-escapular direita há cinco anos. Relatava história de exérese há dois anos sem realização de histopatológico. Em seguida, a tumoração voltou a crescer. Apresentava-se dolorosa e com temperatura aumentada. Tomografia computadorizada de tórax evidenciou processo expansivo na parede lateral direita do tórax, envolvendo estruturas músculo adiposas e o 9º arco costal, apresentando hiperdensidades e calcificações grosseiras, medindo cerca de 18 x 10 cm nos maiores diâmetros. Discreto derrame pleural bilateral. Em seguida foi proposto e realizado procedimento de toracectomia lateral direita + reconstrução de parede torácica + drenagem torácica à direita. A paciente evoluiu sem intercorrências. Recebeu alta e retornou 20 dias depois do procedimento para consulta de revisão. A biópsia apontou sarcoma de Ewing com ressecção marginal de tumor que pesava 1135g e a paciente foi orientada a buscar um serviço de oncologia para prosseguir com tratamento.A idade do paciente não deve ser subestimada e a suspeita clínica de malignidade é necessária ao lidar com tumores de parede torácica em crianças e adultos jovens. Conclusão: O acesso ao tratamento não deve ser retardado devido ao grande potencial de crescimento tumoral, invasão de estruturas adjacentes e formação de metástases.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1363

TÍTULO DO TRABALHO: Sarcoma Sinovial Monofásico: Relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CLAUDIA THEIS; STEPHANIE THEISEN KONZEN; KELLY VIVIANE UEDA; ANA PAULA MICHELS COSTA; FABRICIO STRAPASSON; SAMIR ABU EL HAJE; GUILHERME ZAPPELINI ZANETTE. UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ, ITAJAÍ - SC - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Os sarcomas sinoviais (SS) são neoplasias extremamente raras, de origem mesenquimal, que ocorrem como resultado de uma proliferação desordenada de células fusiformes atípicas com um núcleo oval, atividade mitótica variável e consistência inicial sólida. Apresentam crescimento arrastado e geralmente afetam adolescentes e adultos jovens, acometendo as regiões para-articulares das extremidades inferiores em 90% dos casos. Nos outros 10%, localizam-se em topografias não relacionadas com as articulações, porém, a nível pulmonar, são muito menos frequentes e somente tem-se descritos 50 casos na literatura. Histologicamente, podem se diferenciar em três diferentes padrões celulares: monofásico, bifásico e pouco diferenciado. A maior parte dos SS, na imunohistoquímica, são positivos para diversas citoqueratinas e para o antígeno de membrana epitelial. Não existe uma terapia padronizada. Geralmente o tratamento é cirúrgico, com ressecção total da lesão, aplicando-se, em alguns casos, radioterapia adjuvante. RELATO DO CASO: C.R., 38 anos, sexo feminino, assintomática, encaminhada por seu cirurgião plástico à investigação pela cirurgia torácica devido à mamografia inconclusiva sendo então solicitada RNM de mama bilateral, TC de tórax, TC de abdome total e broncoscopia, sendo os dois últimos exames sem alterações. À RNM de mamas evidenciou-se como achado adicional imagem nodular em terço médio do pulmão direito com realce pelo contraste. À TC de tórax observou-se formação expansiva sólida com morfologia grosseiramente arredondada, com impregnação heterogênea pelo meio de contraste EV, localizada no segmento lateral do lobo médio, medindo aproximadamente 4,0 x 3,6cm, com contornos lobulados. Foi realizada ressecção de parte do lobo médio, onde encontrava-se a lesão. Por análise anatomopatológica foi evidenciado sarcoma sinovial monofásico. Realizado TC de tórax de controle pós-cirúrgico que demonstrou excisão completa da lesão. CONCLUSÃO: Faz-se imprescindível a descrição do caso em razão da baixíssima incidência da doença, para avanço dos conhecimentos médicos a respeito da mesma.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1374

TÍTULO DO TRABALHO: Sequestro intralobar pulmonar: um relato de caso.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PATRÍCIA DUTRA HAMILTON1; RAFAEL PANOSSO CADORE1; LETICIA ISABEL PEDRINI1; ALANA SANTOS DA SILVA2; BRUNA NIKITITZ LOPES2; VINICIUS FELIPE CZAPLA2; MARIANE SIMONETI NUNES2; JOÃO PEDRO FELDEN GUTERRES2. 1. UFFS, PASSO FUNDO - RS - BRASIL; 2. UPF, PASSO FUNDO - RS - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O sequestro pulmonar é uma anomalia congênita rara definida como um território de parênquima pulmonar separado de suas conexões brônquicas e vasculares normais, vascularizado por uma artéria sistêmica anômala, normalmente derivada da aorta torácica, do tronco celíaco ou das artérias intercostais. É classificado como intra e extralobar. Nos casos dos sequestros intralobares, o parênquima anormal está incluso no parênquima pulmonar, contido dentro da mesma pleura visceral. Já os sequestros pulmonares extralobares, existe uma separação anatômica e fisiológica completa do parênquima pulmonar normal, possuindo sua própria pleura visceral. Frequentemente este subtipo está associado a outras malformações congênitas, como hérnia diafragmática. Enquanto o sequestro extralobar é seguidamente assintomático, o intralobar apresenta-se reiteradamente com episódios de dor torácica, hemoptise e quadros de infecção pulmonar recidivante com febre. O diagnóstico é firmado através da radiologia convencional, mas sobretudo pela angiografia. Relato de caso: Paciente do sexo feminino, 54 anos, procurou atendimento por dor torácica em aperto em hemitórax esquerdo por 7 meses. Foi realizada investigação cardiológica sem evidência de cardiopatia que justificasse o quadro. Posteriormente, apresentou tosse com hemoptise maciça, sem dispneia ou febre. História pregressa de asma e hipertensão arterial sistêmica, sem história prévia de tabagismo. Foi solicitado tomografia computadorizada de tórax que evidenciou opacidade irregular em região basal medial do lobo inferior esquerdo, com vascularização anômala. Diante da alteração, está indicada realização de angiotomografia de tórax, que mostrou sequestro pulmonar intralobar no segmento basilar látero-posterior do pulmão esquerdo, recebendo vascularização arterial a partir de dois ramos da aorta torácica descendente e com drenagem para ramos venosos correspondentes. Foi realizada lobectomia com boa evolução pós-operatória e alta hospitalar no quinto dia de internação. Conclusão: O sequestro pulmonar é caracterizado por tecido pulmonar embrionário não funcionante e deve ser suspeitadO em todo paciente apresentando infecções respiratórias de repetição, sobretudo se a radiografia apresenta lesão no nível posterobasal. A arteriografia é o exame chave do diagnóstico, fornecendo uma ajuda precisa ao cirurgião, podendo evitar incidentes transoperatórios que possam ser fatais. Os resultados do tratamento cirúrgico são excelentes.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2991

TÍTULO DO TRABALHO: SEQUESTRO PULMONAR EXTRALOBAR - UM RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: NEWTON DE ALBUQUERQUE ALVES; REGINALDO BEZERRA SILVA; NATHALYA DE SOUZA GONÇALVES; ALANA D`AVILA REBELO; PATRÍCIA NOGUEIRA FERREIRA E SILVA. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Sequestro pulmonar é uma malformação congênita caracterizada por uma massa de tecido pulmonar não-funcionante, separada da árvore traqueobrônquica normal e vascularizada por uma artéria sistêmica anômala, comumente derivada da aorta torácica ou abdominal, do tronco celíaco ou das artérias intercostais. Representa entre 0,15 e 6,45% de todas as malformações congênitas pulmonares. São reconhecidos dois tipos, o sequestro intralobar e o extralobar. O seqüestro pulmonar extralobar (SPE) está encerrado dentro de sua própria membrana pleural, em geral, em íntima proximidade com o parênquima pulmonar, costumam ser assintomáticos, sendo descobertos em exames de rotina, ou provocarem dispneia e infecções respiratórias de repetição.RELATO: Mulher, 35 anos, com história de dorsalgia, procurou atendimento com ortopedia, quando em tomografia de coluna torácica foi visualizado massa com atenuação de partes moles e múltiplos focos de calcificação em segmento basal posterior do pulmão esquerdo, sendo encaminhada ao ambulatório de cirurgia torácica, quando realizou tomografia de tórax, que evidenciou massa de limites bem definidos, com base pleural de 3,1 x 2,7 cm, heterogênea, em base pulmonar esquerda.Admitida em 24/01/17 no Hospital Universitário Walter Cantídio, para ser submetida a videopleuroscopia no dia seguinte, sob anestesia geral, com intubação orotraqueal seletiva, utilizando três portais, que mostrou lesão de mediastino posterior, justadiafragmática, compatível com sequestro extralobar, artéria drenante originada do diafragma. Realizado ressecção da lesão com clipagem da artéria. Anatomopatológico identificou corte histológicos compatíveis com tecido pulmonar composto por bronquíolos revestidos por epitélio pseudoestratificado ciliado sem atipias, com extensa dilatação cística com acúmulo de secreção de calcificação, confirmando diagnóstico de seqüestro pulmonar extralobar. Paciente evoluiu sem intercorrências, recebendo alta no 2º dia pós-operatório.CONCLUSÃO: O tratamento para seqüestro pulmonar é a ressecção do parênquima pulmonar seqüestrado, com o específico acesso, dependendo da localização da lesão. Esse tipo de operação usualmente não é difícil nos casos de seqüestro extralobar, já que a malformação está bem separada do pulmão normal pelo seu próprio envelope pleural. Com o advento da videotoracoscopia, as cirurgias apresentam uma menor morbidade, com boa evolução no pós-operatório e alta hospitalar precoce.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1078

TÍTULO DO TRABALHO: SHUNT DIREITO-ESQUERDO POR FÍSTULA ARTERIOVENOSA PULMONAR

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOAO PAULO VIEIRA DOS SANTOS1; MARCELO CUNHA FATURETO1; LUCAS FABIANO GARCIA LEITE1; ESTELA HERCOS FATURETO2; MARCELA HERCOS FATURETO2; DOMINIQUE AGUIAR BARBOSA PRADO1; DIEGO ELIAS DA SILVA CALDEIRA1; RAPHAEL MOREIRA QUEIROZ1. 1. UFTM, UBERABA - MG - BRASIL; 2. UNIUBE, UBERABA - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: As fístulas arteriovenosas pulmonares (FAVP) são malformações raras caracterizadas por uma comunicação entre a rede arterial e venosa pulmonar condicionando um shunt direito-esquerdo. As repercussões hemodinâmicas dependem do seu grau, podendo cursar com insuficiência cardíaca congestiva refratária nos casos mais graves e cianose. Tem incidência de 2 a 3:100.000 nascimentos, sendo mais frequente em mulheres. Os autores descrevem 1 caso clínico de FAVP com poliglobulia significativa.Relato de caso: RHR, masculino, 26 anos, motorista, portador de importante poliglobulia foi referenciado ao serviço de cirurgia torácica havia três anos. Apresentava crises de cefaléia, cianose labial, hipocratismo digital e saturação de oxigênio de 77% sem melhora significativa com O2 inalatório. A radiografia de tórax mostrava nódulo paracardiaco direito; a Tomografia Computadorizada (TC) evidenciou nódulo bastante vascularizado. Na ocasião foi indicada cirurgia e o paciente a recusou. Mantendo o mesmo quadro, novo RX e TC mostraram alguma progressão da lesão. A arteriografia pulmonar confirmou a volumosa FAVP. O ecocardiograma não mostrou repercussões hemodinâmicas. A gasometria arterial evidenciou hipoxemia e dessaturação significativas. A lobectomia inferior direita foi realizada sem intercorrências.Conclusão: As fístulas arterio-venosas pulmonares são afecções raras. As embolizações são prescritas em fístulas menores ou múltiplas. O tratamento cirúrgico está indicado em fístula volumosa e geralmente é curativo.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1807

TÍTULO DO TRABALHO: simpatectomia torácica como opção terapêutica

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DIEGO SILVA BESSA1; GUSTAVO ELIAS CARDOZO NUNES2. 1. UEMS, CAMPO GRANDE - MS - BRASIL; 2. UEMS, CAMPO GRANDE - GO - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A simpatectomia torácica é uma opção terapêutica principalmente para pacientes com hiperidrose focal, síndromes álgicas e distúrbios vasculares periféricos. Desde 1954, quando foi descrita a primeira simpatectomia toracoscópica, a simpatectomia aberta tem entrado em desuso. A toracoscópica é menos invasiva, possui melhor resultado estético e menor tempo de internação.. Objetivo: O objetivo deste trabalho é quantificar as simpatectomias torácicas realizadas no Brasil no período de 2008 a 2015 e comparar o número, média de custo e média de internação de simpatectomias torácicas abertas (STA) e simpatectomias torácicas videocirúrgicas (STV). Métodos: Estudo de caráter quantitativo e comparativo com delineamento transversal de base populacional. Os dados foram coletados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) em conjunto com Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Em primeiro momento cruzou-se os dados ano de atendimento do procedimento, valor médio da internação e de STA, no período de Janeiro de 2008 a Junho de 2015 referentes ao Brasil, depois realizou-se esse mesmo procedimento com as STV. Em seguida, analisou-se os dados no Excel 2013, calculando as alterações no decorrer dos anosResultados: No período de Janeiro de 2008 a Dezembro de 2015, 2319 STA e 9593 STV foram realizadas. Dessas, 485 STA e 854 STV foram realizadas em 2008. Em 2009 houveram 435 STA e 951 STV. Em 2010 ocorreram 315 STA e 1054 STV. No ano de 2011, 331 pacientes foram submetidos à STA e 1431 STV. Durante 2012 foram realizados 234 STA e 1516 STV. Em 2013, 256 STA e 1338 STV foram notificadas no SIH. No ano de 2014 ocorreram 136 STA e 1234 STV. Por fim, em 2015 foram notificados 111 pacientes submetidos à STA e 1188 à STV. No referido intervalo de tempo, o valor médio da internação por paciente submetido à STA foi de R$ 785,99 e STV foi de R$ 1036,22. Já em relação à média de permanência, foi de 2 dias na STA e 1,5 dia na STV. Houve uma redução de 77,1% no número de STA.Conclusão: A redução no número de STA está consoante à tendência mundial em realizar mais o procedimento videocirúrgico. Além disso, apesar do valor médio da STV ser maior do que STA, houve um menor tempo de internação nos pacientes submetidos a STV, confirmando outros estudos. Contudo, não se pode generalizar esse resultado, pois as clínicas e hospitais particulares não entram na casuística do SUS.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1487

TÍTULO DO TRABALHO: Síndrome de Hammam: Pneumomediastino Espontâneo, Relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RODRIGO KOUZAK MAYER; GABRIEL BROM ANDRADE; KATHARINNE INACIO VAZ LAURIANO; VINICIUS ALVES FONSECA; DIMITRI CARVALHO HOMAR; MAISA HELENA DE ABREU SILVA SANTOS; HELOIZA ARRAIS BANDEIRA TAVARES LEITE; DANIELLA SILVA MENA. HRG, GAMA - DF - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Pneumomediastino espontâneo, descrito por Louis Hammam em 1939, é uma síndrome rara, caracterizada pela presença de ar livre em mediastino sem história de trauma ou procedimentos invasivos, correspondendo a cerca de 1% dos casos de pneumomediastino. A maioria dos estudos revela um curso benigno da doença, entretanto com pouca evidência na literatura. Tende a ocorrer principalmente em adultos jovens, por vezes associado a aumentos bruscos da pressão intratorácica, como tosse intensa, crises asmáticas, infecções do trato respiratório ou uso de drogas inalatórias.Relato de Caso: HWMC, paciente de 19 anos com início súbito de dor torácica e cervical intensa, com piora à inspiração, associada a odinofagia e enfisema subcutâneo extenso ao exame físico. Apresentava leucocitose de 15700 na admissão, sem febre ou outros sinais. Foi submetido inicialmente a Rx de tórax e cervical e posteriormente a tomografia de tórax e cervical que evidenciavam a presença de pneumomediastino. Paciente encaminhado à avaliação otorrinolaringológica que não evidenciou corpos estranhos ou perfurações e sendo realizado EDA que diagnosticou monilíase esofágica, também sem local de perfuração aparente. Sorologias para HIV e hepatites foram negativas. Submetido ao tratamento anti-fúngico, com fluconazol, e sintomático, evoluiu satisfatoriamente, com melhora sintomática. Rx de tórax seriados de controle evidenciaram diminuição progressiva do pneumomediastino. Foi encaminhado para cirurgia torácica, onde ficou internado, também com conduta conservadora, recebendo alta no 11º DIH.Conclusão: Síndrome de Hammam é uma condição raríssima entre adultos jovens caracterizada pela presença de pneumomediastino espontâneo. Os estudos no assunto descrevem diversas patologias que podem ocorrer concomitante à síndrome ou estar relacionados à sua gênese, entretanto, até o momento, na literatura estudada, não há relatos desta associação com monilíase esofágica. O caso descrito apresentou resolução clínica frente a conduta conservadora, conforme descrito na literatura.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 370

TÍTULO DO TRABALHO: Síndrome de Pancoast associada à tumor de ápice pulmonar e mediastino

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: THIAGO TEIXEIRA DO NASCIMENTO; PAULA SILVA RUBIO; MÔNICA JANINE GOMES DE SOUZA; JULIA TEÓFILO PIGNATI; ELOISA ALMEIDA CURVO. UFMT - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JULIO MULLER, CUIABÁ - MT - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A síndrome de Pancoast (SP) foi descrita por Henry Pancoast e é frequentemente a apresentação clínica de um câncer pulmonar, com prognóstico ainda sombrio. A SP é caracterizada por um conjunto de sinais e sintomas que incluem principalmente dor, alterações motoras, sensoriais e síndrome de Horner. Objetivos: Relatar caso de síndrome de Pancoast com acometimento neurológico rápido e progressivo em paciente previamente assintomático.Métodos: Estudo descritivo realizado através revisão de prontuário médico e exames de imagem pesquisa bibliográfica na base de dados SciELO.Resultados: E.S.O, masculino, 44 anos, ex-tabagista, buscou atendimento médico dia 4 de maio de 2016 referindo que há 6 meses iniciou quadro de dor subescapular direita esporádica em pontada, com irradiação para membro superior direito com caráter de choque. Evoluiu subitamente há 10 dias com anúria, constipação e paraplegia de membros inferiores. Ao exame físico, paciente sem sensibilidade tátil e dolorosa ou mobilidade abaixo do nível de T10, com diminuição do murmúrio vesicular em ápice pulmonar direito, dispneico, com ptose, miose e anidrose à direita, além da presença de massa pétrea em região supraclavicular esquerda. Tomografia de tórax revelava massa em ápice pulmonar direito, com invasão mediastinal e vertebral. Foi realizada biópsia pulmonar transcutânea guiada por tomografia com resultado histopatológico de neoplasia maligna indiferenciada com infiltração de parênquima pulmonar. Paciente evoluiu durante a internação com piora importante da dispneia, além da persistência da constipação e necessidade de sonda vesical de alívio. Foi encaminhado ao serviço de oncologia especializado para seguimento.Conclusão: A síndrome de Pancoast, causada habitualmente pelo câncer de pulmão de não pequenas células, tem prognóstico reservado. Pacientes que apresentam, entre outros aspectos, invasão da coluna vertebral não são candidatos à fase cirúrgica do tratamento. Deve-se incentivar a suspeita em pacientes com história de tabagismo associada à quaisquer sintomas desta síndrome, de modo que o diagnóstico seja precoce o suficiente para um tratamento efetivo.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1551

TÍTULO DO TRABALHO: TIMECTOMIA TRANSESTERNAL PÓS QUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RAQUELI PERTEL1; WAGNER SANTOS DA SILVA1; LARA EMERICH MACHADO VELOSO2; FLÁVIA MAGALHÃES RIBEIRO3; RAPHAEL FRANZINI DOS SANTOS1; LEONARDO CRISTIANO FRIGINI1. 1. UNESC, COLATINA - ES - BRASIL; 2. UNESC, MANTENA - MG - BRASIL; 3. UNESC, TIMÓTEO - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Os timomas constituem uma neoplasia incomum derivadas das células epiteliais do timo e representam menos de 1% dos canceres no adulto, embora tenha sido referido como o mais comum do mediastino anterior.Geralmente são de crescimento lento, produzem invasão local e as metástases frequentemente são limitadas à pleura, pericárdio e diafragma. São comuns na quinta década de vida e se apresentam com incidência semelhante em homens e mulheres. Os timomas podem ser assintomáticos ou podem apresentar sinais e sintomas inespecíficos, como: tosse, dor e dispneia. O diagnóstico é através de exames de imagens e estudo histológico. O tratamento depende do estádio do tumor. A forma de abordagem cirúrgica segue sendo estudada, tendo algumas opções como a toracotomia transesternal, a toracotomia anterolateral e as técnicas minimamente invasivas como a videotoracoscopia ou cirurgia torácica vídeo assistida. Relato de caso: EP, masculino, 50 anos, sem comorbidades prévias, apresentou lesões aftosas em língua e lábios em 2015 associado a uma perda ponderal de 10 kg em um ano. Realizou-se biópsia das lesões que evidenciou processo inflamatório crônico ulcerado e ausência de neoplasia. Solicitou-se Raio x de tórax que mostrou massa em mediastino, sendo confirmado por tomografia de tórax. Realizou-se biopsia por agulha guiada por TC e o histopatológico confirmou a presença do Timoma. A RNM tórax foi realizada para o estadiamento que evidenciou volumosa formação expansiva em topografia do mediastino medindo 10.9x9.0x7x1 cm, sem planos de clivagem para grandes planos.Encaminhou-se a Oncologia clínica para realização de três sessões de quimioterapia para diminuição do tamanho do Timoma. Após a quimioterapia neoadjuvante realizou-se novamente RNM de tórax mostrando a diminuição do timoma 7x6,4x5,9 cm. Realizou-se a Timectomia transesternal sem intercorrências. No pós-operatório o paciente apresentou-se com boa evolução, sem queixas e intercorrências. Obteve alta no quarto dia pós-operatório. Conclusão:O timoma é um tumor raro e este apresentava-se com dimensões consideráveis, além de estar em íntimo contato com o esterno e o arco aórtico, deslocando as estruturas vasculares.O tratamento é definido de acordo com o estadiamento do tumor. Portanto, há uma importância em realizar quimioterapia neoadjuvante associada a uma ressecção completa para garantir uma sobrevida de qualidade ao paciente.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2405

TÍTULO DO TRABALHO: TIMOANGIOLIPOMA: TUMOR RARO EM PACIENTE SINTOMÁTICO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DAVID SMANGOSZEVSKI MARTINS1; DANIEL VIANA CARLOS CARDOSO2; EVERTON GENTIL BELTRAME3; ANITA SPERANDIO PORTO4; WENCESLAU RUIZ LINHARES NETO5; HENRIQUE VIANA XAVIER1; LUIZ FERNANDO BRÍGIDO CASTRO1; JOÃO ABNER MARINS MUNHOS1. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE, RIO BRANCO - AC - BRASIL; 2. HOSPITAL E PRONTO-SOCORRO JOÃO PAULO II, PORTO VELHO - RO - BRASIL; 3. HOSPITAL DE BASE DR. ARY PINHEIRO, PORTO VELHO - RO - BRASIL; 4. UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA, PORTO VELHO - RO - BRASIL; 5. HOSPITAL E PRONTO-SOCORRO JOÃO PAULO II, PÒRTO VELHO - RO - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O timolipoma é uma rara neoplasia benigna do timo composta de tecido adiposo maduro e tecido tímico. Menos de duzentos casos foram descritos na literatura. É uma neoplasia benigna incomum, responsável por 2-9% dos tumores de timo.O timolipoma é volumoso, macio, encapsulado e constituído de tecido tímico e células adiposas maduras. Vinte e cinco por cento dos tumores pesam mais de 2kg. Em geral, os timolipomas crescem lentamente e podem alcançar tamanhos volumosos antes do diagnóstico. Nas radiografias, pode simular cardiomegalia. Relato de caso: N. S. S, 51 anos, masculino, branco, residente em Porto Velho, no estado de Rondônia, deu entrada em uma unidade de saúde em junho de 2013, apresentando um quadro de dor insidiosa em hemitórax direito, inicialmente de baixa intensidade, que piorava aos médios esforços. Referiu que a dor se tornou intensa com o passar dos dias e que não cedia após uso de analgésicos, inclusive derivados opioides. Referiu ainda dispneia aos grandes esforços iniciada 5 anos antes. Os exames bioquímicos e o eletrocardiograma estavam normais. O ecocardiograma constatou derrame pericárdico de 3 mm e insuficiência leve de tricúspide. Na radiografia de tórax observou-se imagem ocupando o mediastino anterior com projeção a? direita. A tomografia computadorizada de tórax revelou a presença de lesão com possível origem lipomatosa, ocupando o mediastino anterior, medindo em seus maiores eixos transversos 21,1 x 12,1 cm, sem invasão de vasos mediastinais e estruturas adjacentes, sendo indicado o tratamento cirúrgico. Em setembro de 2013, foi submetido à toracotomia bilateral com secção transversa do esterno (incisão à Clamshell), sendo ressecado uma massa de cerca de 1.400 cm3 de volume, com margens livres. Permaneceu na unidade intensiva por 6 dias, recebendo alta hospitalar após 14 dias de pós operatório. O diagnóstico definitivo foi fechado pelo exame da patologia, sendo diagnosticado com timoangiolipoma. O paciente evoluiu satisfatoriamente durante todo o período de pós operatório e não apresentou recidiva do tumor até os dias atuais.Conclusão: Este relato de caso demonstra que o único tratamento curativo é a ressecção cirúrgica do tumor, que pode ser conseguida através de uma esternotomia, toracotomia ântero-lateral, incisão Clamshell ou esternotomia acompanhada por toracotomia ântero-lateral (incisão hemiclamshell). A escolha deve ser individualizada para cada apresentação anatômica do neoplasma.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2476

TÍTULO DO TRABALHO: TIMOMA MIMETIZADO POR TUMOR FIBROSO DE PLEURA: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ENYÁLINE FIRMINO DE VASCONCELOS; EMYLAINE FIRMINO DE VASCONCELOS; LAÍS HENRIQUES DE OLIVEIRA; ANA CAROLINA LOPES RAMALHO BEZERRA VIANA; EVELYNNE MARIA GOMES GALVÃO DA TRINDADE; DEODATO ROLIM CARTAXO; KAYO CÉSAR SAMPAIO AMORIM. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O tumor fibroso da pleura é uma patologia rara que pode originar-se tanto na pleura visceral como na parietal. Os timomas são tumores derivados das células tímicas. Relatamos o caso de uma paciente com diagnóstico radiológico de timoma e cuja exploração cirúrgica concluiu tratar-se de um tumor fibroso de pleura. Relato de Caso: Paciente, 49 anos, sexo masculino, assintomático, realizou radiografia de tórax como exame admissional com o achado de alargamento de mediastino. Foi submetido a TC de tórax que evidenciou tumoração mediastinal à esquerda, confirmada pela RNM, tendo limites definidos e densidade sólida, recebendo o diagnóstico radiológico de timoma. Foi submetido a esternotomia parcial para timectomia. Durante a dissecção tímica foi evidenciada extensão pleural à esquerda com o achado de tumoração sólida e com origem na pleura visceral com a presença de um pedículo, sendo a tumoração ressecada juntamente com o timo. A análise patológica evidenciou timo normal sem a presença de massas e o achado de um tumor fibroso de pleura na tumoração pleural. Os tumores fibrosos de pleura são usualmente descobertos acidentalmente no exame radiográfico do tórax. São pediculados em 30% a 50% dos casos e a presença deste pedículo pode causar mudanças na posição do tumor com o decúbito. Um terço dos timomas são assintomáticos. São tumores raros na infância e no adulto jovem, sendo que 70% dos casos ocorrem a partir da quinta década de vida, acometendo ambos os sexos. Na tomografia computadorizada de tórax o timoma pode apresentar-se na linha mediana, porém mais frequentemente se estende para um dos lados do mediastino, como massa de contorno liso ou lobulado, com densidade de partes moles e homogênea. A ausência de sintomas e as características radiológicas do tumor apresentado pelo paciente levou ao diagnóstico de timoma e à conduta mais adequada para tal diagnóstico que é a ressecção. A localização caprichosa do fibroma de pleura justa mediastinal e em topografia de mediastino anterior, além da ausência de sintomas e do achado radiológico casual, mimetizou a presença de um timoma. Conclusão: A presença de um tumor fibroso de pleura é um achado raro e, memetizando um tumor de timo, é mais raro ainda. Evidencia-se, portanto, nos achados de massas mediastinais a necessidade de diagnóstico diferencial com o tumor fibroso de pleura.

CODIGO DO TRABALHO: 1271

TÍTULO DO TRABALHO: TORACOPLASTIA ? Fistula tardia de coto brônquico pós-pneumonectomia por tuberculose

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCELO CUNHA FATURETO1; JOAO PAULO VIEIRA DOS SANTOS1; LUCAS FABIANO GARCIA LEITE1; DOMINIQUE AGUIAR BARBOSA PRADO1; ESTELA HERCOS FATURETO2; MARCELA HERCOS FATURETO2; DIEGO ELIAS DA SILVA CALDEIRA1; RAPHAEL MOREIRA QUEIROZ1. 1. UFTM, UBERABA - MG - BRASIL; 2. UNIUBE, UBERABA - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução:Antes do surgimento dos fármacos antituberculose, o repouso e a colapsoterapia eram os tratamentos disponíveis para a tuberculose pulmonar. Em 1821, James Carson, na Inglaterra, foi o primeiro a defender o uso do pneumotórax para tratamento da tuberculose. A toracoplastia nas suas diversas variações técnicas, foi empregada inicialmente em 1880, com a retirada de arcos costais e consequentemente colapsos de áreas cavernosas nos pulmões tuberculosos. Somente em 1935, Alexander estabeleceu os princípios utilizados até a atualidade: toracoplastia póstero-lateral, com desabamento completo do hemitórax após a ressecção dos arcos costais e tratamento da fístula brônquica. Ainda que seja uma cirurgia de exceção, mórbida e mutilante, atualmente, tem sua indicação restrita a fístulas aéreas de coto brônquico pós ressecção pulmonar por tuberculose e suas sequelas, neoplasias, empiema e outras afecções supurativas do tórax cujo manejo convencional se torna falível.Relato de Caso:M.F.D, 26 anos, feminina, tratadora de cavalos, natural e procedente de Uberaba-MG. Em 2012, apresentou tuberculose pulmonar tratada que evoluiu com destruição bronquiectásica de todo o pulmão direito. A paciente embora tivesse negativação do escarro por broncoscopia, evoluiu com supurações frequentes, hemoptise de moderada intensidade, consumo e baqueteamento, sendo encaminhada para o Serviço de Cirurgia Torácica do HC-UFTM para realização de pneumonectomia direita em outubro de 2014. A paciente evoluiu estável até julho de 2015, quando apresentou piora clínica e laboratorial, vômica e perda do nível hidroaéreo do hemitórax operado. Confirmou-se, então, a hipótese de fístula do coto brônquico, sendo necessária a confecção de pleurostomia pelas condições críticas da paciente. A paciente permaneceu internada por longa data, necessitando na alta hospitalar, de manutenção de oxigenioterapia domiciliar e suplementação com dieta enteral pela desnutrição. Em 2016, já em franca melhora clínica, encontramos condições para realização de toracoplastia para tratamento da fístula aérea e fechamento da pleurostomia. O procedimento se deu em Julho de 2016, sem intercorrências, com alta hospitalar em bom estado, no 10º dia de pós-operatório, com seguimento ambulatorial.Conclusão:Conclui-se que, para o tratamento das fístulas broncopleurais, são necessários três princípios básicos que são: uma adequada drenagem do espaço pleural, o fechamento da fistula e a obliteração do espaço pleural residual.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1237

TÍTULO DO TRABALHO: TORACOPLASTIA PARA TRATAMENTO DE FÍSTULA BRONCOPLEURAL POS-PNEUMONECTOMIA EM NEOPLASIA PULMONAR DIREITA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCELO CUNHA FATURETO1; JOAO PAULO VIEIRA DOS SANTOS1; LUCAS FABIANO GARCIA LEITE1; DOMINIQUE AGUIAR BARBOSA PRADO1; ESTELA HERCOS FATURETO2; MARCELA HERCOS FATURETO2; DIEGO ELIAS DA SILVA CALDEIRA1; RUBENS PERALTA JR1. 1. UFTM, UBERABA - MG - BRASIL; 2. UNIUBE, UBERABA - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A fístula broncopleural é uma comunicação entre o espaço endobrônquico e a cavidade pleural. Acomete até 10% dos pacientes submetidos à pneumonectomia, com uma média de 3% a 7% em todas as ressecções pulmonares.Relato de Caso:Paciente de 64 anos, masculino, empresário, tabagista 80 a/m; já previamente com endoprótese arterial braquiocefalica direita, teve adenocarcinoma lobar superior direito periférico com invasão de vasos subclávios direitos ? T4NXM0. Foi submetido à radioterapia e quimioterapia com boa resposta. Em reestadiamento ? PET-TC, baixou para T3cNXcMXc. A mediastinoscopia foi negativa. Foi realizada lobectomia superior direita ? T2pN0M0. Após terceiro mês apresentou hemoptise e expectoração purulenta. A TC de tórax mostrou cavitação volumosa nos lobos remanescentes. Lavado e biópsias não confirmaram tuberculose, mas devido a não resposta aos antibióticos usuais foi introduzido esquema RIPE. Houve melhora parcial, mas permanecia a hemoptise e a supuração persistente com tosse incoercível. Foi proposta a totalização da ressecção após leve melhora clinica. Durante a ressecção houve sangramento abundante por laceração braquiocefálica com exposição do stent. A totalização foi abreviada por instabilidade grave. No pós-operatório imediato foi constatado volumoso coágulo torácico retido. Foi necessária a videotoracoscopia para resolução. No 7º pós-operatório o paciente recebeu alta hospitalar, em boas condições. Após quarto mês apresentando expectoração purulenta e perda ponderal e redução do velamento torácico direito, uma broncofibroscopia evidenciou coto brônquico direito longo, e com fistula de 3 mm. Foi indicada a toracostomia aberta com controle da supuração e suporte nutricional enteral. Houve melhora, pouca expectoração, e após 90 dias foi feita a toracoplastia e reamputação do coto brônquico. Manteve-se bem por 4 semanas e nova supuração sobreveio. Foi constatada fistula de 1 mm no novo coto. Pela cicatriz do dreno posterior manteve o trajeto com dreno 34. O paciente evoluiu bem e após 60 dias foi constatado fechamento total da fístula e o dreno foi retirado progressivamente. Não houve mais intercorrências e o paciente voltou a atividade laboral.Conclusão:Conclui-se que, para o tratamento das fístulas broncopleurais, são necessários três princípios básicos que são: uma adequada drenagem do espaço pleural, o fechamento da fistula e a obliteração do espaço pleural residual.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 738

TÍTULO DO TRABALHO: TORACOTOMIA EXPLORADORA POR ABSCESSO SEM PNEUMONIA COM DECORTICAÇÃO PULMONAR E PLEURECTOMIA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ERIC DE OLIVEIRA SOARES JÚNIOR; TÁSSYLLA CAROLINE FERREIRA PEREIRA; PATRICK NUNES BRITO; JULIANE LOPES DO NASCIMENTO; YURI GUILHEM RACHID JAUDY; JOÃO MANOEL SANTOS BOTELHO; VÍCTOR SOUSA SILVA; HUGO WEYSFIELD MENDES. ITPAC, ARAGUAINA - TO - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: As infecções do espaço pleural secundárias a procedimentos cirúrgicos torácicos são responsáveis por aproximadamente 20% de todos os casos de empiema pleural, traumatismo torácico representa a terceira causa mais comum. Na tentativa de impedir a cronificação do processo infeccioso e curar o empiema, técnicas foram propostas,a descorticação pulmonar precoce com pleurectomia parietal, para os casos em que não resolvessem com drenagem fechada, através de toracotomia convencional.CASO CLINICO: Masculino, 42 anos, vitima de perfuração por arma branca antigo (25 dias) com necessidade de toracostomia em selo d?agua, admitido sob o diagnostico inicial de empiema pleural pelo quadro de febre, dispneia leve e dor em hemitorax esquerdo com 10 dias de evolução e ao exame físico, taquipneico , hipotenso hipocorado, murmúrio vesicular diminuído em hemitorax esquerdo e abolido na base, com hipofonese nos focos aórtico e pulmonar .Ao exame laboratorial, hematócrito 22,5 % e a hemoglobina 7,32gd/L seguido de transfusão de hemoderivados. A radiografia apresentou hipotransparência em superfície ocupando parte do hemitórax afetado. Paciente é encaminhado a cirurgia de toracotomia exploratória, e realização da decorticação pulmonar. Paciente em decúbito lateral direito, sob anestesia geral, e iniciada a toracotomia lateral por planos guiada por vídeo , onde foi feito o inventario da cavidade com empiema pleural fase III na região posterior em seguida a táticas cirúrgicas ulilizadas foram: decorticação pulmonar parcial e pleurostomia posterior com maturação logo após foi realizada sutura por planos e curativo . Ao termino do procedimento cirúrgico o paciente foi encaminhado para a enfermaria fazendo uso de antibióticos, analgésicos e com hidratação endovenosa. O pós operatório decorreu de forma tranquila, onde houve relatos de dor na ferida operatória que no primeiro dia continha uma bolsa de karaya com pequena quantidade de secreções sanguinolenta, diurese e evacuações preservadas, seguindo então após dias para alta. CONCLUSÃO: A decorticação pulmonar com pleurectomia realizadas através da toracotomia tem apresentado um bom resultado para o tratamento de empiema pleural na fase III, e permite uma avaliação ampla da cavidade pleural e do parênquima pulmonar, sendo possível desfazer lojas pleurais, com a utilização de um orifício menor, porém sem o risco de fechamento precoce no pós operatório.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2910

TÍTULO DO TRABALHO: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE MEDIASTINITE SECUNDÁRIA A FARINGOAMIGDALITE: ABORDAGEM CONJUNTA CERVICAL E TORÁCICA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ARETUSA KRUCHINSKI1; PATRÍCIA MORAES2; MARCOS GUILHERME TIBES PAULETTI2; GUILHERME ZAPPELINI ZANETTE2; FABRICIO STRAPASSON2; SAMIR ABU EL HAJE3; JOEL ANTONIO BERNHARDT3; GUSTAVO NUNES BENTO3. 1. HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN, BALNEARIO CAMBORIÚ - SC - BRASIL; 2. HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN, BALNEARIO CAMBORIU - SC - BRASIL; 3. HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN, BALNEÁRIO CAMBORIÚ - SC - BRASIL.

RESUMO:
A mediastinite é uma infecção grave, usualmente polimicrobiana. A maioria desenvolve-se a partir de uma esternotomia, perfuração esofageana, trauma, ingestão de corpo estranho ou neoplasia. A mediastinite necrotizante descendente é distinguida das demais por originar-se na orofaringe ou de focos dentários, espalhando-se nos espaços fasciais, descendo ao mediastino. O espaço retrofaringeo drena diretamente para o mediastino posterior, e corresponde a 70% dos casos de mediastinite causada por infecções orofaringeas. A antibioticoterapia está consolidada como parte do tratamento, já o manejo cirúrgico ideal ainda é controverso, variando de drenagem cervical à abordagem torácica.L.A.P.L., 45 anos, tabagista, etilista, história de odinofagia à direita há quatro dias. Evoluiu com disfagia, febre, edema e hiperemia em região cervical até região superior do tórax. Oroscopia prejudicada por dificuldade de abertura bucal. TC face (12/01/17) evidenciou conteúdo hipodenso no interior do pilar amigdaliano e glândula submandibular direitos. Sinais inflamatórios envolvendo planos músculo adiposos do pescoço à esquerdo. TC tórax sem alterações. Antibioticoterapia e drenagem cirúrgica de abscesso periamigdaliano à direita e de abscesso submentoniano em 13/01/17. Após três dias evoluiu com dor cervical e supraclavicular à esquerda, leucocitose com desvio. No dia seguinte melhora da dor cervical, piora da dor torácica e crepitação à esquerda. Escalonamento de antibióticos. Nova TC pescoço com coleções hipodensas na glândula submandibular direita, pequenas coleções em planos músculo adiposos em pescoço à esquerda, até mediastino superior, extenso enfisema. Reabordagem em 17/01/17, drenagem de secreção purulenta em níveis I a VI à direita e I à esquerda; fáscia pré vertebral com grande quantidade de pus do danger space a mediastino superior. Videotoracoscopia com drenagem espontânea de secreção purulenta em ápice esquerdo. Mediastinotomia com drenagem de secreção purulenta e toracostomia com drenagem pleural fechada à esquerda.Após quatro dias mantinha leucocitose com desvio, febre; reescalonado antibiótico. Após décimo dia afebril, diminuição da drenagem purulenta em ferida operatória, melhora laboratorial. Retirado dreno de tórax. Alta hospitalar em 20/02/17.Apesar de não ser uma patologia comum, a mediastinite descendente é uma infecção grave, com taxas de mortalidade de até 40%. O diagnóstico precoce, evitando atrasos terapêuticos é crucial para a boa evolução do quadro.

CODIGO DO TRABALHO: 745

TÍTULO DO TRABALHO: Tumores de Parede Torácica Diagnóstico e Tratamento de 52 casos

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: VINICIUS BASSO PRETI; GERARDO CRISTINO GAVARRETE VALLADARES; FLAVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASICH; TARIANE FRIEDRICH FOIATO; JESSICA TAKAKI. HOSPITAL ERASTO GAERTNER, CURITIBA - PR - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Avaliar resultados cirúrgicos e oncológicos de pacientes com tumor de parede torácica submetidos à toracectomia.Métodos: Estudo retrospectivo de análise de prontuários de pacientes com tumor de parede torácica tratados com toracectomia entre os períodos de 1998 à 2013. Os dados analisados foram idade, sexo, apresentação clínica, histologia, técnica cirúrgica, complicações agudas, mortalidade, prevalência da recorrência, metástase à distância, tratamento adjuvante, sobrevida em no mínimo 5 anos.Resultados: A média de idade dos pacientes do nosso estudo foi de 39,8 anos, sendo em sua maioria do sexo masculino com 58%. Os tipos histológicos mais encontrados foram lipoma, osteossarcoma, Schwanomma e teratoma imaturo, cada um apresentando 3 casos. A principal modalidade de tratamento aplicada foi a cirurgia exclusiva, indicada em 67% dos casos, e a principal complicação foi a infecção de ferida operatória com incidência de 6%. O tipo de reconstrução mais empregado para o fechamento do defeito cirúrgico foi fechamento por primeira intenção em 25 pacientes, seguido do retalho miocutâneo com rotação do músculo grande dorsal em 22 casos. Houve recidiva local em 3 pacientes e em 11 pacientes houve progressão de doença com aparecimento de metástases em pulmão, ossos, SNC e fígado. Foi avaliada a sobrevida em 5 anos apresentando 34,6% dos pacientes vivos sem doença, 13,4% vivos, porém com doença em atividade e aproximadamente 20% foram à óbito.Conclusão: Cirurgia com ressecção ampla de margens é considerado técnica segura e efetiva para tratamento de tumores de parede torácica com morbidade e mortalidade aceitáveis quando comparados com a literatura.Bibliografia: Leuzzi G, Nachira D, Cesario A, Novellis P, Ciavarella LP, Lococo F, et al. Chest wall tumors and prosthetic reconstruction: A comparative analysis on functional outcome. ThoracCancer. 2015;6(3):247?54.Bagheri R, Haghi SZ, Kalantari MR, Attar AS, Salehi M, Tabari A, et al. Primary malignant chest wall tumors: analysis of 40 patients. J Cardiothorac Surg [Internet]. 2014;9(1):106. Koenigkam-Santos M, Sommer G, Puderbach M, Safi S, Schnabel PA, Kauczor H-U, et al. Primary intrathoracic malignant mesenchymal tumours: computed tomography features of a rare group of chest neoplasms. Insights Imaging [Internet]. 2014;5:237?44. Kucharczuk JC. Chest Wall Sarcomas and Induction Therapy. Thorac Surg Clin [Internet]. Elsevier Inc; 2012;22(1):77?81.

CODIGO DO TRABALHO: 966

TÍTULO DO TRABALHO: USO DE CATETER PLEURAL DE LONGA PERMANÊNCIA PARA TRATAMENTO DE DERRAMES PLEURAIS NEOPLÁSICOS. EXPERIÊNCIA INICIAL.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: SILVIA CAROLINE NEVES RIBEIRO1; IGOR RENATO LOURO B. DE ABREU2; FERNANDO CONRADO ABRÃO2; MARIA GABRIELA CARVALHO CAVALCANTE3; JOAO HENRIQUE GODOY RODRIGUES4; FELIPE DOURADO MUNHOZ4. 1. HOSPITAL SANTA MARCELINA, SAO PAULO - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 3. HOSPITAL SÃO CAMILO UNIDADE SANTANA - SP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 4. FACULDADE SANTA MARCELINA, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Avaliar a segurança e viabilidade do uso de cateteres pleurais de longa permanência (CPLP) em pacientes com derrame pleural neoplásico (DPN). Relatar a experiência inicial do nosso grupo com este tipo de tratamento.Métodos: Efetuada coleta prospectiva de dados dos pacientes com DPN submetidos à implantação de CPLP entre janeiro de 2014 e julho de 2015 no Hospital Santa Marcelina - Itaquera. Todos os pacientes submetidos a CPLP tinham expectativa de vida superior a 30 dias, conforme ?guidelines? da British Thoracic Society para tratamento de DPN. Os dados coletados compreendiam gênero, idade, índice de massa corpórea, sítio primário da neoplasia, duração da drenagem e complicações do procedimento, tempo de hospitalização, recorrência de derrame pleural e ocorrência de pleurodese espontânea.Resultados: Dezenove pacientes foram submetidos ao implante de CPLP durante o período do estudo. A mediana de sobrevida global foi 145 dias após implantação do CPLP. A mediana do seguimento destes pacientes foi de 125 dias (intervalo de 53 à 485 dias) e a mediana do tempo de permanência com cateter pleural foi de 31 dias (intervalo de 2 a 126 dias). Complicações relacionadas ao cateter ocorreram em 5 pacientes (26,2%) e pleurodese espontânea foi observada em 8 (42%). Entre esses 8 casos de pleurodese espontânea, foi possível retirar o cateter entre 30º dia e 126º dia de tratamento em 4 pacientes. Em 4 pacientes a pleurodese espontânea ocorreu no primeiro mês de tratamento.Conclusão: O uso de cateter pleural de longa permanência parece ser viável e seguro em pacientes com derrame pleural neoplásico.Referências BibliográficasMusani AI, Haas AR, Seijo L, Wilby M, Sterman DH. Outpatient management of malignant pleural effusions with small-bore, tunneled pleural catheters. Respiration 2004;71:559?566.Tremblay A, Michaud G. Single-center experience with 250 tunnelled pleural catheter insertions for malignant pleural effusion. Chest 2006; 129:362?368.Tremblay A, Mason C, Michaud G. Use of tunnelled catheters for malignant pleural effusions in patients fit for pleurodesis. Eur Respir J 2007;30:759 ?762.Qureshi RA, Collinson SL, Powell RJ, Froeschle PO, Berrisford RG. Management of malignant pleural effusion associated with trapped lung syndrome. Asian Cardiovasc Thorac Ann 2008;16:120 ?123.Warren WH, Kalimi R, Khodadadian LM, Kim AW. Management of malignant pleural effusions using the Pleur(x) catheter. Ann Thorac Surg 2008;85:1049 ?1055.

CODIGO DO TRABALHO: 563

TÍTULO DO TRABALHO: Abordagem cirúrgica da síndrome do ligamento arqueado mediano: relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCELINO QUAGLIA MORATO; MARIA VITÓRIA CURY VIEIRA SCATIMBURGO; RODRIGO SADER HECK; CIRO CARNEIRO MEDEIROS; DECIO LUIZ SILVA MAZZINI; BENEDICTO MÁRCIO VILLAÇA. UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução:A síndrome de compressão do tronco celíaco ou síndrome do ligamento arqueado mediano (SLAM) é uma condição rara e que foi descrita pela primeira vez por Harjola, em 1963. É mais comum dos 20 aos 40 anos e resulta da compressão do tronco celíaco por uma banda fibrosa do diafragma, chamado de ligamento arqueado mediano. Na grande maioria das vezes é assintomática, porém pode cursar com quadros de cólica abdominal intensa, principalmente pós prandiais. O tratamento consiste na ressecção das fibras do ligamento arqueado mediano por laparoscopia ou laparotomia. Apresentamos o caso de um paciente diagnósticado com sindrome do ligamento arqueado mediano devido a um achado incidental em exame de imagem, de início assintomático e com posterior evolução para epigastralgia pós prandial, para a qual foi realizado videolaparoscopia.Relato de caso:Masculino, 19 anos, procurou o pronto socorro devido à dor precordial não anginosa, contínua e sem relação aos esforços. Realizou ecocardiograma para investigação de pericardite viral aguada, no qual foi evidenciada estenose proximal de um dos ramos da aorta abdominal e descartado a hipostese de pericardite. Ambulatorialmente, ultrassonografia de aorta abdominal evidenciou sinais de estenose na emergência do tronco celíaco e a angiotomografia computadorizada completou o diagnóstico da SLAM, com achados de estenose do tronco celíaco em óstio e ectasia pós estenótica de aspecto ?em gancho?. No inicio apresentava-se assintomático, mas após 6 meses evoluiu com colicas abdominal frequentes, principalmente no período pós prandial. A cirurgia foi realizada eletivamente e o ligamento arqueado mediano dissecado por via laparoscópica, sem intercorrencias, tendo alta. Após 1 mês, retornou com quadro de dor abdominal, para a qual foi realizado videolaparoscopia diagnóstica e evidenciado coleção intra-abdominal de pequeno volume. A coleção foi lavada e drenada e o paciente internado em enfermaria. Durante 5 dias fez uso de antibióticos e evoluiu bem clinicamente, sendo liberado. Faz acompanhamento regular em ambulatório de vascular e nega queixas relacionadas à SLAM.Conclusão:Apesar da síndrome do ligamento arqueado mediano em sua grande maioria se apresentar de forma assintomática, alguns casos podem evoluir com sintomatologia, principalmente dor epigástrica e então a cirurgia deve ser indicada. Temos na videolaparoscopia uma excelente opção e com resultados satisfatórios.

CODIGO DO TRABALHO: 2609

TÍTULO DO TRABALHO: Abordagem cirúrgica em paciente com cardiopatia congênita devido à rubéola perinatal

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DOUGLAS AKIHIRO TUNGUI; FRANCISCO MAMEDE JOHNSON DE AQUINO FILHO; AUGUSTO LUIZ LIRA SOUZA; SARAH MARIA DE SOUSA FEITOZA; EVERTON ALENCAR MOURA; ANTONIO LUCAS ALBUQUERQUE DE SABOIA; VALÉRIA FONTENELE MARQUES; LEVI CARVALHO E SILVA. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ CAMPUS SOBRAL, SOBRAL - CE - BRASIL.

RESUMO:
A Síndrome da Rubéola Congênita (SRC) é importante causa de malformações fetais, atingindo mais de 80% dos neonatos quando adquirida no 1º trimestre de gestação. Neste caso, será relatada a abordagem cirúrgica de uma paciente com múltiplas complicações cardiovasculares devido à SRC.Paciente: R.C.S., feminino, 22 anos, natural de Iporanga-CE.Admissão: Dispnéia grau 2 na escala NYHA; 1,38m; 31kg; IMC 16,3; 110x60mmHg; 103bpm; 12irpm; 100%SpO2; 32,4 oC.HDA: Paciente apresenta, desde o nascimento, surdez e defeitos anatômicos cardíacos relacionados à rubéola adquirida pela mãe no período gestacional. Aos 2 anos de idade, a paciente foi submetida a um procedimento de plastia valvar aórtica, porém o espaço mediastinal, bem como coração e grandes vasos desta região, não obtiveram um crescimento satisfatório com relação ao desenvolvimento do restante do organismo. Por conseguinte, o débito cardíaco é insuficiente para suprir a demanda orgânica, evidenciado pelo quadro dispnéico aos médios esforços.Comorbidades: HAS diagnosticada há 1 ano. Sem história familiar de doença cardiovascular.ECG: Sinusal e sem alterações relevantes.ECO: FE de 65,31%; espessura da parede VE de 6mm; espessura do SIV de 6mm; diâmetro diastólico de 40mm; diâmetro sistólico de 24mm; volume diastólico final de 105,66 ml; volume sistólico final de 36,65 ml.Detalhes Gerais do Procedimento: data 11/07/2016; cirurgia eletiva; correção cirúrgica de doença valvar de caráter anatômico.Detalhes da Circulação Extracorpórea (CEC): tempo de CEC 105 minutos; tempo de anóxia 95 minutos; cardioplegia com solução sanguínea, resfriada, sentido anterógrado e fluxo intermitente. Detalhes do Procedimento: ampliação de via de saída de VE com troca valvar (ressecção de musculatura hipertrófica do VE; ressecção de membrana subaórtica; ampliação de anel aórtico com patch do pericárdio bovino tipo monoguian; troca valvar aórtica por prótese biológica de diâmetro 21mm).Detalhes de Alta: creatinina pós-op 0,74 mg/dl; paciente evolui sem intercorrências; tempo de internação total de 7 dias.Prescrição de Alta: Losartana, Espironolactona, Dipirona, AASRetorno: Retornou às consultas de 1 e 3 meses de pós-operatório sem intercorrências.Apesar do mau prognóstico associado à SRC, a abordagem cirúrgica bem sucedida reitera a importância de desenvolver procedimentos que reduzem sua morbimortalidade. A abordagem cirúrgica é muitas vezes imprescindível para garantir qualidade de vida ao portador de doença considerada incurável.

CODIGO DO TRABALHO: 1508

TÍTULO DO TRABALHO: Abordagem endoscópica X aberta de Lesão da Artéria Axilar decorrente de Fratura Proximal de Úmero: Relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GUSTAVO GOMES GRATEKI1; ISABELA SOARES FONSECA BATISTA2; CLARA ANTUNES FERREIRA2; JÚLIA AGUIAR RATH1; RENATA SOUSA DE CASTRO1; IGOR CARVALHO RIBEIRO DA FONSECA1. 1. FACULDADE DE MEDICINA DE BARBACENA, BARBACENA - MG - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Fraturas proximais de úmero (FPU) são encontradas na prática ortopédica, raramente associadas a lesões neurovasculares. A lesão da artéria axilar (LAA) é incomum, principalmente em casos de fratura do ombro. Sua localização, envolta pelo manguito rotador, pode explicar a baixa incidência de traumas dessa estrutura. Porém, a proximidade anatômica da cabeça do úmero com essa artéria a torna vulnerável. O diagnóstico precoce é importante a fim de evitar complicações da lesão. A complexidade anatômica dessa região pode tornar o tratamento de lesões traumáticas nessa região desafiador. O objetivo desse trabalho é relatar um caso de LAA por FPU, bem como seu tratamento, comparando a abordagem endoscópica e aberta da revascularização. Relato de Caso: Apresenta-se o caso de um paciente de 33 anos, sexo masculino, vítima de queda com trauma na extremidade proximal do úmero direito, com ausência de pulso distal à lesão e sem alteração sensitiva da área afetada. Foi realizada angiotomografia de tórax e arteriografia, que confirmaram trombose da artéria axilar. Indicou-se revascularização via endoscópica sem sucesso. Realizou-se, então, revascularização endoscópica por via aberta com ressecção e uso da veia safena magna para enxerto, trombolectomia com cateter Fogarty número 4 e anastomose término lateral entre a safena magna invertida e a artéria axilar. Após os procedimentos de revascularização, correção da fratura e posterior recuperação, o paciente retornou aos hábitos normais sem sequelas.Conclusão: Devido a raridade da associação entre esses traumas, a lesão de artéria axilar pode ser facilmente negligenciada, principalmente em fraturas sem sintomatologia pronunciada. Apesar de ampla rede colateral na articulação do ombro, a não correção desse tipo de lesão pode ser catastrófica. Além disso, a complexidade anatômica dessa região torna trabalhoso o tratamento desse tipo lesão, o que exige habilidade do cirurgião.

CODIGO DO TRABALHO: 552

TÍTULO DO TRABALHO: Agenesia de Carótida Interna Direita: um relato de caso de uma paciente oligoassintomática

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CLÓVIS LUÍS KONOPKA; ISABELA DUARTE E SOUZA; DANIELE MARCHET. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, SANTA MARIA - RS - BRASIL.

RESUMO:
A agenesia da artéria carótida interna é uma anomalia vascular congênita extremamente rara que incide em menos de 0,01% da população. Geralmente, seu curso é assintomático, embora já existam manifestações clínicas descritas na literatura, como eventos isquêmicos, hemorragias intracranianas, convulsões, entre outros. Descritas poucas vezes na literatura, as anomalias congênitas, do tipo aplasia ou agenesia, da circulação cerebrovascular extracraniana foram referidas, primeiramente, por Tode, em 1787, durante autópsia e, clinicamente, por Verbiest, em 1954, após realização de angiotomografia. Este trabalho visa a caracterizar esta má formação congênita através da apresentação de um relato de caso de uma paciente, de 46 anos, com agenesia unilateral da artéria carótida interna direita, oligoassintomática, cujo o diagnóstico foi realizado após consulta neurológica devido à queixa principal de cefaléia hemicraniana ipsilateral. Ao exame físico, encontrava-se normotensa, sem sopros cervicais ou sinais neurológicos focais. Inicialmente, submeteu-se à tomografia computadorizada de crânio que resultou normal e ao ecocolordoppler de artérias carótidas e vertebrais que sugeriu a presença de hipoplasia ou agenesia de artéria carótida interna direita. Diante disso, submeteu-se à angiotomografia de artérias carótidas e vertebrais que ratificou o exame anterior e evidenciou afilamento abrupto e regular imediatamente após o bulbo, notando-se acentuada hipoplasia/agenesia do canal carotídeo. Identificou-se a presença de um delgado calibre da artéria carótida interna direita em seu segmento petroso, alimentada por colaterais a partir de ramos da carótida externa direita, com recanalização parcial no sifão carotídeo, associada à boa contrastação da artéria cerebral média direita, a partir do polígono de Willis. Concluiu-se que, embora raras e frequentemente assintomáticas, as disgenesias de artéria carótida interna superam as curiosidades anatômicas: seu diagnóstico tem implicação prática nas endarectomias e aneurismas cerebrais, já que aumentam o risco cirúrgico devido à possibilidade de uma única ACI estar suprindo ambos os hemisférios cerebrais e, portanto, torna-se mandatório seu reconhecimento prévio no pré-operatório. Além disso, clinicamente, seu reconhecimento é relevante para realização de diagnóstico diferencial com a doença aterosclerótica carotídea, pela associação com aneurismas intracranianos e para o esclarecimento dos casos de embolia cerebral paradoxal.

CODIGO DO TRABALHO: 1947

TÍTULO DO TRABALHO: ANEURISMA DE AORTA TORÁCICA DESCENDENTE ASSOCIADA A ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL- RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ROLANDO GUTIERREZ ROSALES1; ANA BARBARA FELICIANO SOUZA SANTOS1; REMY FARIA ALVES2; RANGEL DE SOUSA1; LILIAN CRISTHIAN FERREIRA DOS SANTOS ROCHA2; JULIANNA ARAÚJO DA COSTA LEITE1; BENITO ROLANDO GUTIERREZ ROSALES2; ARIEL HERNANDEZ GUTIERREZ3. 1. ITPAC ARAGUAINA, ARAGUAINA - TO - BRASIL; 2. HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAINA, ARAGUAINA - TO - BRASIL; 3. PAM, RIO BOM - PR - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O Aneurisma de aorta torácica (AAT) é a causa mais comum de doença da aorta que necessita de intervenção cirúrgica. A principal etiologia é a doença aterosclerótica, podendo ser secundários a trauma torácico, infecção ou doenças do tecido conectivo. Outros fatores são idade acima de 60 anos, sexo masculino, história familiar, tabagismo e hipertensão. Tendem a evoluir de forma assintomática e os sintomas estão relacionados à rotura, à dissecção ou ao acometimento de estruturas adjacentes. A evolução lenta permite grande crescimento sem presença de diagnóstico. Relato de Caso: Paciente feminino, 74 anos, iniciou em 2015, quadro de dor constritiva em hemitórax direito, sem irradiação, associada à dispneia após moderados esforços. Apresentava DM II e HAS, ambas medicadas. Foi realizada TC de tórax que evidencio AAT descendente. Ao exame físico sem alterações relevantes, com exceção do abdome que apresentava dor leve à palpação profunda em região epigástrica. Ao início decidiu-se por tratamento conservador com segmento clínico e exames de imagens nas quais também foi identificado um Aneurisma de Aorta Abdominal (AAA) e diagnostico de DPOC e Hipotireoidismo. Devido as comorbidades e o crescimento do aneurisma foi optado por realizar o tratamento endovascular de AAT com colocação de endoprótes. A escolha pela intervenção do AAT e não pelo de AAA, se deve a maior chance de ruptura da AAT. A técnica envolveu inguinotomia direita com dissecção da artéria femoral comum. Punção femoral sob visão direta, sendo realizada arteriografia antes do procedimento com visualização do aneurisma e preparo para colocação da endoprótese colocada imediatamente após a origem da subclávia e terminando aproximadamente 5 cm após o aneurisma. Realizado arteriorrafia, sutura da ferida e curativo. A paciente recebeu alta 48 horas após a cirurgia, respondendo bem ao pós-operatório. Conclusões: A rotura de AAA descen-dente é uma situação grave e habitualmente fatal. Estima-se que mais de 80% dos doentes morra antes de chegar ao contexto hospitalar. As operações sobre esse segmento da aorta apresentam morbimortalidade elevada em função das complicações relacionados à isquemia medular e visceral. Através do advento dos stents de aorta, existe hoje a possibilidade de resolução com diminuição da mortalidade e recuperação precoce dos pacientes. A indicação cirúrgica dependerá dos sintomas ou do diâmetro transversal da aorta.

CODIGO DO TRABALHO: 2005

TÍTULO DO TRABALHO: Aneurisma Roto de Aorta Torácica Descendente: Relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CLEINALDO DE ALMEIDA COSTA1; PEDRO HENRIQUE DA SILVA GOMES2; EMANOEL NASCIMENTO COSTA1; CARLOS VICTOR DE ALMEIDA LUZ2; JESSICA CORREIA DE OLIVEIRA2; ISABELLE NASCIMENTO COSTA2. 1. UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS, MANAUS - AM - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMZONAS, MANAUS - AM - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoCom incidência anual de 6 a 10 casos para cada 100.000 pacientes, o Aneurisma da Aorta Torácica (AAT) acomete porções variáveis da aorta torácica. Dissecções ou roturas são complicações graves, evoluindo geralmente para quadros de hipotensão, choque e óbito. O estudo relata um caso de aneurisma roto de aorta torácica descendente em paciente idosa submetida a tratamento endovascular.Relato de casoPaciente do sexo feminino, 81 anos, portadora de doença pulmonar obstrutiva crônica e hipertensão arterial sistêmica e Tabagismo prévio, chegou ao pronto-socorro queixando dor torácica e dispneia, sendo diagnosticada com pneumonia comunitária. Durante a internação, foi submetida à tomografia computadorizada (TC) de tórax (Figura 1), que demonstrava imagens sugestivas de AAT e hemotórax à direita. Solicitou-se avaliação do cirurgião vascular que, por meio de Angiotomografia, confirmou o diagnóstico de AAT Descendente roto, parcialmente trombosado de paredes calcificadas, medindo aproximadamente 12 cm x 9,5 cm e colos proximal e distal de 5,1 cm e 6,2 cm (Figura 2) e, considerando as características anatômicas do aneurisma e quadro clinico da paciente, optou-se por tratamento endovascular. Dois dias após o achado, a paciente foi transferida para o setor de hemodinâmica e submetida a dissecção extra-peritoneal de artéria ilíaca comum esquerda e anastomose término-lateral com prótese de Dacron 8 mm, permitindo a passagem de endoprótese aórtica torácica 12F com ?Free-Flow? e subsequente posicionamento logo abaixo da artéria subclávia esquerda, estabelecendo o fluxo. (Figura 3). Após, a paciente seguiu para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Evoluindo, no 4º dia de Pós-operatório (PO), com rebaixamento do nível de consciência secundária à taquipneia, desequilíbrio acidobásico, insuficiência respiratória e derrame pleural bilateral. Iniciou-se antibioticoterapia com posterior melhora clínica. Recebeu alta da UTI no 13º dia de PO, apresentando-se lúcida, normotensa, diurese presente e saturação arterial de oxigênio em ar ambiente a 98%.ConclusãoO AAT roto constitui um dos maiores desafios para o cirurgião vascular. Este relato demonstrou uma das técnicas endovasculares mais delicadas, permitindo uma boa evolução do paciente, sem complicações relacionadas ao método.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1317

TÍTULO DO TRABALHO: ANGIOSSARCOMA DE EXTREMIDADE

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DIEGO ELIAS DA SILVA CALDEIRA; LUCAS FABIANO GARCIA LEITE; TASSIANA CAROLINE BORGES RIBEIRO SEVERINO; JOAO PAULO VIEIRA DOS SANTOS; DOMINIQUE AGUIAR BARBOSA PRADO; PAULA AVELAR MARQUEZ; EDYANE TEIXEIRA LEITE; BEATRIZ AFFONSO DE CAMARGO ARANHA. UFTM, UBERABA - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Angiossarcoma é um tumor raro de origem endotelial vascular ou linfática que se origina em tecidos moles, pele e órgãos sólidos. A neoplasia tem distribuição similar entre os gêneros e mais comum em faixas etárias mais avançadas. O angiossarcoma subdivide-se em: cutâneo primário, associado a linfedema, induzido por radiação, entre outros. A prevalência da forma cutânea da doença é maior em idosos brancos do sexo masculino e acomete comumente a cabeça e o pescoço. Angiossarcomas no geral apresentam sobrevida de 35% em 5 anos, tem tendência a serem agressivos com alta taxa de recorrência local e freqüentemente multicêntricos. Estágios avançados de apresentação da neoplasia e ressecção não adequada estão associados à alta recorrência e taxa de metástase com piora da sobrevida.Relato de Caso: C.L.L 63 anos, natural de Medeiros-MG, procedente de Araxá- MG deu entrada no Pronto Atendimento do HC-UFTM devido à sangramento ativo da tumoração presente em região proximal de antebraço direito. Relata que há 2 anos notou pequeno nódulo indolor em cotovelo direito, não relacionado à trauma prévio. A tumoração teve crescimento expansivo desde então. Paciente referiu que aquele fora o primeiro episódio de sangramento, que iniciara há cerca de 10 dias com piora há 12 horas da admissão, levando-o à instabilidade hemodinâmica. Estando estável o paciente, optou-se por realizar biópsia por congelação, que evidenciou proliferação vascular sem atipias associada à necrose e inflamação subjacente a epitélio escamoso reativo. Diante das análises histológicas e do sangramento ativo da lesão, prosseguiu-se a exérese da massa. À macroscopia, verificou-se tumor de 1,523g, dimensões de 18x16x8 cm com ulceração central de 10x6,5cm. A microscopia sugeriu neoplasia fusocelular maligna de alto grau, associada à extensa hemorragia antiga, necrose, inflamação crônica e aguda compatível com angiossarcoma subtipo de células fusiformes que comprometia as margens laterais e profundas da ressecção. O estadiamento patológico fornecido de acordo com a classificação de tumores vasculares foi de pT2a pNX pMX.Conclusão: O tratamento proposto foi a ressecção cirúrgica do tumor devido a extensão da lesão e a instabilidade hemodinâmica apresentada em decorrência da doença de base. O tratamento convencional envolve também terapia adjuvante como aspecto curativo, entretanto devido às condições clinicas apresentadas durante sua internação foi realizado apenas a exérese do tumor e acompanhamento.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1762

TÍTULO DO TRABALHO: ATEROSCLEROSE E FATORES DE RISCO ASSOCIADOS - ATHEROSCLEROSIS AND RISK FACTORS ASSOCIATED: Artigo de Revisão

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOSE WILLIAM VAVRUK. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ, MARINGÁ - PR - BRASIL.

RESUMO:
RESUMOA instalação da aterosclerose é gradual e degenerativa, conduzindo o paciente ao bloqueio arterial em razão do aumento e concentração de lipídeos (principalmente colesterol) nas paredes endoteliais. A conseqüência clínica à instalação da aterosclerose consiste no surgimento de danos a órgãos vitais, bem como pode conduzir o paciente ao óbito. Palavras-chave. Aterosclerose. Bloqueio arterial.Todas as pessoas apresentam um grau mais moderado (inexpressivo), progressivamente crescente de acúmulo de lipídeos nas artérias. Estatisticamente a doença aterosclerótica é responsável por aproximadamente um terço dos óbitos envolvendo infarto agudo do miocárdio e derrame cerebral. Os fatores diretamente relacionados nesta patologia envolve a interação entre os vários fatores de risco cardiovascular (hipertensão arterial, altos valores de colesterol, obesidade, diabetes, falta de exercício, tabagismo e idade avançada) e a predisposição genética do paciente.Fatores indicativos para realização de exames diagnósticos são recomendados em pessoas que possuam um familiar próximo que tenha desenvolvido aterosclerose em idade reduzida. O homem apresenta maior índice de ser acometido por esta patologia ante as mulheres; após a menopausa o risco de aterosclerose aumenta nas mulheres, igualando-se aos homens. ABSTRACT The installation of atherosclerosis is progressive and degenerative, leading the patient to the arterial blockage due to the increase and concentration of lipids (mainly cholesterol) in the endothelial walls. The clinical consequence of the installation of atherosclerosis is the appearance of damage to vital organs and may lead the patient to death.Key words. Atherosclerosis. Arterial blockage.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2934

TÍTULO DO TRABALHO: CARACTERÍSTICAS DOS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS DO APARELHO CIRCULATÓRIO REALIZADOS ENTRE 2012 E 2015 EM JOÃO PESSOA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LUÍVIA FRAGOSO DE BARROS1; IURI DE BRITO NÓBREGA SILVA2; AUTHA MARIA MENDES DE OLIVEIRA1; IRLA ANDRADE DANTAS1; ANNE KAROLLINE MENDES DA SILVA3; RENATA LIMA MEDEIROS2; DAVI LIMA MEDEIROS2; LUIZ GUSTAVO DELGADO DUARTE4. 1. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 3. CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 4. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE CAMPINA GRANDE, CAMPINA GRANDE - PB - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo Analisar o perfil dos procedimentos cirúrgicos relacionados ao aparelho circulatório (AC) nos serviços da cidade de João Pessoa (PB) entre os anos de 2012 a 2015.Método Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, descritivo, com análise quantitativa, em que são apresentadas informações e análises sobre cirurgias do AC, ocorridas em João Pessoa, Paraíba, durante o período de 01 de janeiro de 2012 a 31 de dezembro de 2015, segundo os conteúdos existentes na base de dados Sistema de Informação sobre Internação Hospitalar do Ministério da Saúde.Resultados Foram realizados 7.692 procedimentos, sendo os mais frequentes a angioplastia coronariana com implante de stent (1.420), seguida de revascularização miocárdica com uso de extracorpórea, com dois ou mais enxertos (1.106). Para a realização dos procedimentos, foram gastos, ao total, R$56.783.776 sendo os procedimentos que totalizaram maiores custos a revascularização miocárdica com uso de extracorpórea, com dois ou mais enxertos (R$13.187.364,11) seguida de angioplastia coronariana com implante de stent (R$7.756.259,98). Ao total, foram 34.156 dias de internação, sendo os procedimentos com o maior número de dias de permanência dos pacientes nos serviços, revascularização miocárdica com uso de extracorpórea, com dois ou mais enxertos (11.212 dias) e angioplastia coronariana com implante de stent (5.980 dias), respectivamente.Conclusões O controle de custos não se dá somente no nível de administração hospitalar, mas também no nível mais amplo da administração pública, como campanhas de prevenção às doenças cardiovasculares. Com o conhecimento do perfil dos internamentos cirúrgicos em AC podem ser identificadas particularidades quanto às demandas do serviço, que pode auxiliar gestores de saúde à tomada de decisões no sentido de garantir os princípios preconizados pelo SUS.BibliografiaARMENDARIS, MK; MONTEIRO, PS. Avaliação multidimensional de idosos submetidos à cirurgia cardíaca. Acta Paul Enferm, v. 25, n. 1, p. 122-8, 2012.PINTO JÚNIOR, VC et al. Epidemiology of congenital heart disease in Brazil. Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery, v. 30, n. 2, p. 219-224, 2015.SOUSA, AG et al. Epidemiology of coronary artery bypass grafting at the Hospital Beneficência Portuguesa, São Paulo. Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery, v. 30, n. 1, p. 33-39, 2015.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1209

TÍTULO DO TRABALHO: CIRURGIA DE VARIZES: TÉCNICA CONVENCIONAL VERSUS ABLAÇÃO COM ENDOLASER

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARIANA FERREIRA; BETINA FRANCIOSI; BETINA NEUTZLING; CAROLINE MARCELE MACIEL BERGER; CHRISTIAN FERREIRA; GIOVANNA SORGATO TESSMANN; RENATA ROCCA; TIAGO BLAYA. HOSPITAL ERNESTO DORNELLES, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Varizes são as veias, que, tornaram-se dilatadas, alongadas e tortuosas, apresentando perda de função valvar e alterações da parede associadas à hipertensão venosa. É a sétima patologia crônica mais frequente na espécie humana, com grande demanda para os serviços de saúde.Objetivos: Comparar entre as técnicas convencional e de ablação com endolaser, o perfil dos pacientes submetidos a cada técnica cirúrgica, bem como as principais complicações ocorridas no pós-operatório imediato, tempo cirúrgico e tempo de internação.Métodos: Estudo quantitativo transversal retrospectivo, no qual foram revisados prontuários eletrônicos de pacientes submetidos a cirurgia de varizes no período de 01/09/2015 a 30/09/2016 no Hospital Ernesto Dornelles.Resultados: Foram 126 cirurgias de varizes no período, das quais, 41 foram termoablação a LASER, 47 foram pela técnica convencional com safenectomia e 38 cirurgias foram retiradas das veias tributárias, sem safenectomia, sendo excluídas do estudo. Em ambos os grupos, a maioria é do sexo feminino (78% na cirurgia convencional e 68% na cirurgia a LASER). A média de idade dos pacientes submetidos a termoablação foi maior (65,5 anos contra 55,5 anos da cirurgia convencional) com p Discussão: O tratamento padrão-ouro de varizes com safena magna insuficiente permanece sendo a cirurgia convencional, com dissecção e a fleboextração da veia, pois é a técnica que apresenta a menor taxa de complicações e é amplamente difundida. Novas tecnologias estão surgindo como alternativas ao tratamento convencional, trazendo benefícios como menor tempo de internação, menos dor pós-operatória. Entretanto, cabe lembrar que o índice de complicações ainda é relevante e ainda são necessários ajustes à técnica para diminuir os riscos. Porém, advoga-se que a técnica a LASER será superior à técnica convencional.Conclusão: Concluiu-se que os pacientes operados por termoablação são mais idosos, tem alta hospitalar mais precoce, e houve mais complicações neste grupo, em relação ao grupo de cirurgia convencional.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1197

TÍTULO DO TRABALHO: CORRELAÇÃO ENTRE AMPUTAÇÃO DO MEMBRO INFERIOR E ALTERAÇÕES HISTOLÓGICAS EM ARTÉRIA COM STENT: ANÁLISE MICROSCÓPICA- PROTOCOLO DE ESTUDO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: KASSEM SAMIR SALEH; WALKIRIA HUEB BERNARDI; VALTER CASTELLI JUNIOR. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Analisar as alterações histológicas de artéria do membro inferior com stent, cujo desfecho foi amputação e determinar o quanto isso esteve relacionado às complicações do stent.Método: estudo prospectivo de 20 casos, cujas etapas são:-Extração da artéria com stent no centro cirúrgico-Corte específico da artéria com stent via convênio com o HCor-Análise microscópica pelo Departamento de Patologia da Santa Casa de São Paulo-Comparação entre complicações do stent x stent pérvio, avaliando-se o tempo decorrido entre a implantação do stent e a complicação geradaProtocolo de estudo:-IDENTIFICAÇÃO: nome, sexo, idade, procedência-ANTECEDENTES PESSOAIS GERAIS: Doença carotídea, Hipertensão arterial sistêmica, Diabettes Mellitus, Dislipidemia, Tabagismo, Obesidade, Sedentarismo e Doença cardíaca prévia-ANTECEDENTES PESSOAIS VASCULARES: Tratamento clínico(AAS/estatina); Tratamento cirúrgico: ponte autólogo/heterólogo;stents; número de tratamentos cirúrgicos prévios, artéria doadora / receptora, data da cirurgia-DESFECHO AMPUTAÇÃO: Causa da amputação; Associação à infecção; Trombose do stentConclusão: Avaliar se há correlação entre amputação transfemoral e angioplastia prévia, permitindo que haja uma intervenção cirúrgica antes de ocorrer restenose intra-stent. Essa análise de artéria de membro inferior mostrará se os estudos em artérias coronárias até então descritos na literatura médica podem ainda ser aplicados comparativamente nas artérias de membros inferiores. Se houver diferença de reação endotelial ao stent temporalmente em artérias de membro inferior, um novo protocolo de estudo da Cirurgia Vascular poderá ser criado.
Bibliografia:Matruda CM, Bona Casas C, Keller BK, Tahir H, Dubini G, Hoekstra A, Hose DR, Lawford P, Migliavacca F, Narracott AJ, Gunn J. From histology and imaging data to models for in-stent restenosis. Int J Artif Organs. 2014 Oct;37(10):786-800.Banerjee S, Sarode K, Mohammad A, Gigliotti O, Baig MS, Tsai S, Shammas NW, Prasad A, Abu-Fadel M, Klein A, Armstrong EJ, Jeon-Slaughter H, Brilakis ES, Bhatt DL. Femoropopliteal Artery Stent Thrombosis: Report From the Excellence in Peripheral Artery Disease Registry. Circ Cardiovasc Interv. 2016;9(2)Sanchez OD, Yahagi K, Byrne RA, Mori H, Zarpak R, Wittchow E, Foin N, Virmani R, Joner M. Pathological aspects of bioresorbable stent implantation. EuroIntervention. 2015;11(5):159-65.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1189

TÍTULO DO TRABALHO: Dados epidemiológicos sobre o tratamento de trombose venosa profunda no Sistema Único de Saúde em Londrina no período de agosto de 2015 a agosto de 2016

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANDRÉ JOSÉ YABAR ALFARO1; SILVIA IRLA ALFARO YABAR2; VICTÓRIA GURGEL DE CARVALHO1; LÍCIA INAZAWA DA SILVA1. 1. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ, LONDRINA - PR - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, LONDRINA - PR - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A trombose venosa profunda (TVP) é a oclusão ou obstrução parcial causada por trombo nas veias profundas que ocorre principalmente nos membros inferiores. De maneira geral, há 60 casos de TVP para cada 100.000 habitantes ao ano. Intra-hospitalar, constitui a principal causa de óbitos e também a mais evitável. A principal complicação que contribui com o número de mortalidades é a embolia pulmonar (EP), além disso insuficiência venosa crônica e síndrome pós-trombótica constituem suas as principais complicações.Metodologia: Trata-se de um estudo transversal.Materiais: Os dados referentes a coleta de dados foram obtidos a partir do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).Resultados: Autorização de Internação Hospitalar: 191, sendo 3 em caráter eletivo e 188 em urgência. Média da permanência: 7,4 dias. Houve 7 casos de óbitos, possuindo uma taxa de mortalidade de 3,66. Com o tratamento da TVP o total de valor gasto foi de 107.087,68 reais, valor médio por AIH: 560,67 reais. Discussão: De maneira geral, há 60 casos de TVP para cada 100.000 habitantes ao ano. No entanto, a trombose venosa profunda pode apresentar-se muitas vezes assintomática, fazendo ser necessário o uso de exames complementares laboratoriais e de imagem para seu diagnóstico. Além disso, o score de Wells contribui para previr casos. Seu tratamento varia de acordo com o quadro apresentado, sendo farmacológico ou não. Pode-se observar que o caráter de tratamento de média complexidade das TVP foi majoritariamente em urgência (98,43%). Seu tratamento é de suma importância, uma vez que os pacientes não tratados podem evoluir para embolia pulmonar. No período concomitante da análise do tratamento de TVP em Londrina houve 49 casos de Embolia Pulmonar no município com uma taxa de mortalidade de 12,24.Conclusão: Os dados epidemiológicos do tratamento permitem avaliar a magnitude da TVP e correlaciona-los com a EP, além disso, pode-se notar o seu impacto nos custos na saúde pública permitindo planejar recursos futuros e estimulando sua profilaxia e diagnóstico precoce.
Referências:1.Veiga AGM, Passeri CR, Papini SJ. Tromboembolismo venoso. Rev. Bras. Med. 2014;(1):1?6.2. Bates SM, Jaeschke R, Stevens SM, et al. Diagnosis of DVT: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians EvidenceBased Clinical Practice Guidelines. Chest. 2012;141(2 Suppl):e351S?418S.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2019

TÍTULO DO TRABALHO: DERIVAÇÃO EXTRA-ANATÔMICA NÃO USUAL: ENXERTO TÓRACO-ILÍACO. RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PRISCILLA RIBEIRO DOS SANTOS1; JOSE EMERSON DOS SANTOS SOUZA2; JESSICA CORREIA DE OLIVEIRA2; PEDRO HENRIQUE DA SILVA GOMES2; EMANOEL NASCIMENTO COSTA2; CARLOS VICTOR DE ALMEIDA LUZ2. 1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO FRANCISCA MENDES, MANAUS - AM - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS, MANAUS - AM - BRASIL.

RESUMO:
As reconstruções com derivação da aorta torácica descendente para as artérias ilíacas/femorais são raramente utilizadas quando comparadas às demais técnicas de reconstrução extra-anatômicas do território aorto-ilíaco. Em geral são indicadas para pacientes com abdomens hostis ou infecção de enxertos aórticos. Relatamos um caso de paciente portadora de doença obstrutiva aorto-ilíaca submetida a tratamento cirúrgico através de derivação da aorta torácica descendente para artéria ilíaca externa esquerda associada à derivação cruzada da porção distal do enxerto para a femoral comum contralateral, após oclusão tardia de enxerto aorto-bifemoral prévio.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2347

TÍTULO DO TRABALHO: Diagnóstico e tratamento atual na Síndrome de May-Thurner: revisão de literatura

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CAROLINE CORAZZA. HUST, JOAÇABA - SC - BRASIL.

RESUMO:
A síndrome May-Thurner é uma alteração anatômica que caracteriza-se pela compressão da veia ilíaca comum esquerda pela artéria ilíaca comum direita. A venografia é método diagnostico preferencial. Quando os pacientes tornam-se sintomáticos o tratamento cirúrgico ou endovascular está indicado. Atualmente o tratamento endovascular é o método de escolha, pois foi concluído que há uma melhor recanalização do sistema venoso, com poucos riscos inerente a técnica e um menor tempo de internação. O projeto tem como objetivo realizar uma revisão bibliográfica sobre o diagnóstico e o tratamento atual da Síndrome de May-Thurner

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2422

TÍTULO DO TRABALHO: Diagnóstico precoce e tratamento cirúrgico endovascular na rotura traumática de aorta torácica

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ALESSANDRA LAITART1; NICOLAU FERNANDES KRUEL2; ANDRÉ LUIZ PARIZI MELLO2; ORLI FRANZON2. 1. UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA (UNISUL), PALHOÇA - SC - BRASIL; 2. HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ DR HOMERO DE MIRANDA GOMES, SÃO JOSÉ - SC - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A rotura traumática da aorta torácica é responsável por 10 a 20% dos óbitos em acidentes automobilísticos, sendo que apenas 10 a 15% dos pacientes acometidos por essa patologia sobrevivem1. O mecanismo do trauma ocorre por desaceleração horizontal aguda, na qual as diferentes velocidades de desaceleração do arco aórtico e da aorta descendente geram a rotura. A lesão encontrada na maioria dos sobreviventes é a que ocorre após a emergência da artéria subclávia esquerda e a hemorragia fica contida pela adventícia da aorta e/ou pleura mediastinal2.Relato de caso: Homem, 20 anos de idade, chegou ao serviço de emergência do Hospital Regional de São José trazido pelo transporte aéreo do SAMU, em maca rígida e colar cervical, vítima de colisão com um caminhão enquanto conduzia sua motocicleta. Com o diagnóstico de politraumatismo, foram iniciadas as medidas de atendimento primário preconizadas e padronizadas.Na admissão hospitalar, o paciente apresentava instabilidade pressórica, taquicardia, taquipnéia e queixava-se de dor intensa em região esternal. Após a estabilização do quadro e durante a avaliação secundária, o paciente foi encaminhado para realização das tomografias e radiografias. A tomografia de tórax evidenciou moderado hemotórax à esquerda com espessura de até 2,8 cm e laminar à direita com espessura de até 0,7 cm; sinais de laceração traumática da aorta torácica descendente com pequeno flap distando cerca de 3,4 cm da origem da artéria subclávia esquerda com formação de pseudoaneurisma com cerca de 2,7 x 2,4 cm de calibre.Diagnosticada a rotura traumática de aorta torácica, a equipe da cirurgia vascular foi acionada e o paciente foi encaminhado à hemodinâmica, onde foi realizado implante de endoprótese justa origem da artéria subclávia esquerda. A aortografia de controle demonstrou exclusão da lesão, artéria subclávia esquerda e tronco braquiocefálico pérvios, adequado posicionamento da endoprótese e ausência de endoleaks. Sua evolução pós-operatória foi satisfatória, com alta hospitalar em 12 dias.Conclusão: Nos últimos anos, a melhora da sobrevida dos pacientes com rotura traumática de aorta torácica tem aumentado. Isso se deve principalmente ao rápido diagnóstico e planejamento cirúrgico através da tomografia computadorizada e à ampliação do uso da técnica endovascular como tratamento preferencial3. Além disso, a correção precoce das lesões viscerais, ortopédicas e neurológicas reduz ainda mais a morbimortalidade desses pacientes4.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 726

TÍTULO DO TRABALHO: DOENÇA ATEROSCLERÓTICA MUTIVASCULAR: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANA MARIA GARCIA1; DÉBORA COELHO DUARTE2; RAPHAELA AGUIAR PARANAGUÁ3; JULIANA CARREIRO CARVALHO3; REMY FARIA ALVES4; RICARDO RUSSI BLOIS4; MARÍLIA ALVES ARAUJO FERREIRA3; LILIAN CRISTHIAN FERREIRA DOS SANTOS ROCHA5. 1. ITPAC, ARAGUAINA - TO - BRASIL; 2. ITPAC/FAHESA, ARAGUAINA - TO - BRASIL; 3. ITPAC/FAHESA, ARAGUAÍNA - TO - BRASIL; 4. HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAINA, ARAGUAÍNA - TO - BRASIL; 5. HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAINA, ARAGUAINA - TO - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A aterosclerose é uma doença degenerativa de etiologia multifatorial. Ocorre de forma generalizada, localizando-se mais comumente em regiões específicas no sistema circulatório arterial, podendo causar sérias complicações. Relato de Caso: Feminino, 79 anos, deu entrada em pronto socorro apresentando estado de caquexia, febre e rebaixamento da consciência. Havia história de hipertensão arterial sistêmica, tabagismo de longa data e alcoolismo. Ao exame físico: hipofonese de bulhas cardíacas, dor a palpação superficial de abdome e diminuição de pulsos periféricos. Foi estabelecido suporte clínico e foram solicitados exames complementares. Houve melhora do estado clínico e nível de consciência. Durante a investigação, paciente apresentou piora da dor abdominal, dor retroesternal em aperto, dispneia súbita e cefaleia holocraniana com sensação de latejamento em região de artéria temporal. Os exames laboratoriais evidenciaram: diminuição do hematócrito (33,7%), leucocitose com desvio à esquerda (18.000), hiperglicemia (141 mg/dl), elevação do colesterol total. A radiografia de tórax evidenciou pulmões hiperinsuflados com retificação diafragmática, aumento da área cardíaca, alongamento e ateromatose da aorta torácica. ECG: extrassístoles supreventriculares. A ultrassonografia de abdome demonstrou aorta abdominal ectasiada com ateromatose parietal calcificada e trombose parcial de lumen. O Dupplex Scan de carótidas demonstrou ateromatose difusa bilateralmente. O caso foi transferido para a Cirurgia Vascular, que programou cirurgia endovascular desobstrutiva. Os exames pré operatórios evidenciaram: Angiotomografia: obstrução de aorta abdominal abaixo das artérias renais. Angiografia da aorta e iliacas: obstrução de aorta e artérias ilíacas comuns e femorais superficial e profunda à direita. A angiografia de coronária: coronariopatia obstrutiva por comprometimento de coronária direita e descendente anterior. índice tornozelo braquial: 0,33. Após a reavaliação do caso, considerando o acometimento sistêmico, considerou-se a impossibilidade de acesso endovascular e diante do alto risco de um procedimento cirúrgico convencional, optou-se por um tratamento ambulatorial. Conclusão: A cirurgia endovascular tem participação significativa no tratamento de obstrução de vasos, mas quando ateromatose difusa com acometimento de óstios de artérias renais, vísceras e território femoropoplíteo sua indicação é questionável frente ao alto risco de complicações e óbito.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2021

TÍTULO DO TRABALHO: DRENAGEM DA VEIA CAVA SUPERIOR PARA O ÁTRIO ESQUERDO: COMPLICAÇÃO ATÍPICA DE CORREÇÃO DE CIA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: THAÍS ROSSANA CRUZ DE SOUZA1; ARTHUR LUIZ NORTE GOMES PEREIRA ARARUNA1; ROBERTO MORENO MENDONÇA2; MANUELA GOMES DE AGUIAR1; RENANNA LYRA LIMA BARBALHO COUTINHO1; MARCÍLIO CARDOSO DE QUEIROZ1; RAPHAEL VICTOR CAMPOS FREIRE BARELA1; THIAGO ALEXANDRE MACEDO DE AZEVEDO3. 1. UNIVERSIDADE POTIGUAR, NATAL - RN - BRASIL; 2. INSTITUTO DE RADIOLOGIA DE NATAL, NATAL - RN - BRASIL; 3. HOSPITAL MUNICIPAL SANTA ISABEL, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A comunicação interatrial (CIA) representa 5-10% de todas cardiopatias congênitas, mais frequente no sexo feminino. Existem quatro formas: tipo ostium secundum, ostium primum, seio venoso e seio coronário. Os defeitos do tipo seio venoso respondem 4-11% das CIA e são caracterizados por um mal posicionamento na inserção da veia cava superior (VCS) ou inferior em relação ao nível do septo atrial, fora da área da fossa oval. Os pacientes podem apresentar sintomas relacionados a disfunção miocárdica direita ou global, arritmias ou tromboembolismo. Esses defeitos devem ser reparados cirurgicamente quando existir um shunt significativo, com sobrecarga de ventrículo direito. Esse relato descreve uma complicação pós-operatória atípica da correção cirúrgica de CIA do tipo seio venoso. RESULTADOS: M.K.S., mulher, 34 anos, apresentava precordialgia intermitente há 4 anos, associada a ortopneia e dispneia paroxística noturna, com piora progressiva. Ecocardiograma revelou uma CIA do tipo seio venoso. Submetida a cirurgia para correção, com implante de patch de pericárdio bovino, sem intercorrências. Por piora dos sintomas, após 1 ano do procedimento, realizou angiotomografia do tórax e artérias coronárias que evidenciaram drenagem da VCS para o átrio esquerdo, além de drenagem anômala da veia pulmonar superior direita para a VCS. Foi submetida a novo procedimento operatório que constatou uma oclusão da entrada da VCS no átrio direito por deslocamento do patch. Tal complicação teve como consequência o desvio do retorno venoso sistêmico para o átrio esquerdo. CONCLUSÃO: A correção cirúrgica da CIA tipo seio venoso tem um risco aumentado de estenose da VCS, shunt residual e disfunção do nó sinoatrial. Complicações podem ocorrer como consequência de uma anatomia desfavorável e de um dimensionamento errado do dispositivo. Eventos pós procedimento mais comuns são embolismo e arritmias. Deslocamentos ou prolapsos do dispositivo tem sido relatados após a utilização de um oclusor superdimensionado ou em caso de anatomia desfavorável. As complicações graves como mau posicionamento e cirurgia subsequente ocorrem em numa frequência de 1-5% e embolização do dispositivo em 0,4-4%. É importante atentar para a complicação descrita nesse caso, uma vez que o deslocamento do patch com desvio do fluxo sanguineo da VCS para o átrio direito é uma complicação atípica e de grave repercussão.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2557

TÍTULO DO TRABALHO: Eficácia da Escleroterapia Endovenosa de Espuma no tratamento de úlcera venosa crônica

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANA CLARA OLIVEIRA DA SILVA1; AUGUSTO CEZAR LACERDA BRASILEIRO2; ANA CAROLINA OLIVEIRA DA SILVA3; LUCAS GERMANO FIGUEIREDO VIEIRA3; KAROLINE RODRIGUES COSTA ARAÚJO3; ARTHUR GONÇALVES DE LIMA FRANÇA3; GABRIELA DE LIMA FERREIRA LUCENA3; WALDÊNIO ARAÚJO BARROS DOS SANTOS3. 1. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. HOSPITAL MUNICIPAL SANTA ISABEL, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 3. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: As úlceras cutâneas correspondem a uma das principais causas de morbidade e mortalidade em todo o mundo. A prevalência e os custos do tratamento crônico da úlcera venosa são reduzidos com a terapêutica da escleroterapia com espuma guiada por ultrassom, que além de apresentar eficácia comparativa de curativos para feridas avançadas, antibióticos e tratamento cirúrgico, atende aos padrões de qualidade e proporciona rápida cicatrização das úlceras. Relato de Caso: Este estudo objetivou relatar uma experiência na terapêutica da úlcera venosa crônica através da escleroterapia com espuma guiada por ultrassom em paciente do sexo feminino, 39 anos, no período entre novembro de 2016 a janeiro de 2017. A paciente apresentava lesão ulcerada em membro inferior direito associada a veias varicosas, edema e alterações de pele. O tratamento durou 42 dias. As avaliações e intervenções foram realizadas utilizando-se de registros fotográficos para o seguimento da evolução da ferida. O estudo foi desenvolvido com autorização da paciente, para uso de imagem a título gratuito. Na primeira avaliação, a ferida apresentava-se com pouco esfacelo, sinais de hiperemia da pele adjacente e edema do membro. Após realização de ultrassom optou-se por aplicação de espuma com polidocanol a 3% em tributárias da veia safena magna do membro acometido. Na segunda avaliação, após três semanas, a paciente já referiu alívio da dor e a lesão apresentava-se pouco hiperemiada, com ausência de sinais de infecção e tamanho reduzido. Aos 42 dias de tratamento toda a extensão da lesão estava em fase final de epitelização. A úlcera em membro inferior direito encontra-se totalmente cicatrizada, comprovando a eficácia do tratamento em curto intervalo de tempo e com poucas aplicações. Quanto aos sintomas dos membros inferiores e melhora do estilo de vida, a paciente teve suas expectativas de tratamento atingidas ou superadas. Conclusão: O estudo sugere que o tratamento através da escleroterapia com espuma é seguro e induz uma rápida cicatrização da úlcera, apresentando eficácia com poucas aplicações, em curto intervalo de tempo e com resultado duradouro.

CODIGO DO TRABALHO: 1074

TÍTULO DO TRABALHO: EMBOLIA ARTERIAL AGUDA BILATERAL EM ARTERIA FEMORAL SUPERFICIAL - RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: VÍCTOR SOUSA SILVA1; JOÃO MANOEL SANTOS BOTELHO2; BRUNO CARVALHO TRETIN3; LILIAN CRISTHIAN FERREIRA DOS SANTOS ROCHA3; DÉBORA COELHO DUARTE2; TÁSSYLLA CAROLINE FERREIRA PEREIRA2; FERNANDA VIANA RODRIGUES2; YURI GUILHEM RACHID JAUDY4. 1. ITPAC, ARAGUAÍNA - TO - BRASIL; 2. ITPAC/FAHESA, ARAGUAÍNA - TO - BRASIL; 3. HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAÍNA, ARAGUAÍNA - TO - BRASIL; 4. ITPAC/FAHESA, ARAGUAINA - TO - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A oclusão arterial aguda dos membros inferiores é definida como uma deficiência súbita de perfusão sanguínea tecidual, levando à perda da capacidade funcional desses membro. O local mais comum é na bifurcação das artérias femorais, sendo que a maioria dos pacientes afetados são portadores de comorbidades que podem levar a complicações graves, locais ou sistêmica. Relato de Caso: Paciente, 73 anos, sexo feminino, cardiopata em uso de atenolol, com hipertiroidismo, submetida a troca de valva mitral por biológica há 7 meses e em uso de Varfarina, suspensa sob orientação do cardiologista há 07 dias. Dá entrada no pronto socorro com queixa de dor súbita nos pés, bilateralmente há aproximadamente 12 horas, intensa, sem melhora com analgésicos. Ao exame físico, paciente pálida, com sudorese fria, fácies de dor, retardo do enchimento capilar e ausência de pulsos distais bilaterais em membros inferiores. Solicitado Ultrassonografia Doppler arterial de artérias femorais, poplíteas e tibiais, que evidenciou sinais de oclusão de artéria femoral superficial bilateral, sem evidência de ateromatose em seu trajeto. Dessa forma, o procedimento foi realizado com anestesia local pelo alto risco cirúrgico da paciente e sob o regime de urgência pela evidencia de sofrimento neurológico de um dos membros, iniciado com incisão na região inguinal, longitudinal, bilateral, dissecção e isolamento de artéria femoral comum e dos segmentos superficial e profundo com fita cardíaca. Após heparinizacao sistemica e campleamento distal e proximal, foi realizada a arteriotomia e passado cateter Fogarty nº 3 nas artérias isoladas com abundante saída de trombo, proveniente também da artéria femoral profunda apresentando posteriormente bom refluxo arterial; o mesmo procedimento foi realizado no lado contralateral com saída de trombo apenas em artéria femoral superficial com bom refluxo arterial também. Realizado rafia com prolene 6-0 cardiovascular e fechamento por planos. A paciente seguiu com anticoagulação plena e posterior investigação da fonte do êmbolo. Conclusão: A tromboembolectomia ainda é o tratamento de escolha para essa desordem, contudo ainda não representa um método totalmente inócuo, devido a sua mortalidade significativa e que, com a associação de heparinização sistêmica e estabilização clínica, produz um impacto direto nesse índice.

CODIGO DO TRABALHO: 2908

TÍTULO DO TRABALHO: EMBOLIA PULMONAR POR OCLUSÃO ARTERIAL AGUDA: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ENYÁLINE FIRMINO DE VASCONCELOS; EMYLAINE FIRMINO DE VASCONCELOS; EVELYNNE MARIA GOMES GALVÃO DA TRINDADE; LAÍS HENRIQUES DE OLIVEIRA; ANA CAROLINA LOPES RAMALHO BEZERRA VIANA; DEODATO ROLIM CARTAXO; KAYO CÉSAR SAMPAIO AMORIM. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O termo oclusão arterial aguda é empregado para caracterizar uma obstrução à passagem do sangue na luz de uma artéria decorrente de um êmbolo ou um trombo. Tem-se como fatores predisponentes a doença aterosclerótica periférica, fibrilação arterial e infarto prévio. O diagnóstico é clinico e o paciente apresenta um quadro súbito de dor intensa, com frialdade, cianose, sem pulso, parestesia e paralisia. Relato de Caso: Paciente R.F., sexo masculino, 57 anos, chega ao pronto-socorro queixando-se de dor súbita e intensa em membro inferior direito (MID) com início há 30 minutos. Na consulta apresenta MID com dor, sem pulso poplíteo e distais, frialdade, cianose, paralisia e parestesia. Paciente relata hipertensão arterial sistêmica e faz uso de anti-hipertensivos. Nega diabetes mellitus, tabagismo e infartos prévios. Foi diagnosticada uma oclusão arterial aguda e o paciente foi levado imediatamente para o centro cirúrgico onde foi feita uma embolectomia arterial de urgência com heparinização e analgesia, os procedimentos foram realizados com sucesso e o doente encaminhado para a unidade de tratamento intensivo (UTI) estável, consciente e sem dor. Após 3 (três) horas evolui subitamente com um quadro de dispneia intensa, taquicardia, cianose em extremidades, aumento da pressão arterial, dessaturação e por fim, parada cardiorrespiratória. Foram feitas todas as medidas terapêuticas possíveis e adequadas, no entanto o paciente não respondeu e foi a óbito. Conclusão: O caso relatado traz à luz a discussão do manejo de pacientes com oclusão arterial aguda que, não fazem a profilaxia da embolia pulmonar com o filtro de veia cava inferior, e evoluem com trombose venosa profunda (TVP) e posteriormente embolia pulmonar. É importante estabilizar o quadro e restabelecer a circulação arterial do paciente, mas também se faz necessário proteger o paciente das possíveis complicações decorrentes da oclusão inicial a fim de diminuir a morbimortalidade.

CODIGO DO TRABALHO: 1953

TÍTULO DO TRABALHO: Embolização Mesentérica para o Tratamento de Hemorragia Digestiva Baixa - Relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JAMILLY ALVES PADILHA; VICTÓRIA WINKLER VASCONCELOS; SALIM ABDON HABER JEHA NETO; BEATRIZ FERREIRA DIOGO; MARCOS RAIMUNDO PEREIRA DA SILVA. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARA - UFPA, BELEM - PA - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: hemorragia digestiva baixa (HDB) corresponde a sangramento no trato digestório distal ao ângulo de Treitz. Hemorragias digestivas agudas podem apresentar-se na forma de hematêmase, melena ou mesmo enterorragia. Em cerca 8% a 12% dos casos de HDB a origem do sangramento não será demonstrada, apesar de investigação diagnóstica exaustiva. RELATO DE CASO: paciente AWCP, sexo masculino, 16 anos, esteve internado em hospital privado por cerca de 30 dias, afim de investigar episódios de HDB de caráter intermitente, que se manifestavam na forma de melena. No dia 13/08/2016, foi submetido à endoscopia digestiva alta, que evidenciou gastrite enantemática leve de antro e ausência de sangramento ao exame. Em seguida, dia 17/08/2016, foi realizado colonoscopia, cujo resultado ficou inconclusivo, pois havia muito sangue no colón, não sendo possível identificar o ponto exato do sangramento. Tentou-se ainda chegar a um diagnóstico com a realização de cintilografia com hemácias marcadas, que fora realizado em 01/09/2016 evidenciando-se extravasamento do radiofármaco na região do colón ascendente. Durante toda a internação houve necessidade de hemotrasnfusão, e valores da hemoglobina chegaram à 6,5 g/dl. No dia 16/09/2016 o paciente em questão foi submetido à arteriografia diagnóstica, com fins terapêuticos, dos vasos mesentéricos. A arteriografia mesentérica superior identificou num curto segmento do intestino delgado, imagem de enovelado de vasos correspondendo à angiodisplasia, ou seja, malformação vascular. Procedeu-se o cateterismo superseletivo das artérias nutridoras da lesão com auxílio de microcateter e de microguia especializados. Realizou-se a embolização superseletiva do pedículo arterial, utilizando-se uma pequena quantidade de microesferas (700-900 micras) e mais uma mola 2x2mm no tronco arterial nutridor. As arteriografias superseletiva e seletiva da artéria mesentérica superior de controle demonstraram oclusão dos vasos embolizados e ausência de ?blush? na topografia intestinal e contrastação da parede das alças de intestino delgado adjacentes. Procedimento realizado sem intercorrências e com sucesso terapêutico. CONCLUSÃO: Os quadros de HDB mostram-se desafiadores em certas circunstâncias, a depender do sítio e da intensidade do sangramento. A arteriografia, assim como um método diagnóstico padrão ouro, pode também ser terapêutica, desde que realizada no momento ideal.

CODIGO DO TRABALHO: 1136

TÍTULO DO TRABALHO: ENDOLEAK TIPO 1B EM REPARO DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MATEUS PICADA CORRÊA1; RAFAEL STEVAN NOEL1; JABER NASHAT SALEH1; JULIO CESAR DE MELLO BAJERSKI1; ROBSON FELTRIN2; GUILHERME SOLDATELLI TEIXEIRA KURTZ3; LARISSA BIANCHINI3; FLÁVIA CRISTINA MARAFON3. 1. INVASC, PASSO FUNDO - RS - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL, CURITIBANOS - RS - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO, PASSO FUNDO - RS - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Os endoleaks tipo 1 permanecem complicações relevantes do método endovascular no reparo de aneurismas da aorta abdominal (EVAR).1 Eles podem resultar na ruptura do aneurisma devido ao fluxo remanescente no saco aneurismático, devendo, portanto, ser tratados precocemente se identificados.2,3 Relatamos um caso de um complexo endoleak tipo 1b após correção de AAA. RELATO: Paciente masculino, 68 anos, submetido à correção endovascular de aneurisma da aorta infrarreal em 2013, com colocação de endoprótese bifurcada Gore 23X12X18cm, correção de aneurisma ilíaca direita com endoprótese Gore 14,5X12cm e embolização das artérias hipogástrica esquerda e direita com coils 15X14mm, 10X14mm e 15x14mm, não retornando para acompanhamento. Encaminhado da cidade de origem referindo dor abdominal inespecífica e angiotomografia demonstrando aumento dos diâmetros no aneurisma e complexo endoleak tipo 1b de ramo esquerdo, com dilatação de ilíaca comum e origem de hipogástrica esquerda e aneurisma aortoilíaco em expansão aguda. Submetido à correção imediata através do implante de endoprótese Endurant 16X13X120cm na artéria ilíaca esquerda e embolização dos aneurismas das artérias hipogástrica direita e esquerda com 4 molas azur 15X14, uma mola azur 10X14, histoacryl e gelfoam, com bom controle angiográfico final.CONCLUSÃO: Comumente, os endoleaks tipo 1 precoces resolvem-se espontaneamente em até 60% dos casos no primeiro mês pós-operatório.4,5 Em contraponto, se os endoleaks não foram observados na angiografia de controle inicial, mas em exames de imagem posteriores, torna-se mais provável a evolução da dilatação aneurismática e a necessidade de reintervenção.6,7 Quando o achado é tardio, deve-se avaliar a possibilidade da migração da endoprótese, que, raramente, pode ser causada pela dilatação do colo aneurismático. O manejo pode ser realizado através do procedimento endovascular, com a embolização das artérias hipogástricas com coils e colocação de endoprótese distal, como no caso relatado.8 Dessa forma, o tratamento imediato é mandatório, afinal, mesmo que o endoleak resolva-se de modo espontâneo, o risco de ruptura será maior se ele reaparecer 2. Deve-se sempre atentar para a possibilidade de endoleaks após correção de aneurisma da aorta abdominal. O acompanhamento com exames de imagem dos pacientes submetidos a EVAR facilita o diagnóstico de endoleaks assintomáticos e evita eventos catastróficos associados a sua ruptura.

CODIGO DO TRABALHO: 2582

TÍTULO DO TRABALHO: ESCLEROTERAPIA QUÍMICA COM ESPUMA E SAFENECTOMIA NO TRATAMENTO DA INSUFICIÊNCIA VENOSA CRÔNICA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: AUGUSTO CEZAR LACERDA BRASILEIRO1; ARTHUR GONÇALVES DE LIMA FRANÇA1; ANA CAROLINA OLIVEIRA DA SILVA1; LUCAS GERMANO FIGUEIREDO VIEIRA1; KAROLINE RODRIGUES COSTA ARAÚJO1; GABRIELA DE LIMA FERREIRA LUCENA1; GUILHERME BASTOS PALITOT DE BRITO1; ANA CLARA OLIVEIRA DA SILVA2. 1. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. FCM-PB, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A insuficiência venosa crônica é uma patologia muito prevalente, atingindo muitas vezes pacientes em idade laborativa. É provocada pelo não funcionamento correto das válvulas venosas, tendo como consequência refluxo e hipertensão venosa ao nível da microcirculação. O tratamento convencional, quando ocorre no sistema superficial ou nas perfurantes, é a cirurgia. Entretanto, a utilização de espuma de polidocanol guiada por ultrassonografia, vem se mostrando um método seguro no controle da doença e com baixo custo.Objetivo: Comparar o tratamento cirúrgico com a escleroterapia com espuma de polidocanol no tratamento para a insuficiência venosa crônica.Método: Foi realizado uma revisão na literatura em que foram colhidos artigos entre os anos de 2012 à 2015, nas bases de dados PubMed, DynaMed e EBSCOhost, em que eram descritos os procedimentos de escleroterapia com polidocanol à 1% e 3% e cirúrgico convencional, tanto de forma descritiva quanto comparativa.Resultados: Os principais escores clínicos realizados no pré-tratamento dos pacientes que são submetidos à escleroterapia e safenectomia são: dor, edema, inflamação, pigmentação e lipodermatoesclerose. Ao término das duas modalidades terapêuticas, não se evidenciou diferença estatística na melhora dos escores entre os dois grupos. Do ponto de vista clínico, as duas tiveram eficácia equivalentes. Do ponto de vista ultrassonográfico, não houve diferença estatisticamente significante entre os dois métodos.Conclusão: A escleroterapia com espuma guiada por ultrassonografia demonstrou benefício equivalente à cirurgia convencional com a vantagem de oferecer tempo de recuperação e volta às atividades laborais, em média, 10 vezes mais rápido. Além disso, as complicações são aceitáveis quando comparado com a cirurgia convencional, sendo, portanto, uma alternativa para o tratamento dos pacientes portadores de insuficiência venosa crônica.

CODIGO DO TRABALHO: 1444

TÍTULO DO TRABALHO: Fasciíte necrotizante e a importância do diagnóstico precoce

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FERNANDA HACK GOMES; CAROLINE FERREIRA ARAUJO; FELLIPE DEBONA; ANDRÉ ROMBALDI; LAÍS PRAETZEL SOEIRO DE SOUZA. UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS, PELOTAS - RS - BRASIL.

RESUMO:
Introdução:Fasciíte necrotizante é uma infecção rara e grave, caracterizada por necrose extensa e rapidamente progressiva com destruição dos tecidos acometidos (tecido celular subcutâneo e fáscia muscular) tendo uma elevada mortalidade.Na maior parte dos casos, a lesão ocorre a partir de pequenos traumas, picadas de insetos ou incisões cirúrgicas.Dentre os fatores de risco o diabetes é particularmente importante, sendo o local mais acometido, nesses pacientes, os membros inferiores.O diagnóstico precoce e preciso, além do tratamento adequado com antibioticoterapia e intervenção cirúrgica são essenciais para um bom prognóstico.Objetivo:Descrever o caso de um paciente acometido por fasciíte necrotizante e evidenciando a importância de um diagnóstico precoce.Relato de caso:T.D.S., 85 anos, sexo masculino, negro, natural e residente de Pelotas, trabalhador da zona rural, portador de diabetes mellitus,procura Pronto Socorro de Pelotas dia 01/06/2016 referindo dor em pé direito, sendo avaliado por equipe cirúrgica que opta por retorno para avaliação ambulatorial da cirurgia vascular.Paciente, porém, retorna no dia 02/06/2016 referindo piora progressiva da dor e aparecimento de lesão bolhosa extensa em região de calcâneo com desprendimento de pele desde o maléolo, pulsos pedioso e poplíteo impalpáveis, sendo iniciado clindamicina e ciprofloxacino.Passado 24 hoas após primeira avaliação, a lesão em membro inferior direito apresentou piora significativa de lesão bolhosa-descamativa, extendendo-se até face posterior da coxa.Paciente foi encaminhado ao bloco cirúrgico sendo, em razão do provável diagnóstico e pela extensa lesão, optado por amputação de membro até altura da coxa.Durante transoperatório, foi evidenciada extensa lesão necrótica muscular, principalmente em músculo reto femoral, com lojas gasosas e lojas de secreção purulenta.No pós operatório foi inciada reposição volêmica e solicitado culturais que evidenciaram a presença de Clostridium Perfringens sendo mantido esquema com clindamicina e iniciado vancomicina apresentando melhora clínica progressiva.Conclusão:o caso relatado em comparação com a revisão bibliográfica realizada demonstrou a importância primordial do diagnóstico e tratamento precoces para a fasciíte necrotizante afim de modificação do prognóstico da doença.Referências:STEVENS,Dennis;BADDOUR,Larry.Necrotizing soft tissue infections.UpToDate.ROGERS,Alan;SHAHROKHI,Shahriar.Surgical management of necrotizing soft tissue infections.UpToDate.

CODIGO DO TRABALHO: 1440

TÍTULO DO TRABALHO: FIBROXANTOMA ATÍPICO (SARCOMA INDIFERENCIADO PLEOMÓRFICO CUTÂNEO) EM REGIÃO INGUINAL DIREITA ACOMETENDO ESTUTURAS NOBRES: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CRISLANNY REGINA SANTOS DA SILVA1; GEORGE ALEXANDRE LIRA2; ISA MARYANA ARAUJO BEZERRA DE MACEDO3; ANA BEATRIZ NEPOMUCENO CUNHA4; BRUNA SALES NEVES1; AMANDA COELHO XAVIER4; FRANCIELLY TERTULINO CUNHA5; MAYANE ABRANTES VERAS DE FREITAS3. 1. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. CIRURGIÃO ONCOLÓGICO DA LIGA NORTE RIOGRANDESE CONTRA O CANCER, NATAL - RN - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE POTIGUAR, NATAL - RN - BRASIL; 4. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOAO PESSOA - PB - BRASIL; 5. UNIVERSIDADE POTIGUAL, NATAL - RN - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O fibroxantoma atípico (FXA) é uma neoplasia dérmica de caráter maligno característica de adultos e predominante em idosos. A radiação solar e a radioterapia são suas principais etiologias. Tem igual incidência entre os sexos e acomete preferencialmente as regiões de cabeça e pescoço. O acometimento de extremidades e do tronco são exceções de pior prognóstico. Possui tendência a recidiva local e apresenta baixo risco de metástases. O tratamento de escolha é a remoção cirúrgica e embora não tenha estabelecido uma margem adequada de excisão, os autores recomendam margens cirúrgicas de 1 a 2 cm da lesão. RELATO DO CASO: F.B.N.S, feminina, 82 anos, admitida com queixa de nodulação em região lateral da perna direita há três anos, assintomática. Morbidades: Diabetes mellitus tipo 2, Hipertensão Arterial Sistêmica e Mal de Parkinson. Ao exame: ulcera infiltrante, sangrante de aproximadamente 7cm de diâmetro, fixa a planos profundos e indolor. Biopsia evidenciou: Neoplasia indiferenciada de células fusiformes e anaplásticas com alto índice mitótico e metástase para linfonodos. Foi realizado exérese de lesão de perna esquerda, com margens de ressecção livres. Anatomopatológico da peça cirúrgica: Fibroxantoma Atípico (sarcoma indiferenciado pleomórfico cutâneo). Paciente perdeu seguimento e retorna ao ambulatório quatro anos depois. Ao exame: massa inguinal fixa a planos profundos, medindo 2x10 cm, sem ulcerações. Edema com linfangite em perna direita. Tomografia computadorizada de abdome e pelve com contraste evidenciou lesão expansiva heterogênea em região inguinal direita, envolvendo musculatura, comprimindo veia femoral sem trombose e envolvendo toda a artéria femoral. Foi solicitado avaliação da cirurgia vascular sobre a possibilidade de reconstrução das estruturas nobres ou amputação. A equipe da cirurgia vascular relatou ser incapaz de ressecar, sendo indicada amputação do membro inferior direito. Programada amputação/ desarticulação de membro inferior direito com reconstrução de retalho posterior. CONCLUSÕES: O FXA é um tumor que raramente evolui com metástase. Relacionam-se ao maior risco de metástases: profundidade da invasão ou invasão de músculo-esquelético pelo tumor primário, invasão vascular ou linfática, necrose tumoral e recidiva. Outros fatores de pior prognósticos são lesões em tronco e extremidades. A identificação histológica do tumor e os fatores prognósticos são fundamentais para avaliar a melhor intervenção cirúrgica.

CODIGO DO TRABALHO: 1896

TÍTULO DO TRABALHO: Fístula aorta-esofágica como complicação tardia de tratamento corretivo com endoprótese devido a aneurisma de aorta torácica

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ISABELLA GARBIN1; JONAS NIERO FLORES1; SUELLEN FERRONATO1; LUIS FERNANDO JOAQUIM1; FÁBIO LUIS DA SILVA1; MARCUS VINICIUS NASCIMENTO VALENTIN2. 1. FACULDADE DE MEDICINA BARÃO DE MAUÁ, RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL; 2. DOCUMENTA - UNIDADE SÃO FRANCISCO, RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOFístulas aorto-esofágicas (FAE) são raras complicações tardias (1,7-1,9%) do tratamento endovascular dos aneurismas aórticos, havendo poucos relatos na literatura. O reparo endovascular da aorta torácica é procedimento minimamente invasivo e com excelentes resultados. No entanto, várias complicações, como paraplegia, AVC e FAE podem acontecer, sendo esta última de difícil tratamento e geralmente fatal. As opções de tratamento são muito restritas e os pacientes apresentam alto risco cirúrgico.RELATO DO CASOJLG, 75 anos, hipertenso, história de dissecção de aorta abdominal infrarrenal, colocação de prótese aorto bi-ilíaca (2001) e correção de aneurisma em aorta torácica descendente com endoprótese (2007). Em 2011, paciente iniciou com hemoptise em pequena quantidade, 2-3 vezes/sem, relacionada a tosse. Referia também febre vespertina (37,9-38,5ºC), perda ponderal (25 kg) e piora progressiva do sangramento digestivo alto. Ao exame físico, estava emagrecido, sem outras alterações. Exames laboratoriais: quedas progressivas de Hb/Ht, apesar de transfusões de concentrado de hemácia; pesquisa de BAAR no escarro, contraimunoeletroforese para fungos, CEA e CA 19-9 todos negativos. Endoscopia Digestiva Alta (EDA) evidenciou compressão extrínseca no terço médio do esôfago e lesão cística de 1,2 cm com coloração escura e relevo liso a 30 cm da arcada dentária superior. Angiotomografia de tórax (fase com contraste oral e outra endovenosa) mostrou discreta ectasia nos terços médio e proximal do trajeto esofágico, com espessamento circunferencial de seu terço distal, confirmando-se a suspeita de fístula entre o esôfago e o ramo torácico da aorta ao nível da carina, caracterizado por fina lâmina fistulosa na coluna de contraste procedente do esôfago em direção à aorta; neste ponto fistuloso há gás ao redor do reparo endovascular (vide abaixo).CONCLUSÃOAs hipóteses inicialmente foram: tuberculose pulmonar, paracoccidioidomicose, neoplasia pulmonar ou gastrointestinal. Porém, EDA e exame tomográfico confirmaram diagnóstico de FAE, possivelmente associado à presença da endoprótese aórtica. Duas semanas após diagnóstico de FAE, optou-se pelo reparo endovascular do trajeto fistuloso, realizado sem intercorrência. Mesmo com a correção da FAE, paciente retornou após 1 mês referindo recorrência do sangramento digestivo, o qual culminou em hemorragia maciça, sem possibilidade de controle clínico; evoluiu com instabilidade hemodinâmica e óbito 1 mês após o procedimento.

CODIGO DO TRABALHO: 2417

TÍTULO DO TRABALHO: Fístula Aorto-entérica causado por correção de Pseudoaneurisma de Aorta

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOÃO ABNER MARINS MUNHOS; DAVID SMANGOSZEVSKI MARTINS; CARLOS EMANUEL RODRIGUES DE CASTRO; LUIZ FERNANDO BRÍGIDO CASTRO; THALITA RIBEIRO ALBRES; THAÍLA ALVES DOS SANTOS LIMA; ANA CAROLINA SÁ DE SOUZA CARVALHO; ANGELA CLAUDIA PAIXAO SOARES. UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE, RIO BRANCO - AC - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O pseudoaneurisma pode ser caracterizado como um hematoma pulsátil com uma comunicação à artéria por meio de uma passagem em sua parede, sua etiologia é considerada diversa, dentre elas: pós procedimentos cirúrgicos, infecciosas e traumáticas. As fístulas aorto-entéricas podem surgir secundárias a um reparo cirúrgico de pseudoaneurismo é considerada uma complicação rara (0,6%). O diagnóstico dessa complicação é realizado por meio de Tomografia Computadorizada, Arteriografia ou Endoscopia. Relato do Caso: Paciente 31 anos, feminino, ex-tabagista, referiu lombalgia intensa que irradiava para membros inferiores há 4 meses, piorava em ortostase e ao deambular. Referiu antecedentes de infecção urinária de repetição e hipertensão arterial sistêmica após início do quadro. Ao exame, massa abdominal pulsátil e dolorida à palpação em mesogástro e flanco esquerdo e sopro em mesogástro. Tomografia computadorizada (TC) com aneurisma fusiforme da aorta abdominal (AA) infra-renal estendendo-se para artérias ilíacas comuns; trombo mural com ulceração; erosões das corticais anteriores dos corpos vertebrais L3 e L4 e compressão com deslocamento do músculo psoas maior; moderada dilatação pielocalicial e ureteral esquerda. Angiotomografia e ultrassonografia comprovaram os achados da TC. Em correção cirúrgica aberta, evidenciou-se massa expansiva em AA infra-renal, ausência de parede posterior da aorta e erosão discreta de corpos vertebrais de L4 a S1. Fez-se reconstrução aórtica por bypass aorto-bifemoral com próteses de Dacron®. Após 5 meses, admitida por hemorragia digestiva alta e endoscopia com transfixação da prótese na 3ª porção duodenal, foi submetida a laparotomia com achado de fístula entre a aorta abdominal infra-renal e a 3ª porção duodenal. Realizado duodenectomia segmentar, anastomose duodeno-jejunal, remoção parcial do bypass aorto-bifemoral prévio e colocação de nova prótese de Dacron®. Atualmente segue sem queixas ou manifestações de complicações e em uso de corticosteroide em dose baixa. Conclusão: Diferentes causas que podem levar a lesões têm sido descritas até agora, dentre elas complicações tardias em pacientes submetidos à cirurgia de reparo aórtico com prótese, tendo, portanto, a abordagem cirúrgica uma opção segura e eficaz quando bem planejada. O aparecimento de melema ou qualquer sinal de hemorragia gastrointestinal, deve ser considerada a hipótese de FAE e o diagnóstico precoce reflete diretamente no prognóstico do paciente.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2011

TÍTULO DO TRABALHO: Fístula aorto-entérica primária associada a aneurisma sacular de aorta abdominal: relato de caso.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CLEINALDO DE ALMEIDA COSTA1; JESSICA CORREIA DE OLIVEIRA1; EMANOEL NASCIMENTO COSTA1; PEDRO HENRIQUE DA SILVA GOMES1; CARLOS VICTOR DE ALMEIDA LUZ1; ISABELLE NASCIMENTO COSTA2. 1. UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS, MANAUS - AM - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS, MANAUS - AP - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoAs fístulas aorto-entéricas são manifestações infrequentes dos aneurismas de aorta abdominal que se manifestam por hemorragia do trato gastrointestinal1. Possuem alto índice de mortalidade que varia entre 30 a 85%. São classificadas em primárias ou secundárias, caracterizadas pela presença e ausência de procedimentos cirúrgicos na aorta1, respectivamente. Os principais sinais e sintomas são o sangramento digestivo, dor abdominal e presença de massa pulsátil. O estudo relata um caso de fístula aorto-entérica primária associada a um aneurisma sacular de aorta abdominal.Relato de CasoPaciente do sexo masculino, 49 anos, branco, procedente do interior do estado do Amazonas, iniciou quadro de dor súbita em epigástrio, tipo cólica, de grande intensidade, associada a calafrios, tontura, fadiga, turvação visual e síncope. Após período assintomático, evoluiu com retorno da dor em mesogástrio acompanhada por enterrorragia volumosa que cessou espontaneamente.Em vista da severidade do quadro e dos vários exames realizados sem nenhum resultado significativo, optou-se por uma laparotomia exploradora como conduta diagnóstica e terapêutica. Durante a revisão da cavidade abdominal, encontrou-se uma porção de duodeno no ângulo de Treitz aparentemente aderida à aorta abdominal. Levantou-se a hipótese de fístula aorto-entérica associada a aneurisma de aorta abdominal, sendo realizada a desconexão por ligadura e sutura do pertuito entérico e aneurismático.Após a recuperação cirúrgica, o paciente realizou angiotomografia de aorta abdominal que apresentou uma dilatação aneurismática sacular da aorta abdominal infra-renal à esquerda com calcificações parietais e trombo no seu interior reduzindo parcialmente a sua luz. O aneurisma mantinha íntima relação com a quarta porção do duodeno junto ao ângulo de Treitz.ConclusãoO tratamento de eleição é o cirúrgico, embora existam casos tratados por meio de técnicas endovasculares. Os objetivos principais da conduta terapêutica são a confirmação diagnóstica, controle do sangramento, reconstrução aórtica e a reparação da alça intestinal afetada pelas fístulas aorto-entéricas.
ReferenciasIvorra CQ, Domínguez BM, Marques MA, García MIM, Jiménez JÁ, Andrés AG. Fístulas aortoentéricas: presentación clínica y hallazgos por tomografía computarizada helicoidal. Gastroenterol Hepatol. 2005;28(7):378-81. http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/14/14v28n07a13077758pdf001.pdf. Acessado: 31/01/2012.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2937

TÍTULO DO TRABALHO: FÍSTULA ARTERIOVENOSA RADIOMEDIANA COMO ALTERNATIVA DE ACESSO VASCULAR PARA HEMODIÁLISE.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: VICTÓRIA WINKLER VASCONCELOS; JAMILLY ALVES PADILHA; SILVESTRE SAVINO NETO; BEATRIZ FERREIRA DIOGO; MARCOS RAIMUNDO PEREIRA DA SILVA. UFPA, BELÉM - PA - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVO: Avaliar a Fístula Arteriovenosa (FAV) entre a artéria radial e a veia mediana como alternativa de acesso vascular para hemodiálise em pacientes atendidos no Hospital Ophir Loyola, em Belém do Pará . METODOLOGIA: Os dados coletados correspondem a 30 casos de pacientes que realizaram a confecção da FAV radiomediana no Hospital Ophir Loyola, em Belém do Pará. Foram realizadas entrevistas para preenchimento do protocolo de pesquisa, exame físico da FAV e leitura dos prontuários dos pacientes. Foram excluídos casos extras de pacientes sem prontuário disponível. Um estudo analítico-descritivo do tipo transversal foi realizado com os dados de variáveis demográficas; aspectos relacionados às comorbidades e causas de insuficiência renal crônica. Foram analisados também os tipos de acesso utilizados para hemodiálise no momento; aspectos relacionados às complicações da FAV utilizada (estenose do acesso vascular, hipertensão venosa, trombose, pseudoaneurisma, insuficiência vascular e infecções); relacionados às características da FAV (funcionalidade, tempo de uso, fluxo sanguíneo e tempo de maturação); referente à localização da FAV; além de aspectos característicos do uso anterior de acessos vasculares para hemodiálise. RESULTADOS: 50% dos pacientes eram do sexo masculino, e 53,3 % com idade entre 40 a 59 anos. A presença de comorbidades foi verificada em 86,7% dos entrevistados, sendo a hipertensão arterial sistêmica a principal condição clínica associada e a causa predominante (43,2%) de insuficiência renal crônica. A maioria dos participantes (96,7%) utilizava FAV como acesso para hemodiálise ao invés de cateter. Desses pacientes 86,66% possuíam a FAV radiomediana como acesso vascular para a hemodiálise no momento do estudo. Quatorze pacientes (46,7%) aguardaram menos de 30 dias para a maturação da FAV radiomediana. A média de fluxo encontrada com esse tipo de fistula foi de 308.9 ml/min, e do tempo de uso foi de 21.9 meses. Quanto às complicações desse procedimento, 60% dos pacientes referiram não ter tido nenhuma complicação no local do acesso venoso. Dentre os 36.7% que referiram ter tido complicações, 60% disseram que esta foi por trombose. CONCLUSÃO: a fístula radiomediana é uma opção de acesso vascular satisfatória que apresenta taxas de maturação e fluxos sanguíneos adequados, com baixas taxas de complicações, sendo então considerada mais segura e garantindo mais qualidade de vida ao paciente.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2567

TÍTULO DO TRABALHO: HEMATOMA EM MÚSCULO ILIOPSOAS EM USUÁRIO DE VARFARINA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GROVER CHACA QUINA; MAURO HENRIQUE DE SA ADAMI MILMAN; SARA VENOSO COSTA; ROGERIO APARECIDO ESTEVES NEVES; JOSE ROBERTO MELCHIORI BUCCO. HOSPITAL GERAL DE ITAPECERICA DA SERRA, ITAPECERICA DA SERRA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O hematoma em músculo iliopsoas caracteriza-se pela dor (inguinal, lombar ou abdominal inferior), massa hiperestésica na fossa ilíaca, contratura da coxa em flexão e neuropatia do membro inferior pela compressão do nervo femoral. O uso de anticoagulantes é um fator de risco já reconhecido. O tratamento de hematoma de psoas com hemorragia significativa deve ser revertido com plasma fresco congelado (4 ou 5 unidades), concentrado de complexo protrombinico ou vitamina K. Quando o hematoma é extenso ou há sintomatologia grave, está indicada a drenagem cirúrgica do hematoma. As complicações podem ser desde a deficiência neurológica até a morte. Relato do Caso: paciente gênero masculino, 68 anos, com queixa de dor à mobilização, perda de sensibilidade e de motricidade progressiva em ambos os membros, iniciadas há 3 meses. Portador de fibrilação atrial em uso de varfarina 10 mg/dia. À admissão, o paciente apresentava bom estado geral, estava lúcido, com mucosas úmidas e coradas, pressão arterial de 120 x 80 mmHg, frequência cardíaca de 80 bpm e afebril. Durante a inspeção, verificou-se equimose em joelho direito. Ausculta cardíaca com arritmia, sem sopro. O exame abdominal não apresentou nenhuma particularidade. No exame neurológico, observaram-se monoparesia crural grau 2, parestesia L2-L3, reflexos simétricos e sinal cutâneo-plantar negativo nos dois membros inferiores. Solicitado exames laboratoriais que evidenciaram Razão Normalizada Internacional (RNI) superior a 10, tempo de tromboplastina parcial ativada= 72,7 segundos e hemoglobina= 14,9 g/dl. A tomografia computadorizada (TC) de abdômen com contraste EV evidenciou aumento e assimetria dos mm iliopsoas, extendendo-se pela região pélvica. Confirmado o diagnóstico de hematoma muscular, suspendeu-se a varfarina e administraram-se vitamina K endovenosa 10mg/dia e 4 unidades de plasma fresco para reverter a anticoagulação. No décimo primeiro dia de internação, o paciente recebeu alta hospitalar com força muscular preservada, melhora da sensibilidade, regressão do hematoma à TC e RNI 1,99. Conclusão: quadros álgicos ou neurológicos periféricos em pacientes em terapia anticoagulante devem ser investigados. A conduta conservadora é possível, principalmente nos pacientes hemodinamicamente estáveis.

CODIGO DO TRABALHO: 1265

TÍTULO DO TRABALHO: Hemosuccus Pancreaticus: causa incomum de sangramento digestivo

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: OTHON AMARAL NETO; HELENA GOULART GOMES MONTEIRO; ISABELA FERNANDES ROSSI; FERNAO OTAVIO DE ARAUJO; ANA LUISA FERREIRA E SILVA; CLAUDIO FRANCO DO AMARAL KFOURI. UNIARA, ARARAQUARA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Hemosuccus pancreaticus ocorre quando há extravasamento de sangue, usualmente pela papila de Vater para o trato gastrointestinal. Na maioria das vezes, as manifestações clínicas são escassas, sendo a hematêmese maciça o principal sintoma referido pelo paciente, acompanhada de alguns outros sinais e sintomas secundários à grande perda sanguínea. Outros sintomas geralmente estão ausentes, assim como é comum o estudo endoscópico apresentar-se negativo, havendo desse modo grande dificuldade para estabelecer um diagnóstico concreto e diferenciar o sangramento de outras possíveis causas de hemorragia digestiva alta. A ruptura aneurismática da artéria esplênica para o interior do ducto pancreático principal é a causa mais comum de sangramento no Hemosuccus pancreaticus. O diagnóstico é feito pela visualização do sangramento através da papila duodenal maior, a papila de Vater, sendo a arteriografia o principal método utilizado. Os principais tratamentos propostos para pacientes portadores de Hemossulcus pancreaticus são a embolização angiográfica ou tratamento cirúrgico, sendo que ambos só devem ser realizados com o paciente hemodinamicamente estável. J.A.C, masculino, 65 anos, procedente de Américo Brasiliense, deu entrada no Hospital Escola Santa Casa de Araraquara apresentando hemorragia digestiva alta de grande volume, exteriorizada unicamente por hematêmese. Em exames laboratoriais realizadas ainda no serviço de Urgência, paciente já apresentava alterações significativas. Nos antecedentes pessoais constava hipertensão, diabetes mellitus tipo 2, coronariopatia e insuficiência renal crônica. Tabagista, etilista e não havia história recente de trauma. A Endoscopia Digestiva Alta (EDA) apresentava-se sem alterações, porém a Tomografia Computadorizada (TC) do Abdômen evidenciou cisto pancreático com comunicação para artéria esplênica, revelando tratar-se de Hemosuccus pancreaticus. Paciente foi submetido a arteriografia diagnóstica terapêutica com embolização da artéria esplênica com Gelfuan e Lipidiol. Hemosuccus pancreaticus é uma condição infrequente de sangramento digestivo, sendo possivelmente subdiagnosticado pelos médicos, devido a sua raridade, múltiplas causas e intermitência da hemorragia gastrointestinal. Dessa forma, é de extrema relevância que o Hemosuccus pancreaticus conste como diagnóstico diferencial em pacientes com hemorragia digestiva alta, principalmente naqueles de origem indeterminada e quando há história de pancreatite associada.

CODIGO DO TRABALHO: 1771

TÍTULO DO TRABALHO: HIPERTENSÃO ARTERIAL EM SITUAÇÕES ESPECIAIS: Artigo de Revisão

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOSE WILLIAM VAVRUK. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ, MARINGÁ - PR - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo. Fornecer subsídios para melhor compreensão da fisiologia envolvida na ocorrência da Hipertensão Arterial em grupos considerados e que merecem atenção especial.Métodos. Breve sinopse envolvendo revisão de literatura aplicável à hipertensão arterial em grupos especiais.Discussão: apresentação dos grupos especiais e principais considerações concernentes a cada etiologia-patologia envolvida.Conclusões. Definitivas: constatamos efetivamente a importância e relevância do correto emprego das técnicas de farmacologia e tratamento especial a grupo de pessoas que se encontram em categoria peculiar de cuidados médicos. HYPERTENSION IN SPECIAL SITUATIONSObjective. Provide grants to better understanding of the physiology involved in the occurrence of Hypertension in groups considered that deserve special attention.Methods. Brief synopsis involving literature review applicable to hypertension in special groups.Discussion: presentation of special groups and considerations pertaining to each etiology-pathology involved.Conclusions. Final: effectively verified the importance and relevance of the correct use of the techniques of pharmacology and treatment particular group of people who find themselves in a peculiar category of healthcare.

CODIGO DO TRABALHO: 3055

TÍTULO DO TRABALHO: ÍNDICE DE LANARKSHIRE COMO FERRAMENTA DE RASTREIO PARA DOENÇA ARTERIAL PERIFÉRICA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JULIANA COELHO XAVIER1; AIRTON COSTA MADUREIRA2; PAULO EMÍDIO OLIVEIRA MACEDO DIAS2; LUIZ RAFAEL PEREIRA CAVALCANTI2; FÁBIO SANTIAGO DE MACÊDO2; PAULA FERNANDA PÊSSOA E SILVA2; PRISCILA FLORÊNCIO SANTOS2; SÉRVIO FIDNEY2; EDMUNDO MASSARU SAITO2. 1. UNINASSAU, RECIFE - PE - BRASIL; 2. HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES, RECIFE - PE - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Estima-se em 27 milhões, o número de portadores de Doença Arterial Obstrutiva Periférica (DAOP) na Europa e América do Norte. No Brasil, os dados sobre à prevalência de DAOP são escassos e se resume a pesquisas em grupos isolados. O Índice Tornozelo-Braquial (ITB) é reconhecido como método de rastreio padrão para DAOP, o Índice oximétrico de Lanarkshire (IOL) foi criado como alternativa ao ITB em pacientes com úlceras venosas crônicas e necessitam saber o grau pressórico exercido por bandagens compressivas que não prejudique a perfusão periférica.Objetivos: O presente estudo visa comparar o ITB e IOL com o intuito de analisar a associação entre os métodos de avaliação de pacientes sem doença arterial periférica diagnosticada ou sem a presença dos principais fatores de risco.Metodologia: Estudo observacional, tipo coorte correlacionando resultados decorrentes da aferição de ITB e do IOL em pacientes sem fatores de risco para DAOP.Resultados: Foram coletados dados de 36 pacientes, 30 (83,3%) pacientes do sexo feminino e 6 (16,3%) pacientes do sexo masculino, média de idade de 26,42 anos (+/- 7,4 anos). O IOL apresentou sensibilidade, especificidade e acurária de 71,4%; valor preditivo positivo de 26,3% e negativo de 94,6%. O Índice de concordância kappa foi 0,247, considerado baixo. O estudo obteve significância estatística (p-valor= 0,038) segundo o teste Exato de Fisher.Discussão: Os valores razoáveis de sensibilidade e especificidade do estudo (71,4%) são inferiores aos estudos de Papanas et al, 93,3% e 89,1%, respectivamente. O valor preditivo negativo alto (94,6%) foi diretamente influenciado pela baixa prevalência da doença no grupo estudado. O índice de concordância kappa é baixo no estudo (0,247), equivalente aos estudos realizados por Bianchi, mas inferiores aos estudos de Zamiri e Papanas (0,484 e 0,569, respectivamente). Algumas limitações do trabalho foram o vies de aferição, a pequena amostra estudada e a troca de aparelhos de oximetria.Conclusão: O LOI mostrou ter uma baixa concordância em relação ao ITB.

CODIGO DO TRABALHO: 2257

TÍTULO DO TRABALHO: Infarto Renal associado à displasia fibromuscular e hipertensão arterial severa, relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DANIELA COSTA ANASTÁCIO1; CATARINA VELCHEV GARCIA DE SALGE1; PAULO SÉRGIO DE SOUZA RODRIGUES FILHO2; RODRIGO CORREA SOFFIATI MESQUITA3; FERNANDO DE MARTINO4; RICARDO SOFFIATTI MESQUITA DE OLIVEIRA5. 1. ACADÊMICA DE MEDICINA - ESTAGIÁRIA DO SERVIÇO DE CIRURGIA ENDOVASCULAR DO IUCI, UBERABA - MG - BRASIL; 2. ACADÊMICO DE MEDICINA - ESTAGIÁRIO DO SERVIÇO DE CIRURGIA ENDOVASCULAR DO IUCI, UBERABA - MG - BRASIL; 3. RESIDENTE R4 EM CIRURGIA VASCULAR, ESTAGIÁRIO DO IUCI, UBERABA - MG - BRASIL; 4. CARDIOLOGISTA INTERVENCIONISTA DO IUCI, UBERABA - MG - BRASIL; 5. CIRURGIÃO VASCULAR/ENDOVASCULAR, CHEFE SETOR ENDOVASCULAR DO IUCI, UBERABA - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução:O infarto renal, muitas vezes de difícil diagnóstico inicial, ocorre por obstrução da artéria renal e/ou seus ramos, levando à necrose do parênquima e sendo uma das causas de abdome agudo. A obstrução da artéria renal pode levar à hipertensão renovascular (HRV), caracterizada por ativação descontrolada do sistema renina-angiotensina devido à isquemia.A causa mais frequente de HRV em infanto-juvenis e adultos jovens é a displasia fibromuscular da camada média (DFM).A DFM é uma doença vascular não inflamatória e não aterosclerótica que envolve artérias de pequeno e médio calibre, acometendo as artérias renais (mais à direita) em até 75% dos casos, principalmente em seus terços médio e distal, e associada ao desenvolvimento de estenoses, dissecções e aneurismas.Relato de Caso:DGC, masculino, 45 anos, com histórico de há 1 ano HAS grave, incontrolável com anlodipino 10mg, losartana 100mg e hidroclorotiazida 25mg.Admitido no Pronto Socorro com dor em regiões epigástrica e lombar direita de forte intensidade (4/4+).Sem queixas urinárias.Ao exame físico: afebril, com sudorese fria, pressão arterial 210x130mmHg, frequência cardíaca 96spm, abdome sem aumento de dor à palpação, RHA discretamente diminuídos e pequena distensão gasosa ao Rx simples de abdome.Sinal de Giordano positivo (2/4+).Sem alterações respiratórias e neurológicas.Na AngioTC apresentava infarto em terço médio do rim direito, comprometendo metade do parênquima, além de suspeita de estenose grave no terço médio da artéria renal ipsilateral.Indicada imediatamente arteriografia seletiva com subtração digital que evidenciou artéria renal bífida, duplicada após seu óstio, com estenose severa anelar de 90% em terço médio de tronco superior e dissecção em terço médio de tronco inferior, com formação importante de pseudoaneurisma, turbilhonamento e lentidão do fluxo sanguíneo à jusante.Fez-se angioplastia renal percutânea, cateterizando seletivamente cada segmento com passagem de fio guia 0,014?? e implante direto de stent de cromocobalto 4x30mm.Paciente evoluiu bem, sem complicações e pressão arterial em níveis normais.Conclusão:A angioplastia transluminal percutânea com balão é procedimento de escolha para a maioria dos casos de DFM, melhorando a hipertensão renovascular. A colocação de stents está indicada em casos de pseudoaneurismas para redirecionamento de fluxo e profilaxia de rotura, recorrência da doença e estenoses anelares graves onde possa sugerir fibrose importante como o relatado.

CODIGO DO TRABALHO: 2372

TÍTULO DO TRABALHO: INSERÇÃO BRAQUIAL DE CATETERES VENOSOS TOTALMENTE IMPLANTÁVEIS PARA QUIMIOTERAPIA: EXPERIÊNCIA EM 35 PACIENTES E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PEDRO HENRIQUE BATISTA SANTINI1; BRUNO ANTUNES1; GUILHERME YAZBEK1; MARCELO TEIVELIS1; MARIANA KRUTMAN1; KENJI NISHINARI2; LUCAS LEMBRANÇA PINHEIRO1; NELSON WOLOSKER1. 1. HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. A.C CAMARGO CANCER CENTER, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Avaliar prospectivamente a segurança, efetividade e o grau de satisfação de 35 pacientes submetidos ao implante de cateteres centrais de inserção periférica pela veia basílica. Métodos: Trinta e cinco pacientes consecutivos com doença onocológica ativa necessitando de quimioterapia foram acompanhados prospectivamente e submetidos ao implante de cateteres de longa permanência de inserção periférica entre novembro de 2013 e junho de 2014. Os procedimentos foram realizados em centro cirúrgico por uma mesma equipe composta por 3 cirurgiões vasculares. Os desfechos primários avaliados foram as complicações pós-operatórias precoces, ocorridos em até 30 dias após o implante. A avaliação do grau de satisfação foi realizada com base na aplicação de um questionário específico já utilizado em estudos prévios. Resultados: Em todos os casos, a punção da veia basílica foi possível e o procedimento concluído com sucesso. As complicações precoces observadas incluíram 1 caso de tromboflebite de basílica e 1 caso de infecção de bolsa, ambas tratadas clinicamente sem necessidade de retirada do dispositivo. Trinta e três dos 35 pacientes interrogados (94.3%), recomendariam o dispositivo para outras pessoas. Conclusão: A técnica de implantação de cateteres de longa permanência por inserção braquial é factível e segura. Faltam estudos comparativos entre cateteres implantados no braço versus veias do sistema cava superior, que estão em atual desenvolvimento pelo nosso grupo

CODIGO DO TRABALHO: 823

TÍTULO DO TRABALHO: INSUFICIÊNCIA VENOSA DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO POR COMPRESSÃO EXTRÍNSECA DA VEIA ILÍACA ESQUERDA: UMA MANIFESTAÇÃO INCOMUM DE MIOMA UTERINO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MATEUS PICADA CORRÊA1; RAFAEL STEVAN NOEL1; JULIO CESAR DE MELLO BAJERSKI1; JABER NASHAT SALEH1; ROBSON FELTRIN2; GUILHERME SOLDATELLI TEIXEIRA KURTZ3; FLÁVIA CRISTINA MARAFON3; LARISSA BIANCHINI3; FRANCINE CAMBOIM RUZZARIN2. 1. INVASC PASSO FUNDO, PASSO FUNDO - RS - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL, PASSO FUNDO - RS - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO, PASSO FUNDO - RS - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO Os fibromas uterinos constituem-se tumores extremamente comuns em mulheres antes da menopausa e causam significativa morbidade e prejuízo em sua qualidade de vida. Raramente podem apresentar dimensões suficientemente extensas para comprimir estruturas adjacentes, como as veias ilíacas, dificultando o retorno venoso dos membros inferiores e promovendo estase sanguínea. Apresentamos um relato de um caso incomum de mioma gigante mimetizando um quadro de síndrome de May-Thurner em uma paciente com varizes de membro inferior esquerdo. RELATO: Paciente feminina, 37 anos, com história de recidiva de varizes em membro inferior esquerdo (MIE) após cirurgia de varizes com safenectomia magna há 12 meses, ocasião que foi investigada com flebografia negativa para síndrome de May-Thurner (SMT). Na investigação, foi solicitada angiotomografia de abdome (ATC) que evidenciou compressão extrínseca de veia ilíaca externa esquerda por mioma uterino de grandes dimensões. Foi realizada Ressonância Nuclear Magnética (RNM) que demonstrou três miomas uterinos volumosos. A paciente foi submetida à embolização de artérias uterinas direita e esquerda com microesferas Embosphere® 300-500 e 500-700 com bom resultado angiográfico final. RNM de controle com 30 dias de PO evidenciou redução de 50% do volume dos miomas uterinos, com melhora total da metrorragia e melhora parcial do desconforto em membro inferior esquerdo. Seis meses PO foi realizada nova ATC demonstrando descompressão da veia ilíaca externa esquerda, redução dos miomas e veias pélvicas com 0.7mm. A paciente foi submetida a cirurgia de varizes de MIE e encontra-se assintomática com PO de 6 meses. CONCLUSÃO: A insuficiência venosa crônica secundária à estenose luminal causada pela compressão por leiomioma extenso é infrequente na prática cotidiana e na literatura. Seu manejo através da embolização alivia os sintomas após a redução do diâmetro do mioma. O presente caso demonstra a necessidade de exames de imagens intra-abdominais na suspeita de Síndrome de May-Thurner.

CODIGO DO TRABALHO: 2531

TÍTULO DO TRABALHO: INTERVALO DE TEMPO ENTRE ADMISSÃO HOSPITALAR E INTERVENÇÃO CIRÚRGICA NA SÍNDROME DO PÉ DIABÉTICO INFECTADO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FABIO SOUZA GUIMARÃES; MAURO HENRIQUE DE SA ADAMI MILMAN; MARCIO JOSE CARDOSO AMARAL; ANDRE DE BARROS GIANNETTI; LUCAS CARTAFINA BARBOSA DE SOUSA; JOSE ROBERTO MELCHIORI BUCCO. HOSPITAL REGIONAL DE COTIA, COTIA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: avaliar o impacto do intervalo entre a admissão hospitalar e a realização do procedimento cirúrgico (intervalo AC) em pacientes com Síndrome do Pé Diabético infectado. Materiais e Métodos: foi realizado estudo retrospectivo do prontuário eletrônico de 87 pacientes com pé diabético infectado internados, submetidos a tratamento cirúrgico e a coleta de material para análise microbiológica. Os pacientes foram divididos em 3 grupos, de acordo com o intervalo AC: grupo I (até 3 dias), grupo II (4 a 6 dias) e grupo III (7 ou mais dias). Não foi possível graduar os pacientes (Classificação de Wagner) pois não existe a descrição precisa das lesões. Os resultados foram submetidos à análise estatística. Resultados: o grupo I constitui-se de 40 pacientes, com intervalo AC médio de 2,0 dias; o grupo II, 22 pacientes e intervalo AC médio de 5,6 dias e o grupo III, 25 pacientes e intervalo AC médio de 8,5 dias. A taxa de reinternação oscilou entre 15% e 20% nos grupos (p=0,25). A realização de amputações supramaleolares foi de 40 a 46% nos grupos estudados (p=0,80). O tempo médio de internação no grupo I foi de 16,2 dias; no grupo II, 19,6 dias e no grupo III, 24,2 dias (p=0,04), refletindo a espera pelo procedimento, pois a diferença no intervalo médio entre a primeira cirurgia e a alta foi insignificante (p=0,30). A taxa de reabordagens cirúrgicas no grupo I foi de 18%; no grupo II, 55% e no grupo III, 67%. (p=0,0002). Os microorganismos multirresistentes (MDR) foram identificados em 7%, 10% e 33%, nos grupos I,II e III (p=0,018). Conclusões: o menor intervalo entre a internação hospitalar e a realização do procedimento cirúrgico em pacientes com Síndrome do Pé Diabético infectado determina menor tempo de internação hospitalar, redução na taxa de reabordagem cirúrgica e redução da contaminação por microorganismos multirresistentes (MDR). Este intervalo não está associado a reinternações ou realização de amputações supramaleolares. Bibliografia:1.LipskyBA, PetersEJG, SennevilleE et al. Expert opinion on themanagement of infections in the diabetic foot. Diabetes MetabRes Rev. 2012;28(Suppl 1):163-78. 2.LaveryLA, FontaineJL, BhavanK et al. Risk factors for methicillin-resistant Staphylococcusaureusin diabetic foot infections. DiabetFootAnkle 2014;5:23575.

CODIGO DO TRABALHO: 1872

TÍTULO DO TRABALHO: OBSTRUÇÃO ARTERIAL AGUDA EM RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LUCIANO ALVES MATIAS DA SILVEIRA; PAULO SÉRGIO DE SOUZA RODRIGUES FILHO; DANIELA COSTA ANASTÁCIO; GABRIEL FERNANDES DIAS; CÉLIA REGINA OLIVEIRA E OLIVEIRA; FLORA MARGARIDA BARRA BISINOTTO. UFTM - UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO, UBERABA - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A obstrução arterial aguda é uma doença de alta morbimortalidade. Baseia-se na formação de um trombo arterial ou pela migração de um êmbolo, o que leva à redução ou a perda súbita de perfusão sanguínea, com complicações funcionais graves na área acometida. Seu tratamento é realizado a partir da restauração do leito vascular pela tromboembolectomia ou por trombolíticos. RELATO DO CASO: Paciente de 82 anos, masculino, 56kg, programado para prostatectomia transvesical. Em avaliação pré-anestésica, apresentava além do diagnóstico cirúrgico, hipertensão arterial sistêmica controlada, aneurisma de aorta abdominal e tabagismo (140 maços/ano). Relatou uma capacidade física suficiente para estimar um equivalente metabólico maior que 4. Exames laboratoriais e raio x tórax normais e ECG com bradicardia sinusal. Avaliado pela Cardiologia que o liberou para o procedimento com risco cardiovascular moderado. Foi submetido à cirurgia proposta sob raquianestesia com monitorização padrão. A cirurgia durou 3 horas, apresentando apenas episódios de hipotensão leve isolados e prontamente corrigidos. Admitido na Recuperação Pós-Anestésica (RPA) e 2h após apresentou dor importante no membro inferior direito, com palidez cutânea, livedo e hipotermia. Clinicamente estável, auto e alo orientado. A equipe de cirurgia vascular detectou ausência de pulsos tibial posterior, pedioso e poplíteo, e redução do pulso femoral. Diagnosticado obstrução arterial aguda e o paciente retornou à sala operatória e submetido à embolectomia de femoral direita sob anestesia geral com duração de 90 min e sem intercorrências. Ocorreu perfusão satisfatória do membro após a cirurgia. O paciente recebeu alta hospitalar após dez dias. CONCLUSÃO: Os cuidados da RPA devem transcender à apenas monitorização de parâmetros. A identificação de outros eventos adversos nesse momento, pode ser determinante no diagnóstico e tratamento imediato, alterando o desfecho pós-operatório do paciente. Apesar de haver opções de tratamento diferentes à obstrução arterial aguda, o paciente apresentava-se no pós-operatório imediato, constituindo-se uma contraindicação relativa ao uso de trombolíticos para restauração da perfusão arterial. REFERÊNCIA: (1) Moon HG, Cho SC, Jeong SW, Lee GI, Jo YE, Youn B, Kang WY, Hwang SH, Kim W. Early versus late thrombolysis in acute arterial occlusion of lower extremity. International Journal of Cardiology. 2017 (228) 86-89.

CODIGO DO TRABALHO: 1437

TÍTULO DO TRABALHO: Oclusão total de artéria ilíaca esquerda após tempo cirúrgico prolongado em litotomia em paciente com passado de radioterapia pélvica

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MAURO RENATO AMORIM DE BARROS; JOSÉ TENÓRIO DE ALBUQUERQUE; EDMUNDO GUILHERME DE ALMEIDA GOMES; ORLITO BARROS DE AZEVEDO FILHO; FLÁVIO RODRIGUES TEIXEIRA FILHO; DIEGO WINDSON DE ARAÚJO SILVESTRE; CAMILO BARROS DE SOUZA CÂMARA. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ, MACEIÓ - AL - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃODistúrbios neurovasculares são complicações conhecidas, embora infrequentes, de procedimentos cirúrgicos prolongados em posição de litotomia. Reportamos um caso, atendido em nosso serviço, em paciente com história de tabagismo e radioterapia pélvica há 24 anos.RELATO DO CASOPaciente do sexo feminino, 61 anos, dona de casa, com história de tabagismo de longa data e passado de radioterapia pélvica por CA de colo de útero há 24 anos. Submetida em 2013 à retossigmoidectomia com colostomia à Hartmann por enterite actínica, sendo último internamento para reconstrução do trânsito intestinal, colecistectomia por litíase biliar e herniorrafia incisional. Procedimento foi realizado em posição de litotomia, e duração aproximada de 5 horas, dificultado por múltiplas aderências intestinais. Evoluiu no 3º DPO com intensa dor em face pré-tibial de perna esquerda, progredindo com hiperemia local, abaulamento e equimose. USG venoso com doppler de MMII descartou TVP. Manteve intensa claudicação e marcha equina à esquerda, sendo diagnosticada lesão do nervo fibular comum esquerdo pela ortopedia, e indicação de seguimento ambulatorial. Após retorno, evidenciada progressão de lesão pré-tibial com comprometimento importante da deambulação e grande área de necrose e infecção de planos profundos. Reinternada com investigação apontando ateromatose difusa de sistema arterial de MMII e fluxo colateralizado em artéria femoral comum esquerda ao USG arterial com doppler. Realizado controle infeccioso e debridamento cirúrgico de lesão, com exérese de músculo tibial anterior e demais áreas necróticas e exposição de face anterior da tíbia. A arteriografia mostrou extensa área de oclusão de artéria ilíaca externa e femoral comum esquerda, com tentativa frustra de angioplastia arterial. Optou-se por Bypass ileofemoral com prótese de PTFE. Procedimento bem-sucedido com melhora de perfusão de MIE e consequente granulação de lesão. Seguiu-se ao retalho hemisolear medial esquerdo para cobertura óssea e posterior e enxertia cutânea. Apresentou evolução favorável, com bom aspecto de lesão após procedimento plástico e melhora da funcionalidade de membro após fisioterapia.CONCLUSÃONota-se a importância do planejamento adequado do tempo cirúrgico objetivando a redução do período em litotomia. Além do mais, a suspeição clínica e a boa comunicação entre as equipes assistentes é essencial para o rápido diagnóstico e tratamento das complicações, prevenindo um desfecho catastrófico.

CODIGO DO TRABALHO: 2788

TÍTULO DO TRABALHO: Oxigenoterpia Hiperbárica para tratamento de úlcera microangiopática em diabéticos.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: NAYARA FALCÃO RODRIGUES1; VÂNIA LÚCIA CABRAL REBOUÇAS2; JOÃO SALES CAMPOS PIMENTEL2; ANA JULIA DE JESUS CANDEA3; CHARLES OLIVEIRA DA SILVEIRA3; YURI NÓBREGA ROCHA3; TADEU JOSÉ FONTENELE LEITE CAMPOS3; DANILO DE ANDRADE LIMA3. 1. HOSPITAL GERAL WALDEMAR ALCANTARA, FORTALEZA - CE - BRASIL; 2. HUWC, FORTALEZA - CE - BRASIL; 3. HGWA, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
Objetivos: Relatar 3 casos de úlceras microangiopáticas tratados no Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Universitário Walter Cantídio com oxigenoterapiahiperbárica. Relato: Caso 1 ? Paciente do sexo feminino com 64 anos, branca, diabética há 10 anos, em uso de hipoglicemiante oral, com úlcera em região pré-tibial com 3 meses de evolução, muito dolorosa, tratado com de pentoxifilina, antibioticoterapia e uso de diferentes curativos, com piora progressiva. Iniciou-se cilostazol 100mg 12/12h, tramadol, dipirona e antinflamatórios por 30 dias sem melhora. Iniciou oxigenoterpia hiperbárica (OHB) em 02/01/2003, tendo alivio da dor após 10 sessões e cicatrização total com 20 sessões. Caso 2 - Homem, 63 anos, pardo, hipertenso há 30 anos, com uso de 3 drogas anti-hipertensivas, apresentando úlcera em maléolo externo esquerdo com 1 mês de evolução após pequeno trauma. Foi tratado com cilostazol 100mg 12/12h, pentoxifilina 400mg 8/8h, analgésicos diversos e diferentes curativos sem melhora. Em 18/05/2005 iniciou OHB, tendo alívio da dor após 12 sessões apesar da expansão da área da úlcera durante o tratamento. Houve cicatrização com 30 sessões. Caso 3 - Mulher, 75 anos, diabética, branca, em uso deinsulina, evoluindo há 2 meses com úlceras de aparecimento espontâneo sobre tendão de Aquiles direito, tratada inicialmente com cilostazol 100mg 12/12h e pentoxifilina400mg 8/8h, analgésicos variados e curativo diversos, com piora progressiva. Foi iniciado OHB em 08/02/2007 havendo alívio da dor após 10 sessões e cicatrização total com 20 sessões. Conclusão: a úlcera microangiopática, característica dos diabéticos e hipertensos, é uma doença de difícil controle, dolorosa e com tempo médio de cicatrização de 3 a 6 meses, sendo as terapias convencionais com uso de vasodilatador periférico, curativos e analgésico são pouco eficazes nessas condições.No entanto, o uso da oxigenoterapia hiperbárica (OHB) vem demonstrando ser uma excelente opção terapêutica em úlceras isquêmicas de diferentes etiologias, em especial em diabéticos, reduzindo o tempo de tratamento e diminuindo os levados índices de amputação nessa população. Com base nos efeitos fisiológicos já estabelecidos da OHB, nos resultados de diversas séries de casos e trabalhos duplo-cego com uso dessa terapia em feridos isquêmicos e em pé diabéticos e na experiência do serviço com essa terapia, consideramos a OHB uma estratégia eficaz no tratamento das úlceras microangiopáticas.

CODIGO DO TRABALHO: 1034

TÍTULO DO TRABALHO: PÉ DIABÉTICO - DESCRIÇÃO DE CASO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFREÉ E GUINLE (UNIRIO)

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANDREA NEVES SOARES1; ANTONIO LUIZ DE ARAUJO2; WILSON ABREU MIRANDA2; BRENDA KAORI ISHIY OZIMA3; RAFAELA BROGLIO VASQUES2; TIAGO SARMET ESTEVES TEIXEIRA2. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; 2. UNIRIO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; 3. UNIRIO, RIO DE - RJ - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOA hiperglicemia prolongada é o elo comum que une os três pilares responsáveis pela formação da úlcera no pé dos diabéticos: neuropatia, isquemia e infecção. 85% dos casos graves que necessitam de hospitalização são causados por úlceras superficiais ou lesões pré-ulcerativas, as quais apresentam diminuição da sensibilidade devido à neuropatia diabética que impede o doente de se defender das agressões intrínsecas ou extrínsecas.A úlcera do pé diabético tende a evoluir para a cronicidade podendo chegar ao estágio de gangrena. Se a gangrena se apresenta como seca, sem dor à palpação e sem sinais inflamatórios plantares deve-se iniciar tratamento antibiótico, diferindo a desarticulação. Se pelo contrário a gangrena for úmida, com ou sem sinais inflamatórios plantares deve iniciar-se antibioticoterapia de amplo espectro e efetuar amputação digital/drenagem do respectivo compartimento.Temos como objetivo relatar um caso de pé diabético infectado que vem apresentando complicações há 10 anos e seu manejo. RELATO DE CASOJ.J.S.,72 anos, masculino, hipertenso, diabético há 20 anos, com episódio de abscesso em pé direito em 2008 que foi drenado e tratado com antibiótico ambulatorialmente. Em 2013 apresentou gangrena infectada em 3º e 5º pododáctilos do pé esquerdo associado a coleção purulenta em hálux do pé esquerdo, foi submetido à amputação transmetatarsiana em membro inferior esquerdo e evolui sem intercorrências voltando a ser acompanhando ambulatorialmente. Em 2015 apresentou nova gangrena infectada em 2º pododáctilo do pé direito, foi submetido à amputação que evolui sem intercorrências. Em 2017 apresentou novamente episódio de abcesso em pé direito que foi drenado e tratado com antibiótico ambulatorialmente evoluindo conforme o esperado, foi colhida secreção que foi enviada para cultura que evidenciou crescimento de Morganella morganii sensível ao esquema antibiótico proposto. Paciente continua sendo acompanhado pelo Serviço de Cirurgia Vascular. CONCLUSÃOA infecção do pé diabético é uma complicação de difícil manejo e que costuma necessitar de várias intervenções. Assim, mostra-se a importância da prevenção das complicações e da conscientização do paciente acerca da importância dos cuidados relativos ao pé.

CODIGO DO TRABALHO: 2556

TÍTULO DO TRABALHO: PERFIL MICROBIOLÓGICO DAS FERIDAS INFECTADAS EM MEMBROS INFERIORES DE PACIENTES DIABÉTICOS ABORDADOS CIRURGICAMENTE EM UM HOSPITAL SECUNDÁRIO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FABIO SOUZA GUIMARÃES; MAURO HENRIQUE DE SA ADAMI MILMAN; NAILTON GALDINO DE OLIVEIRA; ANDRE DE BARROS GIANNETTI; MARCIO JOSE CARDOSO AMARAL; JOSE ROBERTO MELCHIORI BUCCO. HOSPITAL REGIONAL DE COTIA, COTIA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: identificar o perfil microbiológico das feridas infectadas de membros inferiores de pacientes diabéticos abordados cirurgicamente em um hospital secundário. Materiais e Método: estudo retrospectivo de pacientes com diagnóstico de Síndrome do Pé Diabético (SPD) infectados internados e submetidos a tratamento cirúrgico no período 2012 a 2015. Resultados: foram incluídos 151 pacientes. Destes, 87 tiveram material coletado para cultura. Houve predomínio de infecçãopolimicrobiana (57%).As bactérias gram-negativas foram as mais isoladas, predominando Proteus spp.. As bactérias Gram-positivas mais frequentes foram os Enterecoccus spp, (resistência a ampicilina= 3%). Em pacientes submetidos à reabordagem cirúrgica e/ou reinternação hospitalar observou-se elevada ocorrência de bactérias multirresistentes (MDR).Cerca de 70% dos pacientes apresentavam resistência ?in vitro? ao esquema empírico adotado no período (Ciprofloxacino e Clindamicina). Conclusões: em pacientes internados para o primeiro procedimento cirúrgico: a) Enterecoccus spp.foi o patógeno mais prevalente; b) a associação de ceftriaxona, clindamicina e ampicilina apresenta-se como um esquema empírico ideal e c) a realização de cultura de fragmento não deve ser dispensada para identificação dos microorganismos resistentes ao esquema empírico inicial.Em pacientes reabordados ou reinternados por SPD infectado: a) houve mudança do perfil microbiológico com maior prevalência de MDR; b) a associação de vancomicina e carbapenêmicos apresentou-se como esquema empírico ideal nos pacientes reinternados e c) material deve ser coletado para análise microbiológica para adequação do esquema antibiótico devido a taxa significativa de MDR. Bibliografia:1. LipskyBA, PetersEJG, SennevilleEet al. Expert opinion on themanagement of infections in the diabetic foot. DiabetesMetabResRev.2012;28(Suppl1):163-78. 2.BanashankariGS, RudreshHK, HarshaAH. Prevalence of GramNegativeBacteria in Diabetic Foot ?A Clinico-Microbiological Study. AlAmeenJMedSci2012;5:224-232.3. LaveryLA, FontaineJL, BhavanK, KimPJ, WilliamsJR,Hunt NA. Risk factors for methicillin-resistant Staphylococcusaureusin diabetic foot infections.DiabetFootAnkle2014;5:23575.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1523

TÍTULO DO TRABALHO: Pseudoaneurisma de artéria femoral superficial após perfuração por arma de fogo

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: YURI GUILHEM RACHID JAUDY1; LUCAS FERREIRA GOUVEIA2; JULIANA GUNDIM BARROS GUIMARÃES2; JESSIKA RODRIGUES TAUHATA2; JULIANE LOPES DO NASCIMENTO2; JORGE LUIZ C. C. GOMES ABRANTES2; MILLER COSME ANTÔNIO DE QUEIROZ2; RICARDO RUSSI BLOIS2. 1. ITPAC/FAHESA ARAGUAÍNA, ARAGUAÍNA - TO - BRASIL; 2. ITPAC, ARAGUAINA - TO - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Considerando a escassez epidemiológica deste tema, propomos relatar caso de um paciente portador de pseudo-aneurisma de artéria femoral superficial esquerda após perfuração por arma de fogo, expondo estratégia diagnóstica e terapêutica de sucesso. Pseudo-aneurismas são afecções raras. São dilatações fusiformes ou saculares, representando uma forma de dissecção, com ruptura da artéria entre a camada média e adventícia da parede vascular ou resultante de fraqueza da própria adventícia com subsequente encapsulamento do hematoma paravascular. Surgem em decorrência de procedimentos cirúrgicos, procedimentos endovasculares - como enxertos e confecção de fístulas arteriovenosas, processos infecciosos e devido lesões traumáticas. Os aneurismas de artéria femoral superficial são raros, sobretudo aqueles classificados como pseudoaneurismas. RELATO DE CASO: Masculino, 25 anos, pardo, admitido no Hospital Regional de Araguaína ? TO devido perfurações múltiplas por projétil de arma de fogo, passou por laparotomia exploradora de urgência: não foram encontradas lesões aparentes mas evoluiu com disúria, abaulamento de bolsa escrotal e com sangramento importante ao deambular oriundo das lesões nas coxas. No 59º DIH: Foi submetido a cirurgia para tratamento de pseudo-aneurismade artéria femoral superficialcom revascularização de MIE. Após o procedimento teve boa evolução, sem febre e com melhora da dor. O acometimento femoral de aneurismas se dá mais frequentemente no segmento da artéria femoral comum, representando cerca de 80% dos casos, com maior prevalência para pseudoaneurismas. CONCLUSÃO: A ocorrência de aneurisma de artéria femoral superficial apresenta baixa incidência, assim, a literatura científica que tratado assunto é escassa. Na existência de um caso conduzido de maneira adequada, com sucesso terapêutico, convém relatá-lo à comunidade profissional e acadêmica da área da saúde.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2659

TÍTULO DO TRABALHO: Pseudoaneurisma de tronco braquiocefálico secundário à ferimento por arma de fogo

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ALESSANDRA LAITART1; NICOLAU FERNANDES KRUEL2; ANDRÉ LUIZ PARIZI MELLO2; ORLI FRANZON2. 1. UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA (UNISUL), PALHOÇA - SC - BRASIL; 2. HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ DR HOMERO DE MIRANDA GOMES, SÃO JOSÉ - SC - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O pseudoaneurisma é definido como um hematoma pulsátil que possui comunicação com uma artéria através de um colo formado após a ruptura da parede arterial. Diferentemente do aneurisma verdadeiro, cujas paredes são do próprio vaso, as paredes do pseudoaneurisma são formadas pelo próprio tecido ao redor da artéria1. Dependendo da sua localização, o diagnóstico pode ser feito através de eco collor doppler, tomografia computadorizada, ressonância magnética ou angiografia2.Relato de caso: Homem, 41 anos de idade, chegou ao serviço de emergência do Hospital Regional trazido pelo SAMU, vítima de ferimento por fragmento de fuzil em região cervical anterior. Na admissão hospitalar, o paciente apresentava desconforto respiratório e dor torácica, orifício de entrada em região cervical anterior, sem orifício de saída, ausculta pulmonar com murmúrio vesicular diminuído em hemitórax direito e saturação em cateter nasal de oxigênio de 93%. Pulsos periféricos estavam cheios e presentes nos quatro membros. Uma radiografia de tórax realizada no atendimento da sua cidade de origem demonstrou o fragmento de projétil alojado em região torácica posterior.Na avaliação secundária o paciente se mantinha estável e foi encaminhado para realização de uma tomografia de tórax. O laudo do exame constatou a presença de fragmento metálico entre o 9º e o 10º arcos costais direitos posteriormente, hemotórax de grande volume à direita determinando atelectasias pulmonares compressivas, pequeno pneumotórax direito e densificação do tecido adiposo mediastinal associado a provável lesão do tronco braquiocefálico arterial. Para confirmar a lesão vascular, foi solicitada uma angiotomografia de tórax que evidenciou sinais de lesão do tronco braquiocefálico arterial associada a densificação do tecido adiposo mediastinal (pseudoaneurisma). A pedido do mesmo, o paciente foi transferido para outro serviço, no qual foi realizada a correção endovascular do pseudoaneurisma de tronco braquiocefálico.Conclusão: O tratamento de pseudoaneurismas vêm apresentando melhores resultados nos últimos anos devido ao aprimoramento da cirurgia endovascular e habilidade do cirurgião. Dentre as vantagens dessa abordagem estão a baixa morbidade, segurança e rápida resolução, reduzindo tempo de internação e complicações pós-operatórias. A dificuldade no diagnóstico é um dos principais desafios dessa patologia, o qual deve ser rapidamente estabelecido, aumentando assim as chances de sobrevida desses pacientes3.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1193

TÍTULO DO TRABALHO: PSEUDOANEURISMA GIGANTE DE ARTÉRIA ESPLÊNICA ASSOCIADO A PANCREATITE CRÔNICA: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BRUNO ROBERTO DA SILVA FERREIRA; VITOR TEIXEIRA HOLANDA; FERNANDO KENNEDY PEREIRA CHAVES; PLÍNIO HENRIQUE FERNANDES LEANDRO; FRANCISCO JULIMAR C. DE MENEZES; HELADIO FEITOSA DE CASTRO FILHO; GOTARDO DUARTE DUMARESQ. IJF, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O pseudoaneurisma de artéria esplênica é uma complicação vascular rara, e potencialmente grave, associada à pancreatite crônica. A ruptura dessas malformações pode ocorrer para o interior de uma víscera oca ou para a cavidade abdominal. A incidência é baixa, indo até 10% am algumas séries. Relatamos o caso de um paciente com essa patologia e revisamos a literatura. Relato do caso: Homem, 33 anos, deu entrada no departamento de emergência do Instituto Dr. José Frota (IJF) com quadro de dor abdominal intensa de início abrupto. Ao exame físico, se apresentava com estado geral regular, hipocorado, ansioso, taquicárdico. Palpação abdominal flagrou massa abdominal palpável, pulsátil e dolorosa em região epigástrica. Paciente era alcoolista pesado e portador de pancreatite crônica, sem acompanhamento adequado da patologia. Realizado ultrassom de abdome que mostrou formação aneurismática em topografia de epigástrio com trombo parietal. Tomografia computadorizada de abdome com contraste mostrou calcificações pancreáticas e imagem espontaneamente hiperdensa, heterogênea, com efeito de massa, medindo 10,5x8,5 cm, com área de captação de contraste medindo 4,0x3,0 cm em região epigástrica, em íntima relação com corpo pancreático, sugerindo pseudoaneurisma de artéria esplênica com trombo parietal. Durante observação clínica, paciente apresentou piora do quadro álgico, sendo indicada abordagem cirúrgica. Durante procedimento, foi confirmada a presença de lesão aneurismática de artéria esplênica, sendo realizada a abertura do pseudoaneurisma com retirada do trombo e rafia de lesão puntiforme sangrante de artéria esplênica. Paciente evoluiu bem no pós-operatório. No seguimento ambulatorial, apresentava-se assintomático e com ferida operatória com boa cicatrização. Conclusão: A artéria esplênica é o vaso mais comumente relacionado a esse tipo de lesão; a seguir temos os vasos gastroduodenais, pancreaticoduodenais, gástricos e hepáticos. A patogênese desses aneurismas é mal compreendida. Acredita-se que essas lesões possam ocorrer devido à incorporação da artéria dentro da parede de um pseudocisto pancreático prévio e à abrasão da parede arterial, que se rompe no pseudocisto convertendo-o em pseudoaneurisma.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2018

TÍTULO DO TRABALHO: Pseudoaneurisma na aorta torácica descendente: Relato de Caso.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOSE EMERSON DOS SANTOS SOUZA1; PRISCILLA RIBEIRO DOS SANTOS2; PEDRO HENRIQUE DA SILVA GOMES1; JESSICA CORREIA DE OLIVEIRA1; CARLOS VICTOR DE ALMEIDA LUZ1; EMANOEL NASCIMENTO COSTA1. 1. UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS, MANAUS - AM - BRASIL; 2. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO FRANCISCA MENDES, MANAUS - AM - BRASIL.

RESUMO:
Embolização por projétil do sistema arterial ou venoso é uma rara complicação da penetração de ferimento por arma de fogo. Está sendo reportado o caso de um paciente do sexo másculo de 29 anos que se apresentou no serviço de emergência com ferimento por arma de fogo no braço esquerdo, que transfixou a área anterior do braço (próximo ao ombro) e entrou no tórax sem a presença de ferimento de saída. Foi realizada drenagem fechada de tórax e as radiografias iniciais mostraram o projétil na parte superior da coxa esquerda. Tomografia contrastada demonstrou um pseudoaneurisma na aorta torácica descendente e evidenciou o projétil próximo à artéria femoral superficial esquerda. O exame físico demonstrou diminuição do pulso pedioso esquerdo associado à dormência dos pododáctilos. Um tratamento endovascular para correção da aorta torácica foi realizado para selar o orifício da aorta descendente e tromboembolectomia/retirada do projétil foi feito por meio da incisão da artéria femoral esquerda, todos procedimentos foram bem sucedidos sem nenhuma intercorrência.

CODIGO DO TRABALHO: 756

TÍTULO DO TRABALHO: PSEUDOANEURISMA TRAUMÁTICO DE ARTÉRIA TEMPORAL SUPERFICIAL: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JEFFERSON BAGATIM; MARIANA FERREIRA BORGES FIRMO RODRIGES; EMANUEL FIRMO RODRIGUES; PATRÍCIA JOIA PERES; THALES VIEIRA GONÇALVES; VITOR BORDINHON MERCANTE; TIMOTEO VILELA VERÍSSIMO. SANTA CASA DE OURINHOS, OURINHOS - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O PSEUDOANEURISMA TRAUMÁTICO DA ARTÉRIA TEMPORAL SUPERFICIAL, É UMA PATOLOGIA VASCULAR INCOMUM, COM APROXIMADAMENTE 400 CASOS RELATADOS NA LITERATURA MUNDIAL, REPRESENTANDO 1% DE TODOS OS ANEURISMAS. DECORRENTE ESPONTANEAMENTE OU DE TRAUMA CONTUSO E/OU ABERTO DA REGIÃO FRONTOPARIETAL OU TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO DE GRANDE IMPACTO. TIPICAMENTE O DIAGNÓSTICO É REALIZADO APÓS SEMANAS DE EVOLUÇÃO, POR VEZES COM DIVERSAS CONSULTAS COM O GENERALISTA. A CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA É REALIZADO ATRAVÉS DE ARTERIOGRAFIA OU ANGIOTOMOGRAFIA. O PRINCIPAL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CONSISTE NA FÍSTULA ARTERIOVENOSA. O TRATAMENTO PODE SER REALIZADO ATRAVÉS DE EMBOLECTOMIA OU PSEUDOANEURISMECTOMIA.RELATO DE CASO: PACIENTE DE 39 ANOS, VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, COM FERIMENTO CORTOCONTUSO EM REGIÃO TEMPORAL ESQUERDA. ATENDIDO E AVALIADO EM HOSPITAL DE NÍVEL PRIMÁRIO, ONDE FOI REALIZADO SUTURA DE PELE. APÓS PROCEDIMENTO RECEBEU ALTA DOMICILIAR. NO ENTANTO, EVOLUIU COM ABAULAMENTO EM REGIÃO ACOMETIDA, DE CARÁTER PROGRESSIVO, COM QUEIXA DE DOR A MOBILIZAÇÃO, SEM MELHORA COM CURATIVO COMPRESSIVO E/OU USO DE ANALGÉSICOS. APÓS 12 DIAS, PROCUROU O CENTRO DE SAÚDE, DIAGNOSTICADO COM ?ABSCESSO DE FERIDA?, INICIADO ANTIBIOTICORETAPIA EMPÍRICA COM CEFALEXINA DE 500 mg DE 6/6 HORAS. DEVIDO A FALHA TERAPÊUTICA, APÓS CINCO DIAS, AVENTADO A POSSIBILIDADE DE ?CORPO ESTRANHO? EM SUBCUTÂNEO. ENCAMINHADO A SANTA CASA DE OURINHOS, PARA DRENAGEM E EXPLORAÇÃO CIRÚRGICA. DURANTE EXAME FÍSICO, VISUALIZADO MASSA PULSÁTIL E DOLOROSA EM REGIÃO PRÉ-AURICULAR A ESQUERDA. FRENTE A SINTOMATOLOGIA APRESENTADA, CORROBOROU PARA O DIAGNÓSTICO DE PSEUDOANEURISMA TEMPORAL, TENDO COMO O PRINCIPAL DIFERENCIAL A FÍSTULA ARTERIOVENOSA. SOLICITADO PROPEDÊUTICA: ULTRASSOM COM DOPPLER COLORIDO, IDENTIFICADO PSEUDOANEURISMA DE ARTÉRIA TEMPORAL SUPERFICAL; COMPLEMENTADO COM ARTERIOGRAFIA: VISUALIZADO PSEUDOANEURISMA DE ARTÉRIA TEMPORAL SUPERFICIAL A ESQUERDA. OPTADO PELO TRATAMENTO CIRÚRGICO DEVIDO INDISPONIBILIDADE EM NOSSO SERVIÇO DE ENDOVASCULAR INTERVENCIONISTA. REALIZADO PSEUDOANEURISMECTOMIA. EVOLUINDO COM EXCELENTE RESULTADO NO PÓS OPERATÓRIO.CONCLUSÃO: TRATA-SE DE UM CASO, EM PACIENTE VITIMA DE TRAUMA FRONTOPARIETAL, ENCAMINHADO AO SERVIÇO DE REFERÊNCIA APÓS TERAPÊUTICAS FALHAS PENSANDO-SE EM ABSCESSO OU CORPO ESTRANHO DE FERIDA SUTURADA. DIAGNOSTICADO PELA EQUIPE DE CIRURGIA GERAL COMO PSEUDOANEURISMA TEMPORAL, COM REALIZAÇÃO DE TERAPÊUTICA E PROPEDÊUTICA NESTE SERVIÇO.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2995

TÍTULO DO TRABALHO: Relato de caso de pseudo-aneurisma de artéria temporal secundário à trauma pérfuro-cortante.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: SAULO AIRES OLIVEIRA; WANDERVÂNIA GOMES NOJOZA; LUCAS MONTE DA COSTA MORENO; VICTOR HUGO LAURO SOARES; JOÃO EDISON DE ANDRADE FILHO; HILTON AGUIAR CANUTO; TICIANO ADLER DE SOUSA SINDEAUX; RUSSIAN SOARES UCHOA. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO - UFC, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O caso a seguir relata uma história típica de suspeita, diagnóstico e tratamento de pseudoaneurisma de artéria temporal secundário a trauma facial.Relato de caso: paciente 19 anos, diagnóstico de hipertensão arterial recente, previamente hígido e nega uso de medicamentos. Refere trauma pérfuro-cortante, cerca de 4 cm em região temporal direita há cerca de 3 semanas. Procurou atendimento médico sendo realizada sutura simples para contensão de sangramento. Evolui com percepção de massa pulsátil em mesma topografia e moderadamente dolorosa. Encaminhado ao Hospital Universitário Walter Cantídio, sendo realizado estudo com Doppler que tendencia para a hipótese de pseudoaneurisma em artéria temporal superficial. Foi submetido à cirurgia para exérese de massa aneurismatica com posterior ligadura proximal e distal.Conclusão: De uma forma geral, os pseudoaneurismas ocorrem secundários a lesões traumáticas quando não há ruptura de todas as camadas que compõem o vaso, estando o sangramento parcialmente contido pela camada adventícia, na maioria das vezes. O sangramento se expande, é contido pela pseudocápsula que se forma, originando a massa pulsátil e dolorosa característica da patologia. Ao exame, a suspeita se inicia pela palpação do nódulo aneurismático, pulsátil e doloroso bem como pela compressão da porção proximal ao aneurisma, tendendo à diminuição tanto do tamanho quanto do frêmito formado na zona de turbilhonamento. O paciente pode referir cefaléia, desconforto em orelha externa e até alterações visuais. A maioria dos caso se apresenta em 2-6 semanas pós-trauma, tendo uma porcentagem de 15-20% se manifestando até 3 anos após o mecanismo estressor. O ultrassom Doppler consegue nortear a suspeita diagnóstica na maioria das vezes, mas é a angiografia quem dá o diagnóstico definitivo. O tratamento convencional é o mesmo relatado no caso, com a identificação do nódulo aneurismático em suas porções proximal e distal com posterior exérese e ligadura. Na literatura há relatos de tratamento com êxito por meio de embolização.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2604

TÍTULO DO TRABALHO: RELATO DE CASO: PACIENTE COM COARCTAÇÃO DE AORTA CORRIGIDA DURANTE A GESTAÇÃO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JULIANA RIBEIRO RODA1; HELAINE MARIA BESTETI PIRES MAYER MILANEZ2; ADRIANA DE ALMEIDA UETI2; GIULIANE JESUS LAJOS2; PEDRO PAULO MARTINS DE OLIVEIRA3. 1. PUC CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL; 2. CAISM UNICAMP, CAMPINAS - SP - BRASIL; 3. HC UNICAMP, CAMPINAS - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução:A coarctação de aorta é um estreitamento na aorta torácica proximal, comumente diagnosticada na infância; e quando não, pacientes portadoras dessas anomalias atingem a idade reprodutiva e engravidam. No Brasil, corresponde de 6 a 8% de todos os defeitos cardíacos congênitos e é o sexto defeito cardíaco mais comum. Sem tratamento, apresenta morbimortalidade significativa. A cirurgia cardíaca em gestante apresenta riscos como hipotermia, que pode induzir contrações uterinas e estimular o trabalho de parto prematuro, além de reduzir o fluxo sanguíneo placentário. A possibilidade de realização de uma intervenção cirúrgica depende da idade gestacional ao diagnóstico, sendo o período ideal o início do segundo trimestre.Relato de caso: MFS, 20 anos, primigesta acompanhava no ambulatório de Cardiologia da Unicamp há 1 ano por estenose mitral reumática. No início do Pré-Natal foi observado sopro rude em foco aórtico, com irradiação para região axilar e jugular esquerdas; realizou Ecocardio com 8 semanas que identificou coarctação de aorta. Realizada RNM confirmou-se o diagnóstico. Indicada cirurgia corretiva com 10 semanas, com anastomose termino-terminal com sangramento ao redor de 300ml, sob anestesia peridural e geral, sem necessidade de circulação extra-corpórea. A Ecocardio de 15 semanas evidenciou dupla lesão mitral leve, estenose aórtica leve e dilatação moderada de átrio esquerdo. O parto foi realizado às 40 semanas por via vaginal. Apresentou hipertensão arterial sistêmica no puerpério imediato, controlada e com boa evolução. Após 4 anos, a paciente iniciou nova gestação, tendo realizado PN em outro serviço e parto realizado em 2012 por via vaginal, com uso de fórcipe. Em 2015, iniciou terceira gestação e início de PN com IG 39semanas, apresentando Ecocardio com dilatação moderada de átrio esquerdo, estenose mitral moderada, insuficiência mitral leve, sem alteração do fluxo na aorta descendente em relação ao fluxo na valva aórtico. Evoluiu para parto vaginal sem analgesia.Conclusão: A coarctação de aorta é tipicamente mal tolerada na gestação, já que o gradiente de pressão intra-aórtico e a fração reduzida após a área da coarctação levam a uma redução significativa do sistema útero placentário, elevando a ocorrência de abortos e óbitos fetais. Apresentamos um caso excepcional, com abordagem cirúrgica de cardiopatia grave durante a gestação e correção adequada, o que possibilitou boa evolução fetal nas três gestações

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2599

TÍTULO DO TRABALHO: REPERCUSSÃO DO USO DA CIRCULAÇÃO EXTRACORPÓREA NA TAXA DE ÓBITO DE PACIENTES SUBMETIDOS A REVASCULARAÇÃO MIOCÁRDICA COM 1 ENXERTO NA REGIÃO SUDESTE DE 2015 A 2016: ESTUDO DE 3038 PROCEDIMENTOS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BRENNO IVO SOARES SANTOS1; ALEXANDRE GABRIEL SILVA REGO2; BRENDA IRLA SOARES SANTOS2; ANTONIO RAYRON SOARES DE HOLANDA2; LUCAS PAZOLINNI VIANA ROCHA2. 1. HSPE, TERESINA - SP - BRASIL; 2. UFPI, TERESINA - PI - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVOS: Analisar a repercussão do uso ou não da circulação extracorpórea (CEC) na taxa de óbito intra hospitalar de pacientes submetidos a revascularização miocárdica com 1 enxerto. MÉTODOS: Estudo analítico-retrospectivo a partir das Autorizações de Internações Hospitalares (AIHs) de pacientes submetidos a revascularização miocárdica com 1 enxerto com ou sem o uso de CEC. Os dados foram tabulados a partir do SIS AIH TabWin. Considerou-se todas as cirurgias realizadas no sudeste no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2016. A razão de chances para o desfecho óbito foi calculado pelo teste de Odds Ratio, apresentado em um intervalo de confiança de 95% e seguido do teste de Qui-quadrado com correção de Yates. Calculou-se também o ARR, ou seja, o aumento proporcional na taxa de óbito entre o grupo sem o uso de técnica complementar em relação ao grupo com uso. Considerou-se significativo pRESULTADOS: No total, foram analisados 3038 revascularizações miocárdicas. O não uso de técnica de CEC ocorreu em 22,25% (n=676) dos procedimentos. Naqueles submetidos à CEC, o óbito foi de 5,55%, e nos não submetidos essa taxa foi de 2,96%. O não uso de técnica complementar repercute em 92,6% a mais de chances para o desfecho óbito (OR=1,926) e representa um aumento relativo de risco (ARR) de 2,59% para o desfecho fatal, com valor estatisticamente significativo (p=0,0086). CONCLUSÃO: O uso da técnica de CEC apresentou diferença significativa na taxa de óbito quando comparada ao seu não uso entre os pacientes que foram submetidos à revascularização miocárdica no grupo estudado. REFERÊNCIAS: 1. Hoechter DJ, et al. Extracorporeal circulation during lung transplantation procedures: a meta-analysis. ASAIO J. 2017 Feb 27 2. Allareddy V, et al. Impact of Periapical Abscess on Infectious Complications in Patients Undergoing Extracorporeal Circulation Auxiliary to Open-Heart Surgical Procedures. J Evid Based Dent Pract. 2017 Mar;17(1):13-22 3. Formica F, et al. Minimal Extracorporeal Circulation and Minimally Invasive Valve Operations: Should They Be the Right Combination in the Future? Ann Thorac Surg. 2017 Mar

CODIGO DO TRABALHO: 1446

TÍTULO DO TRABALHO: ROTURA ESPONTÂNEA DE ARTÉRIA MAMÁRIA: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: EDUARDO GONÇALVES MARTINS DA COSTA; FERNANDO SIMÕES DE SENA; THIAGO MOSCI; RODRIGO SPÍNOLA E SILVA; HENRIQUE MOURA PARREIRA; ANDERSON FREITAS DE SOUZA ASSIS MORAIS; GILMARQUES ALMEIDA DA SILVA; MARIA CLARICE A. VASCONCELOS. HOSPITAL MÁRCIO CUNHA, IPATINGA - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A artéria mamária, também denominada artéria torácica interna, é ramo direto da artéria subclávia e descende lateralmente ao osso esterno. O traumatismo é sua principal causa de comprometimento, sendo incomuns danos espontâneos a sua estrutura. RELATO DE CASO: Trata-se de paciente do sexo feminino, 48 anos, natural e procedente de Ipatinga, sem referências a etilismo, tabagismo, uso de drogas ilícitas ou antecedentes patológicos. Entrada no serviço de urgência do Hospital Márcio Cunha, em Ipatinga ? MG, com histórico de dor anterior em hemitórax esquerdo de forte intensidade e agravo progressivo há três horas, associado a dispneia persistente no repouso e vertigens ocasionais. Foi submetida a análises laboratoriais e radiográficas e mantida em observação. Subsequentemente acresceram-se vômitos e rebaixamento sensório-cognitivo, necessitando de aporte ventilatório invasivo e expansão volumétrica e suporte vasopressor por hipotensão refratária. Screenings laboratoriais e radiográficos subsequentes evidenciaram queda hemantimétrica importante e presença de hipotransparência difusa em hemitórax esquerdo, motivando toracostomia com drenagem pleural fechada com débito inicial de 1800 mL de conteúdo hemorrágico. Por conseguinte, indicou-se estudo angiográfico de urgência mediante punção percutânea da artéria femoral comum direita e arteriografia aórtica contrastada com cateterização seletiva e superseletiva das artérias intercostais do hemitórax esquerdo e da artéria torácica interna esquerda, culminando com a localização do sítio sangrante ativo e sua embolização. A paciente obteve alta hospitalar após período de internação em unidade de tratamento intensivo e enfermaria, mantendo acompanhamento especializado ambulatorial.CONCLUSÃO: A importância da discussão de tal afecção justifica-se pela sua raridade e pela necessidade premente de aventá-la prematuramente como diagnóstico diferencial, afim de garantir a adoção precoce dos corretos recursos terapêuticos, implicando impacto favorável em sobrevida e redução da morbimortalidade ligada a esta condição, evidenciando a aplicabilidade e o interesse médico da presente produção.

CODIGO DO TRABALHO: 1382

TÍTULO DO TRABALHO: SÍNDROME COLESTÁTICA ASSOCIADA A ANEURISMA DE ARTÉRIA PANCREATODUODENAL

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOSÉ MOREIRA DOS SANTOS1; JOSÉ CALIXTO DA SILVA NETO2; CAMILA JOB DA SILVEIRA2; KLÉVER FORTE DE OLIVEIRA3; BRUNA SILVA DE OLIVEIRA2; JOSÉ GERALDO TENÓRIO DE BRITO BARBOZA2. 1. GRUTÓRAX, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. FAMENE, JOAO PESSOA - PB - BRASIL; 3. UFPB, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOOs aneurismas da artéria pancreatoduodenal são raros, difíceis de diferenciar de outras patologias abdominais e apresentam alto risco de ruptura. Podem ser verdadeiros, resultantes de uma anormalidade da parede do vaso, ou falsos, oriundos de lesões e erosões da parede vascular.São congênitos ou secundários a outros patologias, como trauma, lesões iatrogênicas decorrentes de cirurgia ou colangiopancreatografia endoscópica retrógrada, pancreatite e vasculite sistêmica. RELATO DE CASOHomem, 62 anos, ex-tabagista, ex-etilista, procurou atendimento hospitalar com quadro de dor epigástrica há cerca de 15 dias, associada à icterícia e colúria. Ao exame físico, apresentava massa palpável na região epigástrica, sem sinais de peritonite. Exames de imagem demonstraram a presença de aneurisma de artéria pancreatoduodenal inferior, comprimindo a cabeça do pâncreas e o ducto colédoco, associado a dilatação das vias biliares. Não foram visualizados cálculos. Os exames laboratoriais demonstraram: anemia leve normocrômica com anisocitose; hiperbilirrubinemia (23,7mg/dL) às custas de bilirrubina indireta (16,1mg/dL); aumento acentuado de fosfatase alcalina (222 U/L) e gama glutamil transferase (569 U/L); e inversão do padrão das aminotransferases, com aspartato aminotransferase (106 U/L) maior que o dobro da alanina aminotransferase (46 U/L). Os exames complementares, somados à clínica do paciente, demonstraram a associação da síndrome colestática com o aneurisma. O paciente aguarda melhora clínica para a realização de uma arteriografia e adoção do tratamento.CONSIDERAÇÕES FINAIS Os aneurismas podem se manifestar de forma inespecífica, dificultando seu diagnóstico. A letalidade de um episódio de ruptura é de 50%. No nosso paciente, a localização do aneurisma resultou na compressão da cabeça do pâncreas e do ducto colédoco, gerando uma síndrome colestática. A intervenção cirúrgica é indicada para todos os casos, visto que a literatura não relaciona o tamanho do aneurisma e o seu risco de ruptura. O reparo endovascular é a opção de escolha para cirurgias eletivas ou de emergência, devido a menor morbimortalidade associada.

CODIGO DO TRABALHO: 2866

TÍTULO DO TRABALHO: SÍNDROME DA VEIA CAVA SUPERIOR: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MATHEUS CASTELO PRUDENTE1; GABRIEL LUNARDI ARANHA2; NATHALIA PEREIRA VIZENTIN3; LETICIA BIANCO GOMES DE ALMEIDA2; BRENO BIANCO GOMES DE ALMEIDA2; ALEXANDRE DE TARSO MACHADO2. 1. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA - SUPREMA, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL; 2. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL; 3. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO Síndrome da Veia Cava Superior (SVCS) é a diminuição ou obstrução da drenagem venosa da cabeça, pescoço e extremidades superiores pela veia cava superior (VCS) por trombose ou compressão extrínseca. A maioria dos casos é secundário à malignidade e dentre os casos benignos, fibrose mediastinal (FM) é a principal causa . FM é caracterizada por proliferação fibrosa no mediastino podendo ser idiopática ou secundária a condições como doenças inflamatórias, autoimunes ou infecciosas. Os principais sinais e sintomas são: edema facial e dos membros superiores, colateralização das veias torácicas e do pescoço, dispneia e tosse. No tratamento da SVCS, a angioplastia com balão ou stent é atualmente o método que fornece o alívio mais rápido da obstrução com menores riscos quando comparada com cirurgia, radioterapia e quimioterapia. RELATO DE CASO Mulher, 34 anos, previamente hígida, evoluindo em 4 meses com edema progressivo no território de drenagem da VCS, apresentando piora nas últimas semanas com dispnéia, ortopneia e intubação orotraqueal. Tomografia evidenciou obstrução da VCS por massa mediastinal com intensa colateralização em região toraco-cervical com o diagnóstico de fibrose mediastinal. Foi realizada flebografia por acesso femoral que evidenciou oclusão da VCS e veias inominadas bilateralmente com intensa circulação colateral envolvendo veias torácicas e epigástrica (tipo IV). Tais veias foram recanalizadas com fioguia hidrofílico, e realizada angioplastia com balão 9 x 40 mm com melhora da drenagem venosa. Em seguida foram posicionados dois stents metálicos autoexpansíveis de 10 x 69 mm de tamanho recobrindo desde a veia subclávia estendendo-se até a transição da VCS com átrio direito bilateralmente, com redução do fluxo de contraste em veias colaterais. No pós-operatório imediato nota-se melhora do edema palpebral e dos padrões ventilatórios. CONCLUSÃO O procedimento endovascular mostrou ser seguro e eficaz, sendo a escolha de tratamento nos casos em que sua realização é possível. Obstáculos que podem ser encontrados são: ausência de acesso vascular, vaso totalmente obstruido/ infiltrado por tumor, variações anatômicas, problemas renais ou alergia ao contraste iodado, o que prejudica sua utilização.

CODIGO DO TRABALHO: 1109

TÍTULO DO TRABALHO: Síndrome de Compressão da Veia Ilíaca- Série de casos

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANA FLÁVIA SARACENI; VINÍCIUS BERTOLDI; WALTER CAMPOS JUNIOR; RODRIGO DE AZEVEDO; RAPHAEL CAMERINI MACIEL; LEONARDO HENRIQUE DOS SANTOS. HOSPITAL PROFESSOR EDMUNDO VASCONSCELOS, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: A Síndrome de Compressão da Veia Ilíaca é uma situação clínica na qual a artéria ilíaca comum direita comprime extrinsecamente a veia ilíaca comum esquerda. O objetivo do estudo é relatar uma série de casos de pacientes com Síndrome de Compressão da Veia Ilíaca atendidos pelo Serviço de Cirurgia Vascular do Complexo Hospitalar Professor Edmundo Vasconscelos (CHPEV) no período de 2010 a 2016, abordando as opções terapêuticas individualizadas para cada caso e demonstrar os aspectos relacionados ao diagnóstico e a conduta nos pacientes portadores desta síndrome. Métodos: Foi realizado um estudo retrospectivo, descritivo e analítico de pacientes atendidos nos ambulatórios do Serviço de Cirurgia Vascular do CHPEV, em São Paulo, SP. Resultados: Foram analisados 16 pacientes, sendo 16 (100%) do sexo feminino. A idade do início dos sintomas variou de 18 anos a 44 anos, com média de 28,12 anos. Os sinais e sintomas referidos pelas pacientes na primeira consulta foram varizes pélvicas (n = 4), trombose venosa profunda (n = 1), dor (n = 5) e edema (n = 12. Quatorze pacientes evoluíram com TVP desde o início dos sintomas até a última avaliação. Quinze (93,75%) dos pacientes foram submetidos a cirurgia. Uma paciente recebeu tratamento clínico medicamentoso durante todo o período avaliado. Doze (75%) das pacientes foram submetidas a uma cirurgia endovascular. Houve a necessidade de novas intervenções cirúrgicas em três casos. Conclusão: O tratamento endovascular (angioplastia com colocação de stent autoexpansível) é seguro e efetivo, podendo substituir a reconstrução cirúrgica aberta e/ou a anticoagulação isolada. É necessário uma investigação completa na suspeita de síndrome de Cockett, já que o diagnóstico precoce é essencial para evitar complicações. Bibliografia: 1. Cavalcante LP, Souza JES, et al. Síndrome de compressão da veia ilíaca: revisão de literatura. J Vasc Bras. 2015 Jan.-Mar.; 14(1):78-83. 2.Mousa AY, et al. May-Thurner Syndrome: update e review. Annals of vascular surgery. Vol. 27, n°7, October 2013. 3.Melo CCS, Barros MVL, Tratamento Endovascular na Síndrome de May-Thurner: Relato de Caso e Revisão da Literatura. Rev bras ecocardiogr imagem cardiovasc. 2012;25(2):122-125. 4.Bozkaya H, Cinar C. Endovascular Treatment of Iliac Vein Compression (May-Thurner) Syndrome: Angioplasty and Stenting with or without Manual Aspiration Thrombectomy and Catheter-Directed Thrombolysis. Ann Vasc Dis Vol. 8, No. 1; 2015; pp 21?28.

CODIGO DO TRABALHO: 3115

TÍTULO DO TRABALHO: Síndrome de Dunbar - Relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RAPHAEL AUGUSTO BRAGA NUNES1; JOÃO ANTONIO VERONESE LEME2; RADDIB EDUARDO NOLETO DA NOBREGA OLIVEIRA3; DANIELA ESTEPHANY DELGADO GUEVARA3; MARCOS VINICIUS TAVARES ROLIM1; CLAUDINEIA FERNANDES DA SILVA4; DAIANA LOPES4; CAROLINE NISHIMURA3. 1. HOSPITAL REGIONAL DE CACOAL, CACOAL - RO - BRASIL; 2. FACIMED - FACULDADE DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE CACOAL, CACOAL - RO - BRASIL; 3. FACIMED-FACULDADE DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE CACOAL, CACOAL - RO - BRASIL; 4. HEURO - HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA REGIONAL DE CACOAL, CACOAL - RO - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Síndrome de compressão do tronco celíaco ou síndrome do ligamento arqueado é um raro distúrbio abdominal, também conhecido como síndrome de Dunbar em que ocorre compressão do tronco celíaco pelo ligamento arqueado causando sintomas inespecíficos de dor abdominal e emagrecimento inexplicável.Relato de Caso: U.T.R.E, 47 anos, feminina, branca, procedente do Amazonas, aposentada com quadro de dor abdominal pós-prandial e emagrecimento de 17 kg em 1 ano. Exames laboratoriais, endoscopia digestiva alta e ultrassonografia de abdome total sem alterações significativas. A tomografia computadorizada de abdome demonstrou estenose acentuada do tronco celíaco causada pelo ligamento arqueado médio. O paciente foi então encaminhado para tratamento cirúrgico. Durante a laparotomia foi identificado e seccionado o ligamento arqueado, descomprimindo o tronco celíaco. A paciente teve uma boa evolução pós-operatória, recebendo alta no quarto dia. Durante o acompanhamento ambulatorial observou-se que a paciente permanecia assintomática e com ganho de 9 Kg no período.Conclusão: A síndrome de Dunbar é um distúrbio raro, com sintomas inespecíficos, mas intensos, com diagnóstico radiológico, tratamento exclusivamente cirúrgico e com boa resposta pós-operatória.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1892

TÍTULO DO TRABALHO: Síndrome de Ehlers-Danlos Tipo VI e Pseudoaneurisma da artéria poplítea: Um relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ELIAS BARBOSA CABRAL; FÁBIO LINARDI. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, SOROCABA - SP - BRASIL.

RESUMO:
A Síndrome de Ehlers-Danlos é um distúrbio do tecido conjuntivo caracterizado por hipermobilidade e instabilidade, anomalias na textura de pele e vasculares e fragilidade de órgãos internos. A incidência global é de 1:10.000 a 1:25.000 sem predisposição racial. A classificação de Villegranche reconhece seis principais subtipos a maioria das quais está ligada a mutações em um dos genes que codificam fibras proteicas de colágeno ou enzimas envolvidas na pós tradução dessas proteínas. O tipo VI é uma variante autossômica recessiva da síndrome; bioquimicamente, ocorre modificação na biossíntese de colágeno devido a uma deficiência da enzima lisil-hidroxilase, levando a deficiência de hidroxilação dos resíduos de lisina e prolina das cadeias de pró-colágeno. As complicações refletem o padrão de expressão do gene e incluem ruptura e dissecção de artérias de tamanho médio, espontâneas, ruptura do intestino ou do útero gravídico, e fratura. Relato: Paciente de 11 anos de idade que apresentava tumor pulsátil na fossa poplítea esquerda após trauma leve com bola de futebol. Diagnosticado pseudoaneurisma de artéria poplítea pelo doppler arterial, confirmado através da angiografia, optou-se pela exploração arterial e devido à fragilidade da parede não foi possível a sua reconstrução. Realizada a ligadura simples da artéria proximal. Evoluiu com isquemia grave do membro e após autorização da família foi realizada a sua amputação. No segundo dia do pós-operatório o paciente apresentou uma dissecção aguda da aorta torácica, evoluindo a óbito. Os autores concluem que a melhor opção, quando cirúrgica, é a ligadura, devido à fragilidade do vaso, sendo os exames complementares preferencialmente não invasivos. Destacam ainda o tratamento clínico, como o controle da pressão arterial, para diminuir o risco de ruptura e, se necessário, o uso de betabloqueadores para prevenir a expansão arterial. Se faz necessário, também, evitar realizar exercícios de alto impacto, como ginástica ou longas corridas. O aconselhamento genético faz parte do acompanhamento. É indispensável a identificação e diagnóstico precoce para minimizar complicações, melhorando a qualidade de vida dos pacientes.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1481

TÍTULO DO TRABALHO: TAXA DE AMPUTAÇÃO EM PACIENTES COM DOENÇA ARTERIAL OBSTRUTIVA PERIFÉRICA APÓS TERAPIA ENDOVASCULAR DE MEMBROS INFERIORES NO SERVIÇO DE CIRURGIA VASCULAR DO HOSPITAL ERNESTO DORNELLES

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RENATA ROCCA; CHRISTIAN FERREIRA; LUCAS ALESSIO PEREIRA; BETINA FRANCIOSI; CAROLINE MARCELE MACIEL BERGER; BETINA NEUTZLING; TIAGO BLAYA; MARIANA FERREIRA. HOSPITAL ERNESTO DORNELLES, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A doença arterial obstrutiva periférica(DAOP) ocorre predominantemente por fenômenos ateroscleróticos sistêmicos que provocam obstruções arteriais e esta associada a alto risco de morbimortalidade cardiovascular. Os fatores de risco mais frequentemente associados com a DAOP são a hipertensão, tabagismo, aumento da idade, dislipidemia, diabetes e histórico de doença cardiovascular. Procedimentos endovasculares são indicados para pacientes com DAOP que não responderam ao tratamento com exercício ou com medicamentos, com limitações na qualidade de vida ou na vida profissional e que apresentem condições anatômicas favoráveis para o procedimento. OBJETIVO: Revisão dos casos de pacientes internados no Hospital Ernesto Dornelles com DAOP que realizaram terapia endovascular e evoluíram para amputação de membros inferiores entre 01/08/2013 e 31/08/2016. Analisar fatores de riscos associados a maior taxa de amputação e tempo de evolução da doença nos pacientes. MÉTODO: Estudo quantitativo, do tipo coorte retrospectivo. Foram excluídos pacientes que realizaram angioplastia e amputação em outros serviços, ou tiveram perda do seguimento clínico RESULTADOS: Foram totalizados 258 pacientes, dos quais 219 não realizaram amputação e 39 (15,1%) realizaram amputação de membro inferior. Verificou-se que 132 pacientes(51,2%) eram do sexo feminino. A média de idade foi de 72,9 anos(DP 9,8), 48 pacientes(18,6%) realizaram mais de um procedimento endovascular em membros inferiores. Quanto as comorbidades associadas aos pacientes, 186(71,2%) eram hipertensos, 119(46,1%) eram diabéticos, 28(10,9%) tinham doença renal crônica, dos quais 16(6,2%) realizavam hemodiálise. Quanto a obesidade 32(12,4%) possuíam IMC acima de 30, 110 eram tabagistas(42,6%) e 85 (32,9%) eram dislipidêmicos. O nível de amputação mais realizado foi a transmetarsiana, sendo que 14 pacientes(35,9) realizaram tal procedimento. A mediana de tempo até a amputação foi de 11 dias. No percentil 75% a média foi de 57 dias. CONCLUSÃO: No presente estudo concluímos que diabéticos submetidos à procedimentos endovascular periférico possuem um risco 40% maior(OR 0.403) de serem submetidos a amputação(p = 0.016), caracterizando o diabetes mellitus como preditor independente de risco. Pacientes com doença renal crônica(DRC) submetidos à angioplastia periférica possuem um risco 39% maior(OR 0.391) de serem submetidos à amputação(p=0.041), caracterizando a DRC como preditor independente de risco.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1642

TÍTULO DO TRABALHO: Taxa de Reintervenção de Fístulas Arteriovenosas no Hospital Ernesto Dornelles no período de 2014 a 2016

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BETINA NEUTZLING; BETINA FRANCIOSI; CAROLINE MARCELE MACIEL BERGER; CHRISTIAN FERREIRA; GIOVANNA SORGATO TESSMANN; MARIANA FERREIRA; RENATA ROCCA; TIAGO BLAYA. HOSPITAL ERNESTO DORNELLES, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O objetivo de um acesso vascular permanente é o de possibilitar repetidas punções à circulação gerando o mínimo de complicações possíveis. Entre as principais formas de acesso vascular permanente, a fístula arteriovenosa é a preferível, visto que, esta tem maior viabilidade a longo prazo, requer menos intervenções ao longo do tempo e está associada a menor taxas de morbimortalidade quando comparada às demais alternativas existentes. Apesar de ser a melhor opção, a confecção da fístula arteriovenosa (FAV) apresenta altos índices de reintervenção, atingindo 20-60% segundo os últimos estudos. Estas falhas podem ocorrer de forma precoce (Materiais e Métodos: Análise retrospectiva de dados de prontuário dos pacientes submetidos a realização de fístula arteriovenosa no Hospital Ernesto Dornelles no período supra citado.Resultados: Foram realizadas 128 fístulas arteriovenosas, das quais 25 (19,53%, IC [13,35 ? 27,08]) sofreram reintervenção. Analisou-se se a presença de hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes (DM), e cardiopatia isquêmica (IC), assim como a idade (> ou Conclusão: As características demográficas da população em questão são semelhantes às analisadas em outros trabalhos. A taxa de reintervenção encontrada no presente estudo, assim como a principal causa de realização de novo procedimento, são compatíveis com os dados disponíveis na literatura. Não foram encontrados valores estatisticamente significativos quando analisado a influência das características clínicas na reintervenção, provavelmente pelo pequeno tamanho amostral do estudo

CODIGO DO TRABALHO: 1885

TÍTULO DO TRABALHO: TÉCNICA DE DREANGEM AMPLA E PROFUNDA PARA PÉ DIABÉTICO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE (UNIRIO)

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANDREA NEVES SOARES1; ANTONIO LUIZ DE ARAUJO2; BRENDA KAORI ISHIY OZIMA2; RAFAELA BROGLIO VASQUES2; WILSON ABREU MIRANDA2; TIAGO SARMET ESTEVES TEIXEIRA2; LUCAS SCARANELLO2. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; 2. UNIRIO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Apresentar três casos de abscesso em pé diabético acompanhados no ambulatório de Cirurgia Vascular e Angiologia, que necessitaram de drenagem e discutir aindicação, a técnica utilizada e sua capacidade curativa. Método: Revisão de prontuário de três pacientes que apresentaram lesão plantar. Todas foram classificadas conforme a classificação de P.E.D.I.S, sendo submetidos a drenagem ampla e profunda, associado à antibioticoterapia. Foi realizado registro fotográfico das lesões para posterior análise evolutiva. Resultados: Três pacientes diabéticos crônicos, dois deles já submetidos a amputações prévias, apresentando abscessos plantares. As lesões, após classificação, ficaram entre os graus 2 e 3 (lesões maiores que 2 cm), portanto, optou-se pela drenagem ampla e profunda. Observou-se resposta terapêutica entre 8 a 10 semanas. Conclusão: Os resultados evidenciam os benefícios terapêuticos que a drenagem ampla e profunda angaria aos portadores de úlceras plantares em pacientes diabéticos, reduzindo, assim, o número de amputações e prejuízos sociais e econômicos associados.

CODIGO DO TRABALHO: 547

TÍTULO DO TRABALHO: Tratamento cirúrgico convencional de aneurisma de artéria esplênica: Relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BRUNO CESAR SABINO DE FIGUEIREDO; PEDRO POYARES DE MELLO BHERING; RAFAEL RIBEIRO BARCELOS; ANDRE GEORGE SAUL RONAY; MARCO ANTONIO CORREA GUIMARAES FO; MARCOS BETTINI PITOMBO. UERJ, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O aneurisma de artéria esplênica apesar de ser o mais frequente dos aneurismas esplâncnicos, é raro e possui prevalência de 0,1 a 0,2% na população geral e incidência 0,8%. É mais frequentemente encontrada em mulheres (4:1). Diversas condições clínicas podem predispor ao seu surgimento como hipertensão portal, esplenomegalia e doenças inflamatórias que acometem a parede arterial, como poliarterite nodosa, endocardite bacteriana, pacientes submetidos à transplante hepático e com história de carcinoma pancreático. A opção preferencial para a abordagem destes casos é através da terapia endovascular, mas em alguns casos selecionados a indicação ainda é através do tratamento cirúrgico convencional.Relato de Caso: Paciente, branca, 56 anos, com queixa de dor em flanco e hipocôndrio Esquerdos de intensidade moderada sem fatores de melhora ou piora. Apresentava também hipertensão arterial sistêmica, enxaqueca e sangramento uterino disfuncional No exame físico apresentava bom estado geral, abdome flácido, indolor a palpação superficial e profunda sem descompressão dolorosa. Foi realizada Tomografia Computadorizada de abdome que evidenciou lesão sugestiva de aneurisma da artéria esplênica, confirmada por angiotomografia que mostrou dilatação aneurismática arredondada, localizada no terço médio da artéria esplênica medindo 2,4 x 2,2 cm. Foi tentado tratamento endovascular sem sucesso, por conta das características anatômicas do aneurisma. Optou-se assim por tratamento cirúrgico convencional com aneurismectomia de artéria esplênica e esplenectomia. Não houve intercorrências no período trans e pós-operatório.Conclusão: O tratamento convencional pode ser empregado no tratamento do aneurisma de artéria esplênica com ótimos resultados, principalmente quando houver falha no tratamento endovascular ou impossibilidade de realizá-lo, ou quando o paciente possui baixo risco cardiovascular.

CODIGO DO TRABALHO: 1186

TÍTULO DO TRABALHO: Tratamento de Fístula Aorto-esofágica por Corpo Estranho com Implante de Endoprótese Aórtica Torácica.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: SÂMELA COMÉRIO1; ARTHUR OLIVEIRA AGUILAR1; POLYANA FERNANDES FLORES PEREIRA1; GABRIELA DALFIOR FERREIRA2; RAFAEL ANGELO FERREIRA DA FONSECA1; LAILA GIACOMINI COUTO1; HENRIQUE FERNANDES NOÉ1; JOÃO PAULO FERNANDES ALMEIDA1. 1. UNESC, COLATINA - ES - BRASIL; 2. HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO JOSE, COLATINA - ES - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: a fístula aorto-esofágica é uma entidade rara, apresentando como principal sintoma a hemorragia digestiva alta. É dividida em primária, sendo a causa mais comum o aneurisma torácico, que corresponde a 75% dos casos; e secundária, na qual se encontram outras causas como ingestão de corpo estranho, neoplasia de esôfago e cirurgias prévias aórticas ou esofágicas. Objetivo: relatar o caso de um paciente que apresentou fístula aorto-esofágica por ingestão de corpo estranho. Relato do caso : W.J.M, masculino, 40 anos, ingeriu corpo estranho (espinha de peixe) durante refeição e, cerca de 40 dias depois, apresentou hematêmese de grande monta. Procurou o pronto-atendimento, sendo submetido à endoscopia digestiva alta, a qual demonstrou abaulamento pulsátil em terço médio do esôfago, com presença de coágulo aderido, sugestivo de fístula aorto-esofágica. Realizada angiotomografia de tórax, que confirmou o diagnóstico. Paciente foi transferido para o serviço de cirurgia vascular, para implante de endoprótese e oclusão de artéria subclávia esquerda, com correção da fístula. Foi mantido em dieta enteral exclusiva e antibioticoterapia de amplo espectro por 21 dias, sendo optado pelo não tratamento endoscópico do orifício esofagiano devido ao risco de formação de abscesso local. Realizada nova endoscopia 24 dias após alta hospitalar, sem evidências de orifício fistuloso. Conclusão: ainda há pouco consenso sobre o tratamento da fistula aortoesofágica, mas sabe-se que o tratamento cirúrgico é o único considerado definitivo. Entretanto, revisões na literatura demonstram que a endoprótese reduz os riscos de ressangramento e complicações, sendo algumas vezes adotada como ponte até uma cirurgia definitiva.

CODIGO DO TRABALHO: 894

TÍTULO DO TRABALHO: Tratamento Endovascular Da Sindrome da Obstrução Membranosa de Veia Cava Inferior: Um relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GABRIEL LUNARDI ARANHA1; NATHALIA PEREIRA VIZENTIN2; BRENO BIANCO GOMES DE ALMEIDA1; LETICIA BIANCO GOMES DE ALMEIDA1; MATHEUS CASTELO PRUDENTE1; LAURA DORNELAS CORRÊA1; ALEXANDRE DE TARSO MACHADO1. 1. FCMS/JF, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL; 2. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:
Introdução A obstrução da veia cava inferior (VCI) é infrequente, sendo a obstrução membranosa da VCI (OMVCI) uma de suas causas. A OMVCI é classificada em IA, IB, II e III, onde a IA tem melhor prognóstico e a III pior, levando em consideração o grau de obstrução da veia hepática, cava retro hepática e cava inferior(Poddar P et al., 2014). A síndrome clinica característica da OMVCI consiste em sinais e sintomas de hipertensão venosa, como edema e hipertensão portal, como hepatoesplenomegalia e desconforto abdominal(Shrestha SM et al.,2015). O tratamento da obstrução da VCI inclui ação cirúrgica ou endovascular com balão e implante de stent sendo hoje a primeira opção no tratamento apresentando taxas de sucesso técnico de 91% a 100% e taxas de perviedade secundária bastante elevadas (Zhang et al., 2015).Relato de caso Home, 36 anos, que nos útimos 15 anos vem evoluindo com piora progressiva d função hepática, hipertensão portal e hipertensão venosa em membros inferiores. Laboratorialmente apresentava bilirrubina total de 4,3 g/dl, albumina de 4,3 g/dl, TAP de 18,6 segundos e ultra som (US) de abdome com ascite moderada, sinais de hipertensão portal e, à análise dopplerfluxométrica (US doppler), com sinais sugestivos de obstrução membranosa da veia cava retro-hepática. Na investigação para trombofilia observou-se que apresentava deficiência do fator V de Leiden e de proteína C. O paciente foi submetido a cavografia , via femoral, onde foi constatado a presença de membrana tipo Ia e gradiente pressórico de 13.7 mm Hg. A lesão foi tratada por recanalização utilizando-se cateter e fio guia hidrofílico seguido de dilatação da lesão com cateter balão de angioplastia de 25x40 mm. No controle angiográfico observa-se resultado satisfatório da dilatação com redução do gradiente para 1,5 mmHg. Foi iniciado anticoagulação sistêmica com heparina de baixo peso molecular e mantido o seguimento sob anticoagulação oral plena (marevan). O paciente evoluiu com desaparecimento dos sintomas e normalização da hiperbilirrubinemia. O controle por meio de US doppler demonstrou perviedade da VCI após um seguimento de 3 meses. Conclusão A OMVCI é uma afecção rara, muitas vezes assintomática. O tratamento está indicado nos pacientes sintomáticos e deve ser priorizado a via endovascular. A angioplastia com balão é na maioria das vezes o suficiente para realizar o tratamento com sucesso. O stent fica restritos para os casos de insucesso do balão e recidiva precoce.

CODIGO DO TRABALHO: 2792

TÍTULO DO TRABALHO: TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA AORTO-ILÍACO EM PACIENTE COM RIM PÉLVICO CONGÊNITO: RELATO DE CASO.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: OTACILIO FRANCISCO PARAGUAY FIGUEIREDO1; OTACILIO FIGUEIREDO DA SILVA JUNIOR2; RODRIGO NOBREGA BANDEIRA2; FELIPE RAMALHO DE MORAIS2; GABRIELLA AQUINO GOUVEIA CAGLIARI2; ANA BEATRIZ PARAGUAY FIGUEIREDO3; CIBELE OHANY NOGUEIRA LEITE1; IURI DE BRITO NÓBREGA SILVA1. 1. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOAO PESSOA - PB - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOAO PESSOA - PB - BRASIL; 3. FACULDADE CIÊNCIAS MÉDICAS-CG, CAMPINA GRANDE - PB - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A incidência de rim pélvico é de 1 para cada 2100-3000 pessoas. A associação de rim pélvico congênito com aneurisma aorto-ilíaco é um achado clínico extremamente raro. Estudo radiológico relatou que 0.18% dos pacientes que se submeteram a um reparo aórtico importante tinham rins pélvicos. A mortalidade pós-operatória em até 30 dias da correção eletiva desse aneurisma é de 1.2%. Em nosso conhecimento, apenas 29 casos prévios estão disponíveis na literatura científica. A dificuldade técnica é para preservar a função renal do rim pélvico. RELATO DE CASO: Paciente de sexo masculino, 71 anos, tabagista, dislipidêmico, diabético, história familiar de doença aterosclerótica, sem queixas. Relatou presença de aneurisma de aorta abdominal ao fazer exames de rotina. Angiotomografia revelou aneurisma de aorta abdominal infrarrenal de 3,3 x 3,0 cm e 3,6cm de comprimento, rim esquerdo pélvico com artéria renal de origem aórtica, aneurisma de ilíaca comum esquerda de 9,7 x 3,9 x 3,6cm, de ilíaca comum direita de 4,1 x 1,8 x 2 cm e de hipogástrica esquerda de 2,2 x 2cm. A cirurgia foi programada para ser em dois tempos. O primeiro tempo foi feito através de incisão arciforme à direita, com isolamento da artéria renal do rim pélvico, bifurcação aórtica e artéria ilíaca externa direita. Foi feita uma desconexão dessa artéria renal da aorta distal e reconstrução do trânsito aorto-renal por anastomose termino-lateral com a artéria ilíaca externa direita. O exame de controle mostrou sucesso do desvio de trânsito. O segundo tempo foi realizado dias após, com acesso transfemoral bilateral, em que realizou-se, inicialmente, a cateterização e embolização com molas fibradas da artéria hipogástrica esquerda. O cateter pigtail centimetrado foi posicionado para controle e liberação da endoprótese aorto-ilíaca, com fixação infrarrenal, implante de uma perna da endoprótese do lado direito e extensão com selamento na artéria ilíaca externa esquerda. O balão de acomodação foi utilizado para fixação da endoprótese. O controle angiográfico pós-cirúrgico mostrou exclusão do aneurisma e perviedade da endoprótese . Com 30 e 60 dias foi feito controle por exame de ultrassom que mostrou ausência de vazamento (endoleak) e perfusão normal do rim pélvico. CONCLUSÃO: O tratamento endovascular de aneurismas aorto-ilíaco em paciente com rim pélvico congênito foi realizado com sucesso e pode se tornar um tratamento factível e eficaz, por ser menos invasivo que a técnica convencional.

CODIGO DO TRABALHO: 1390

TÍTULO DO TRABALHO: Tratamento endovascular de aneurisma de aorta abdominal infra-renal concomitante com angioplastia de artéria renal: relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCELINO QUAGLIA MORATO; FERNANDO GARCIA DE CAMPOS; BENEDICTO MÁRCIO VILLAÇA. UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoO Aneurisma da aorta abdominal (AAA) é uma dilatação deste vaso maior que 50% do seu diâmetro normal presumido. Sua frequência aumenta com a idade e, em pacientes com idade superior a 65 anos, sua localização mais comum é infra-renal. Dentre as opções cirúrgicas, a técnica endovascular apresenta melhores resultados, com menor incidência de complicações e menor tempo de internação hospitalar. A estenose de artéria renal (EAR), por sua vez, é a causa mais comum de hipertensão arterial sistêmica (HAS) secundária, na qual a arterosclerose é responsável por 90% dos casos. O principal objetivo do tratamento desta patologia é o controle da HAS, a preservação da função renal e a prevenção de edema agudo de pulmão. Como opção cirúrgica para seu tratamento, o stent apresenta taxa de cura em 60 a 80% dos pacientes. O presente estudo teve por objetivo relatar o tratamento de paciente octogenário com anaurisma de Aorta abdominal infra-renal e estenose de artéria renal esquerda na mesma abordagem, por via endovascular.Relato de casoMasculino, 84 anos, hipertenso e diabético realizou há 2 anos e meio ultrassonografia (USG) de rins e vias urinárias, para pesquisa de litíase, encontrando-se AAA infra-renal de 3,2 cm. Em seguimento ambulatorial com USG, nos últimos 6 meses, evoluiu 1,1 cm, quando foi solicitado angiografia por tomografia computadorizada (angioTC), a qual evidenciou, estenose crítica de artéria renal esquerda. A cirurgia foi realizada sob anestesia geral e primeiramente colocado stent em artéria renal esquerda, seguida pela dissecção da artéria femoral para passagem de endoprótese em aorta abdominal infra-renal. Apresentou 200 ml de sangramento e foi necessário a passagem de 2 ramos ilíacos. O paciente passou primeiro dia pós-operatório em unidade de terapia intensiva (UTI), em leito de enfermaria no segundo e recebeu alta no terceiro. Em seguimento ambulatorial, referiu melhora da hipertensão com diminuição de medicação anti-hipertensiva.ConclusãoO aneurisma de Aorta abdominal infra-renal e a estenose de artéria renal são duas patologias vasculares relativamente frequentes e a terapia endovascular para cada uma delas já está consagrada. Além disso, há a possibilidade de serem realizadas em um mesmo momento, sem complicações significativas, reduzindo tempo intra-hospitalar e com a mesma resolutividade se tratados em mementos cirúrgicos separados.

CODIGO DO TRABALHO: 925

TÍTULO DO TRABALHO: TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA DE ARTÉRIA HEPÁTICA PRÓPRIA: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ROBSON DAVID DE ARAÚJO LIAL1; DIEGO COIMBRA ALENCAR1; GUILHERME MEIRELES FERREIRA2; HELDER DE MELO SÉRVIO3; GERMANO DE SOUSA LEÃO3; WELLIGTON RIBEIRO FIGUEIREDO2; WAGNER MAGALHÃES SILVA4; MARIANA PAIVA SOUSA3. 1. FACULDADE INTEGRAL DIFERENCIAL, TERESINA - PI - BRASIL; 2. HOSPITAL GETÚLIO VARGAS, TERESINA - PI - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ, TERESINA - PI - BRASIL; 4. UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ, TERESINA - PI - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O aneurisma de artéria hepática tem uma incidência de 0,002% e pico entre 50 e 60 anos de idade. Ela pode se originar de traumas, cirurgias até doenças vasculares podendo aumentar as chances de aparecimento com a manipulação de vias biliares por meio de técnicas percutâneas ou endoscópicas. Uma possível complicação é a rotura e ocorre em torno de 44% dos casos. RELATO DE CASO: Mulher 52 anos, procura hospital com quadro de dor abdominal intensa, súbita e difusa, além de dispneia, náuseas, palidez cutaneomucosa e febre há 2 dias. Ao exame físico apresentava-se astênica, desorientada, ausculta pulmonar com ausência de ruídos adventícios, distenção abdominal e dor à palpação superficial e profunda. Os exames laboratoriais apresentavam leucocitose e anemia severa. Após isso, foi transferida para serviço de referência a qual realizou ultrassografia abdominal que evidenciou formações hipoecoicas tendo uma centro anecoico em topografia de hilo hepático. A tomografia computadorizada com contraste, realizada logo em seguida, revelou grande quantidade de líquido livre intrabdominal com formação aneurismática da artéria hepática e provável ruptura com tamponamento. Logo depois foi feita transfusão sanguínea e transferida para o centro cirúrgico para realização de uma embolização de artéria hepática aneurismática e em seguida laparotomia para extração dos coágulos livres em cavidade abdominal. Durante a cirurgia houve realização de arteriografia evidenciando acometimento da artéria hepática própria. No 1º dia de pós operatório foi realizada arteriografia cuja não evidenciou sangramento ativo. No 10º dia a paciente manteve-se estável recebendo alta hospitalar com aconselhamento a respeito de seguimento ambulatorial. CONCLUSÃO: A técnica endovascular no tratamento de aneurismas rotos de artéria hepática própria tem efeitos benéficos por apresentar uma rápida recuperação e sem intercorrências durante e após a cirurgia.
BIBLIOGRAFIA:BERNAL, A. D. P. A. et al. Aneurisma de artéria hepática direita. Rev. Col. Bras. Cir., Rio de Janeiro, v. 43, n. 5, p. 401-403, out. 2016 . Disponível em . Acessos em: 24 jan. 2017. HEMMATi, H. et al. Endovascular Treatment of a Huge Hepatic Artery Aneurysm by Coil Embolization Method: A Case Report. Iranian Journal of Radiology, 12(3), e5200. Disponível em: http://doi.org/10.5812/iranjradiol.5200. Acesso em: 29 Jan. 2016.

CODIGO DO TRABALHO: 1133

TÍTULO DO TRABALHO: TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE PSEUDOANEURISMA DE ARTÉRIA UTERINA ASSOCIADO A FÍSTULA ARTERIOVENOSA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MATEUS PICADA CORRÊA1; RAFAEL STEVAN NOEL1; JABER NASHAT SALEH1; JULIO CESAR DE MELLO BAJERSKI1; ROBSON FELTRIN2; GUILHERME SOLDATELLI TEIXEIRA KURTZ3; LARISSA BIANCHINI3; FLÁVIA CRISTINA MARAFON3; FRANCINE CAMBOIM RUZZARIN4. 1. INVASC, PASSO FUNDO - RS - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL, CURITIBANOS - RS - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO, PASSO FUNDO - RS - BRASIL; 4. UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL, PASSO FUNDO - RS - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O Pseudoaneurisma de Artéria Uterina (PAAU) é uma complicação rara de procedimentos ginecológicos. O tratamento endovascular com embolização é considerado o tratamento de escolha nesses casos. RELATO: Paciente feminina, 51 anos, história prévia de pan-histerectomia, com queixa de dor lombar há 4 meses e tomografia computadorizada prévia mostrando um PAAU. Foi indicada arteriografia, que confirmou o diagnóstico de fístula arteriovenosa (FAV) associada ao PAAU. Foi realizada embolização da fístula com Histoacryl® e Lipiodol na solução 1ml:4ml e embolização do pseudoaneurisma com 3 microcoils Nester® - Cook® 15x14mm, obtendo bom controle angiográfico final com exclusão completa do aneurisma. A paciente evoluiu sem complicações. Realizou angiotomografia computadorizada de controle no pós-operatório confirmando completa exclusão do aneurisma. A paciente permanece em acompanhamento ambulatorial sem queixas.CONCLUSÃO: O PAAU é uma entidade rara, causa de hemorragia potencialmente fatal que pode passar despercebida no pós-operatório de cirurgias ginecológicas. A frequência que PAAUs se desenvolvem após procedimentos ginecológicos não é bem conhecida. Na maioria dos casos podem ser detectados com o ultrassom, devendo o exame ser complementado com a angiotomografia computadorizada quando necessário. A angiografia, no entanto, ainda é o exame padrão para o diagnóstico e a primeira escolha em situações emergenciais devido a possibilidade de oferecer prontamente a intervenção terapêutica. Atualmente, a embolização endovascular é o tratamento de escolha com uma taxa de sucesso que chega próxima a 100%, com baixa morbidade e mortalidade. No presente caso utilizamos a técnica de "super-selective coil embolisation with sac packing and parent artery preservation" e obtivemos bons resultados. No tratamento por embolização da Fistula Artério-Venosa (FAV) foi empregado n-butil-2-cianoacrilato (nBCA) também obtendo bons resultados. Associação de PAAU com fístulas arteriovenosas é bastante incomum, mas sugere o diagnóstico de lesão pelo procedimento prévio. Após sua detecção, o tratamento não deve ser adiado sendo a embolização endovascular o tratamento mais recomendado. No caso da nossa paciente, o diâmetro de 18mm possibilitou o tratamento efetivo com liberação de poucas microcoils no saco aneurismático, com bom resultado final.

CODIGO DO TRABALHO: 2868

TÍTULO DO TRABALHO: TRATAMENTO ENDOVASCULAR PARA ISQUEMIA INTESTINAL POR TROMBOSE DE VEIA MESENTÉRICA SUPERIOR E RAMO DIREITO DA VEIA PORTA: UM RELATO DE CASO.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: EPIFANIO SILVINO DO MONTE JUNIOR1; JULIANY MEDEIROS SANTOS1; MARCIO VILLAR DE FREITAS1; GUILHERME TARSO DE ANDRADE ALVES1; JOSÉ VILDINÁRIO BELMIRO JUNIOR1; CAMILA ANDRÉ ANTUNES1; EDUARDO ANACLETO DE CARVALHO1; LUÍS FELIPE REVOREDO ANTUNES DE MELO2. 1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES, NATAL - RN - BRASIL; 2. HOSPITAL UNIVERSITARIO ONOFRE LOPES, NATAL - RN - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A isquemia intestinal aguda é geralmente causada por embolia ou trombose de artérias intestinais. Uma parcela muito pequena (menos de 10% dos casos) tem como causa a trombose de veia mesentérica. O quadro clínico característico consiste de fortes dores abdominais associado a exame físico relativamente inocente. Os idosos e as mulheres representam a maioria dos pacientes acometidos por esta patologia. Apesar dos avanços na cirurgia vascular, a taxa de mortalidade sofreu pouca alteração nas últimas décadas. Dada a raridade do quadro, o presente relato de caso versa sobre trombose de veia mesentérica superior e ramo direito da porta, causando isquemia mesentérica. RELATO: Paciente 32 anos, sexo masculino, com história de dor epigástrica de duração sete dias, evoluindo com dor abdominal difusa, náusea, vômito e parada da eliminação de flatos. Ao exame, apresentava desidratação, sudorese, abdome difusamente doloroso e descompressão brusca dolorosa. Realizou tomografia computadorizada de abdome, a qual evidenciou trombose de veia mesentérica superior e ramo direito da veia porta, sem sinais de pneumatose intestinal ou pneumoperitôneo. Realizada fibrinólise intra arterial, através da artéria mesentérica superior e heparinização plena em bomba de infusão contínua. A evolução clínica foi favorável, culminando em resolução das queixas. CONCLUSÃO: Percebemos que o paciente em questão foge do escopo mais frequente da população acometida, representando uma delgada proporção dos casos. Se faz mister ressaltar que possibilidades terapêuticas são variadas, contando com a anticoagulação, tratamento trombolítico e tratamento operatório. No caso em questão, observamos que a terapia combinada (tratamento trombolítico e anticoagulação com heparina em bomba de infusão contínua) foi eficaz na resolução do quadro.

CODIGO DO TRABALHO: 983

TÍTULO DO TRABALHO: TRAUMA COMPLEXO DE ANTE-BRAÇO: FERIMENTO INCISO DE PUNHO COM LESÃO DE ARTÉRIA RADIAL E ULNAR

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: IGOR LUIZ ARGANI; MIRELLA REGINA CIMINO SCAFF; RAFAEL FURST. FACULDADE DE MEDICINA DO ABC, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOCerca de 1 a 3% dos traumas se incluem na área vascular, e 20% dos traumas arteriais ocorrem na mão e antebraço. Esses traumas são causados, principalmente, por instrumentos perfurantes, ocorrendo mais no sexo masculino, entre 20 e 40 anos, e estão relacionados ao trabalho. Muitos estudos demonstram a importância desses acidentes de trabalho envolvendo as mãos em comparação com outras regiões do corpo, devido a sua gravidade, alta incidência e comprometimento da qualidade de vida. Observa-se que acidentes de trabalho com lesão vascular de artéria radial e ulnar concomitantes são raros, corrspondendo a apenas 4% das lesões vasculares de membros superiores. O diagnostico e tratamento, porém, devem ser feitos rapidamente para preservação do membro e menor índice de complicações.RELATO DE CASOPaciente do sexo feminino, 28 anos, auxiliar de limpeza, apresentou uma queda sobre uma vidraça, durante o desempenho de suas atividades profissionais. Deu entrada no pronto-socorro e constatou-se lesão isolada em extremidade. Paciente com ferimento inciso extenso em face anterior de antebraço, com sangramento ativo, foi submetida imediatamente a tratamento cirúrgico. Apresentava lesão concomitante de artéria radial e ulnar. Assim, realizou-se revascularização com anastomose término-terminal de artéria ulnar e, como apresentava arco palmar competente, optou-se por ligadura de artéria radial. Paciente apresentava também lesão de tendões flexores que foi corrigida em segundo tempo. Atualmente está em acompanhamento ambulatorial há 4 meses e evoluiu com salvamento da mão e sequelas motoras mínimas. Mantém-se em tratamento fisioterápico.CONCLUSÃOA nutrição da mão e antebraço se faz principalmente pela artéria radial e ulnar, mas conta com rica rede de circulação colateral, diminuindo efeitos adversos em lesões arteriais isoladas. Contudo, o risco de isquemia e perda do membro é grande em lesão de ambas as artérias, devendo ser realizada revascularização imediata. Passando o período de 12h, a amputação do membro deve ser considerada devido a necrose. Dentre as técnicas de revascularização primária, pode-se citar aproximação por anastomose termino-terminal, ligadura arterial ou sutura primária, dependendo do caso.No paciente apresentado, optou-se por anastomose término-terminal de artéria ulnar e ligadura de artéria radial, obtendo-se bons resultados. Ressalta-se que a abordagem multidisciplinar permitiu obtenção de melhores resultados estéticos e funcionais.

CODIGO DO TRABALHO: 1563

TÍTULO DO TRABALHO: TROCA DE VALVA AÓRTICA TRANSAPICAL EM PACIENTE DE ALTO RISCO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GIOVANNA SABAGE1; BRUNA CANSIAN1; LIGIA GARCIA DOS SANTOS1; MARIA PIA GOMES DE OLIVEIRA FREDERICO1; VANESSA PIRES MARUITI1; VANESSA SCREPANTE FORTE1; GUILHERMA ANDRADE KRAWCZUN2. 1. PUCPR, LONDRINA - PR - BRASIL; 2. HEL, LONDRINA - PR - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A estenose aórtica (EA) é a doença valvar mais frequente, estando presente em aproximadamente 3% da população acima de 75 anos1. A EA de etiologia senil ocorre pela calcificação devido ao envelhecimento, fato agravado por defeitos congênitos2. O tratamento padrão para substituição da valva nativa danifica por uma prótese envolve uso de circulação extracorpórea e pinçamento aórtico, apresentando bons resultados e mortalidade ao redor de 4%3. Porém, para 30-40% dos pacientes tal procedimento é contraindicado por presença de aorta em porcelana, enxertos coronarianos prévios, radioterapia torácica ou existência de múltiplas comorbidades3,4. Uma alternativa para esses pacientes é o implante minimamente invasivo transapical sem uso de CEC. Para realização desta técnica, utilizou-se da tecnologia nacional para se obter um dispositivo seguro e fácil de implantar 4. Caso clínico: Paciente, F, 80a, HAS, POT de revascularização miocárdica há 2 anos. Admitida com queixa de dispneia e desconforto retroesternal. Cateterismo: enxerto mamária para DA pérvia, lesão em artéria circunflexa e piora de EA, onde foi realizado angioplastia com sucesso. Diagnosticada com EA grave, apresentava contraindicações à cirurgia clássica por ser portadora de aorta em porcelana, sendo indicado cirurgia transcateter por ser portadora de aorta em porcelana. Contudo, doença aterosclerótica grave em membros inferiores, com oclusão de artérias ilíacas impedia cirurgia de troca valvar transcateter, como alternativa foi optado pela via transapical. Após indução anestésica foi realizada pequena toracotomia antero-lateral esquerda, para acessar o ápice cardíaco, punção de ponta de ventrículo esquerdo, com passagem de introdutor de grande calibre, e sob visualização fluoroscópica implantado bioprótese Inovare Braile expansível por balão. Realizado aortografia e controle ecocardiográfico em sala, exibindo bom resultado e ausência de leakperi-valvar. Paciente manteve-se com ritmo estável, foi extubada em sala, e encaminhada para UTI, onde ficou internada, evoluindo hemodinamicamente estável, recebendo alta para enfermaria em 4PO. No 7PO retornou à UTI devido à insuficiência cardíaca descompensada e traqueobronquite. No 12PO paciente manteve-se estável, recebendo alta para o setor e alta hospitalar no 14PO. Conclusão: O implante transapical de bioprótese aórtica montada em cateter balão-expansível é uma alternativa para pacientes com contraindicações a cirurgia clássica.

CODIGO DO TRABALHO: 2121

TÍTULO DO TRABALHO: TROMBOEMBOLECTOMIA PRECOCE COMO TRATAMENTO E RECUPERAÇÃO DE FALÊNCIA DE FÍSTULAS ARTERIOVENOSAS POR TROMBOSE EM PACIENTES EM HEMODIÁLISE

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANNA LUIZA SOUZA; JOAO BATISTA VIEIRA DE CARVALHO; MARÍLIA SARGAÇO DE OLIVEIRA; ANA LUCIA CARVALHO; MATHEUS HATTGE DE OLIVEIRA; IGOR COSTA GOMES; BRENDA GERSANTI BORBA; JÉSSICA TOLEDO BONIFÁCIO GUIMARÃES. UNIFENAS, ALFENAS - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: As fístulas arteriovenosas (FAV) representam a principal via de acesso para a realização da terapia hemodialítica em pacientes com insuficiência renal crônica terminal em hemodiálise. A prevalência de trombose das fístulas é referida na literatura em torno de 30%. A realização de uma outra FAV nestes pacientes depende da existência de veias nos membros superiores de bom calibre e nem sempre são disponíveis e factíveis de serem utilizadas. Os pacientes então dependem dos cateteres de longa permanência para a manutenção da terapia hemodialítica sujeitos a suas complicações frequentes relacionadas ao seu uso.OBJETIVO: Apresentar a possibilidade cirúrgica de recuperação das FAV de pacientes submetidos à terapia hemodialítica trombosadas com abordagem precoce e tromboembolectomia cirúrgica e/ou com cateter de Fogarty.METODOLOGIA: Apresentamos cinco casos de pacientes (três do sexo masculino e dois do sexo feminino) em terapia hemodialítica e portadores de FAV que apresentaram trombose com perda do acesso que foram submetidos à tromboembolectomia precoce e recuperação da FAV com possibilidade de sua reutilização sem necessidade de confecção de nova fístula. Este trabalho foi desenvolvido no serviço de cirurgia do Hospital Universitário Alzira Vellano em Alfenas, MG. Três pacientes apresentaram FAV radiocefálica em punho esquerdo e dois pacientes FAV cefálico-basílica em fossa cubital.RESULTADOS: Todos os pacientes deste estudo submetidos a tromboembolectomia e embolectomia com cateter de Fogarty devido trombose das FAV apresentaram recuperação com possibilidade de reutilização em terapia hemodialítica.CONCLUSÕES: É possível a recuperação das FAV quando ocorre a trombose secundária a utilização em terapia hemodialítica. A utilização do cateter de Fogarty e a tromboembolectomia são efetivas na recuperação de FAV trombosadas.BIBLIOGRAFIA:1. Neves Junior, MA; Melo, RC; Almeida, CC; Fernandes, AR; Petnys, A; Iwasaki, MAS; Raboni, E. Avaliação da perviedade precoce das fístulas arteriovenosas para hemodiálise.JVascBras 2011 10 (2): 105-109.2. NEVES JUNIOR, Milton Alves das et al . Vascular access for hemodialisys: what`s new?. J. vasc. bras., Porto Alegre, v. 12, n. 3, p. 221-225, Sept. 2013.3. Hayashi R, Huang E, Nissenson A. Vascular Access for Hemodialysis. Natural ClinicalPracticeNephrology. 2006; 2(9):504-13.4. Fistula FirstNational Vascular Access ImprovementInitiative. http://www.fistulafirst.org. 2009. Acessado em janeiro de 2017.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 884

TÍTULO DO TRABALHO: Trombose arterial mesentérica

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: YURI GUILHEM RACHID JAUDY1; FERNANDA SAMMYA ARAÚJO BORGES2; RONE ANTONIO ALVES ABREU2; OSMAR GOMES CARVALHO JÚNIOR2; JOÃO MANOEL SANTOS BOTELHO2; JULIANA GUNDIM BARROS GUIMARÃES2; JESSIKA RODRIGUES TAUHATA2; ROLANDO GUTIERREZ ROSALES2. 1. ITPAC/FAHESA ARAGUAÍNA, ARAGUAÍNA - TO - BRASIL; 2. ITPAC, ARAGUAINA - TO - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A trombose mesentérica superior corresponde a quase 15% dos casos de isquemia mesentérica não colônica primária. O quadro clínico é composto por dor abdominal, náuseas, vômitos, diarréia e constipação de ocorrência variável. Desproporção entre dor e achados físicos é o perfil da oclusão vascular mesentérica. RELATO DE CASO: Feminino, 76 anos, hipertensa, chega ao Hospital Regional de Araguaína (HRA) por queixa de dor em abdome superior em barra há 4 dias, associada a náuseas, vômitos, diarréia, mal estar geral e disúria. À admissão apresentava-se descorada ++/4+, ictérica ++/4+, hidratada, abdome flácido, doloroso à palpação profunda do epigástrio, ruídos hidroaéreos presentes (RHA), sem sinais de peritonite. As radiografias de tórax PA e de abdome evidenciaram distensão de alças de delgado e do transverso, amputação do cólon na flexura esplênica e vários níveis hidroaéreos centrais e no ceco, alças de delgado distendidas e preenchidas por gases e líquido. Evoluiu com piora do estado geral, persistência da dor abdominal associada a vômitos de aspecto escuro e odor fecalóide, gemência e parada de eliminação de fezes e flatos há 3 dias. Ao exame mostrava sinais de irritação peritoneal. Foi submetida a laparotomia exploradora (LE), onde foi encontrada necrose de alças intestinais (delgado) a partir de 45 cm do ângulo de Treitz até o ceco. Realizou-se colectomia parcial direita e enterectomia com iliostomia terminal (jejunostomia) de alça remanescente. Permaneceu na U.T.I., onde iniciou antibioticoterapia com cefotaxima e metronidazol. Laudo histopatólogico indicou infarto isquêmico mesentérico segmentar, consistente com trombose mesentérica; bordas cirúrgicas viáveis e hiperplasia folicular linfóide reacional (0/1). Evoluiu bem até o 6º dia pós-operatório (DPO), quando iniciou quadro de dor abdominal difusa. No 9º DPO apresentou vômitos em aspecto de "borra-de-café?. Paciente permaneceu instável, com hematêmese de grande monta, dor abdominal e FO com secreção pio-hemática. No 26º DPO evoluiu com confusão mental e piora da dispnéia. Sinais vitais: 124 bpm, 30 irpm, SatO2 77%. No mesmo dia J.M.S. evoluiu ao óbito, em consequência da síndrome do intestino curto. CONCLUSÃO: A trombose arterial mesentérica é uma patologia incidente no HRA, de difícil diagnóstico, e prognóstico sombrio na maior parte dos casos. É substancial o conhecimento dessa patologia para aumentar a sobrevida desses pacientes, através do diagnóstico e tratamento precoces.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 513

TÍTULO DO TRABALHO: Trombose de veia ciática persistente: relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCELINO QUAGLIA MORATO; MARIA VITÓRIA CURY VIEIRA SCATIMBURGO; VIVIANE SOUZA LIMA BIAGIONI. UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoA veia ciática persistente (VCP) é uma rara anormalidade congênita, causada pela não involução da veia axial, responsável pela drenagem venosa dos membros inferiores intra-útero, ou o não desenvolvimento da veia femoral, que pode levar a incompetência valvar. Esta anomalia está presente em 20 a 48% dos pacientes com a síndrome de Klippel-Trenaunay-Weber (SKTW): malformações capilares, malformações venosas e hipertrofia de tecido mole ou ósseo. Com a ressonância nuclear magnética e angiotomografia mais diganósticos dessa anomilia foram possiveis. A trombose venosa profunda (TVP) é uma condição médica comum e com grande espectro de manifestações clínicas e seu diagnóstico é realizado pela ultrassonografia (USG) com doppler, exame extremamente operador dependente. Portanto, o conhecimento da anatomia e, principalmente de suas variações é de grande importância ao ultrassonografista. Apresentamos o caso de um paciente, com dor na região posterior da coxa esquerda, edema e idas frequentes ao pronto-socorro que foi diagnosticado com TVP de VCP. Relato de casoMasculino, 55 anos, queixava-se de dor e edema em região posterior da coxa esquerda há 30 dias. Relatou idas frequentes ao PS, onde recebia antiinflamatórios para distensão muscular, sem melhora. Referiu cirurgia prévia de varizes e negou história de TVP. Exame físico revelou extensas telangectasias em membro inferior esquerdo, sem sinais flogísticos. A coxa e perna esquerda apresentavam diferença de 4 e 2,5 cm no diâmetro, respectivamente, em relação ao membro inferior direito, sem diferença em comprimento e com pulsos presentes. Não havia sinais de empastamento ou linfaedema. USG com doppler venoso evidenciou sinais de trombose venosa profunda em vaso anômalo. Angiotomografia de vasos ilíacos e membros inferiores confirmou trombose de veia ciática persistente à esquerda, variante distal. Ficou internado por 3 dias em uso de clexane e recebeu alta com Marevan e Daflon. Faz seguimento regular ambulatorial, onde se apresenta sem queixas.ConclusãoA persistência da veia ciática possivelmente apresenta maior incidência do que se imaginava. A maioria dos casos ocorre em associação à síndrome de Kippel-Trenaunay-Weber, mas pode vir a ocorrer isoladamente. Em ambos os casos pode ser assintomática ou causa de insuficiência venosa crônica. Por fim, faz parte do diagnóstico diferencial de trombose venosa profunda, o que exige do ultrassonografista familiarizar-se com sua anatomia e realizar seu diagnóstico.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1708

TÍTULO DO TRABALHO: Trombose Mesentérica:causa de isquemia intestinal

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CAMILA ARAUJO GOMES. HOSPITAL BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
Paciente DGR, 29 anos, sexo masculino, deu entrada no Hospital Belo Horizonte (HBH), no dia 06/10/2015, encaminhado de outro serviço, com relato de dor abdominal de início súbito há 5 dias , há 2 dias com parada de eliminação de fezes e flatos, sendo avaliado pela equipe de cirurgia geral do HBH. Raio X de abdome: ausência de fezes em ampola, sem nível hidroaéreo. Solicitado TC de abdome com laudo de Trombose veia porta e veia mesentérica superior e ramos principais, espessamento parietal de alças de delgado tendo densificação dos tecidos gordurosos adjacentes, presença de líquido livre na cavidade (Figura 1,2), realizado internação com início anticoagulação com Enoxaparina, 60mg BID.Coletado exames pesquisa de trombofilia devido existência de antecedente familiar (irmã) com história de trombose venosa profunda, 2 episódios, em uso de anticoagulação oral contínua, com diagnóstico de deficiência de proteína C e S o que fez suspeitar de trombofilia subjacente. Introduzido Heparina em BIC. No dia 07/10/2015, 23hs após internação, paciente iniciou episódios de vômitos, dor abdominal difusa e distensão, taquicardia, instabilidade, encaminhado ao bloco cirúrgico para laparotomia de urgência.Realizado laparotomia exploradora, observado isquemia intestinal a nível de delgado; enterectomia (1,5m) onde observou-se múltiplos coágulos em veias seccionadas (figura 3), confeccionado bolsa de Bogotá devido instabilidade hemodinâmica, encaminhado ao CTI. Reabordado cirurgicamente no dia 08/10/2015 devido nova suspeita de isquemia mesentérica de parte seguimento de delgado restante; realizado enterectomia com exérese de 60 cm de intestino delgado, anastomose término-terminal, restando aproximadamente 1m20cm de delgado; fechamento da parede abdominal por planos. Durante a permanência no CTI fez uso de Varfarina e Heparina não fracionada na BIC e completou 10 dias de Rocefin e Metronidazol. Extubado no 3 DPO. No dia 18/10/2015 paciente evoluiu com melhor aceitação da dieta oral, recebeu alta do CTI em 19/10/2015, sendo suspensa a dieta parenteral em 20/10/2015; evoluiu com estabilidade hemodinâmica e respiratória, permaneceu hospitalizado até ajuste da dose Varfarina para atingir RNI terapêutico. Alta em 31/10/2015. Encaminhado para acompanhamento ambulatorial. Pesquisa para trombofilia permitiu diagnosticar déficit de proteína C funcional (51%) e proteína S livre (13,6%). Paciente hoje em acompanhamento com hematologista e nutrição em uso de Varfarina oral

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2379

TÍTULO DO TRABALHO: TROMBOSE VENOSA PROFUNDA DISTAL E INTRAMUSCULAR: TEP É MAIS COMUM DO QUE VOCE PENSA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PEDRO HENRIQUE BATISTA SANTINI; BRUNO ANTUNES; MARIANA KRUTMAN; MARCELO TEIVELIS; EDUARDO RAMACCIOTTI; JOÃO CARLOS DE CAMPOS; LUCAS LEMBRANÇA PINHEIRO; NELSON WOLOSKER. HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, SAO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: tromboembolismo venoso é uma condição prevalente e potencialmente fatal. A embolia pulmonar (EP) é a complicação mais temida de trombose venosa profunda (TVP). TVP distal é responsável por aproximadamente metade dos casos de edema de membros inferiores, no entanto o manejo desta condição ainda é controverso.Objetivos: Este estudo tem como objetivo avaliar a incidência de EP em pacientes com TVP distal, em comparação com TVP proximal, baseado no uso de exames angiotomografia computadorizada e avaliar a correlação entre TVP e extensão de EP.Resultados: A incidência global de EP em nossos pacientes da amostra foi de 72%. Na análise de subgrupo, a incidência de EP foi igual em ambos os grupos proximal e distal (TVP 77%, p> 0,99). EP foi detectada em 43% dos pacientes com trombose de veias intramusculares. Não se observou qualquer diferença estatística entre a distribuição de lobar, segmentar e subsegmentar de EP nos três subgrupos DVT (p = 0,665), no entanto EP troncular só foi observada no grupo de TVP proximal.Conclusão: TVP Distal está associada com uma alta incidência de EP comparável com TVP proximal. TVP distal e tromboses intramusculares podem provocar EP com envolvimento de vasos proximais na árvore arterial pulmonar, mesmo em pacientes assintomáticos. Nosso estudo abre caminho para futuras modificações em protocolos de trombose e reforça a necessidade de anticoagulação de rotina em TVP distal e intramusculares

CODIGO DO TRABALHO: 1502

TÍTULO DO TRABALHO: TROMBOSE VENOSA PROFUNDA EM IDADE PEDIÁTRICA: UM RELATO DE CASO.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: YASMIN BIONE DINIZ; DEBORAH MACÊDO RIGONI PRANDINI; REMY FARIA ALVES. INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS, ARAGUAÍNA - TO - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A trombose venosa profunda (TVP) e o tromboembolismo pulmonar são os componentes do tromboembolismo venoso (TEV) que, embora infrequente, é uma entidade emergente na pediatria. O tromboembolismo pulmonar (TEP) é importante causa de óbito no trauma e esse, na maioria das vezes, contraindica a principal farmacoterapia na prevenção e no tratamento: a anticoagulação. O objetivo deste trabalho é relatar o caso de um adolescente de 14 anos que, após um trauma, apresentou TVP.RELATO DE CASO: DGBV, 14 anos, masculino, pardo, procedente de Carmolândia - TO, previamente hígido. Foi encaminhado da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) para Unidade Hospitalar de outra cidade relatando dor excruciante em coxa esquerda após um trauma de bicicleta há mais ou menos 06 dias e uma queda de cavalo há mais ou menos 5 dias. O membro evoluiu com calor e rubor em joelho e edema associado a perda da função motora em todo membro, sendo edema de maior intensidade na coxa. Houve a hipótese diagnóstica de artrite séptica juvenil solicitou-se cultura de líquido sinovial, que evidenciou ausência de crescimento bacteriano, USG de joelho (identificou coleção laminar em face medial de joelho), exames laboratoriais reumatoides (todos não reagentes) e iniciou-se antibiótico terapia endovenosa. Associado a isso, o paciente não obteve resposta clínica favorável e houve aumento do edema em coxa esquerda. Desta forma, chegou-se a hipótese de trombose venosa profunda em membro inferior esquerdo. Então solicitou-se o USG com Doppler de membro inferior esquerdo no 4º dia de internação hospitalar (DIH). No 6º DIH foi realizado Dupplex Scan de veias femorais, poplíteas e tibiais, que evidenciou TVP, descrito como: segmento distal da veia femoral e segmento proximal da veia poplítea com calibre aumentado e sem resposta a manobra de compressão local e distal por obstrução total. Foi solicitado avaliação e conduta da cirurgia vascular que contraindicou anticoagulação plena, pois paciente apresentava quadro laboratorial de plaquetopenia recorrente e alterações significativas de coagulograma, o que favoreceu a indicação de filtro de veia cava, que foi introduzido com sucesso.CONCLUSÕES: Na presença de contraindicação ao uso de anticoagulantes em doentes vítimas de trauma grave, os filtros de veia cava inferior demonstraram ser uma opção efetiva e segura. Entretanto, deve-se aplicar rigor ao julgamento clínico para todas as indicações, mesmo após o advento de filtros ?recuperáveis?.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 821

TÍTULO DO TRABALHO: TROMBOSE VENOSA PROFUNDA RECORRENTE EM PACIENTE JOVEM

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ERIC DE OLIVEIRA SOARES JÚNIOR1; RICARDO RUSSI BLOIS2; CAMILA MONTEIRO DA ROCHA3; JOÃO MANOEL SANTOS BOTELHO3; JULIANE LOPES DO NASCIMENTO3; PEDRO ERNESTO ALVES MANGUEIRA JÚNIOR2; ROBERTO PAULINO DA SILVA FILHO3; LILIAN CRISTHIAN FERREIRA DOS SANTOS ROCHA2. 1. ITPAC, ARAGUAINA - TO - BRASIL; 2. HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAÍNA, ARAGUAÍNA - TO - BRASIL; 3. ITPAC/FAHESA, ARAGUAÍNA - TO - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A Trombose venosa profunda aguda (TVP) se caracteriza pela oclusão de uma veia ocasionada por um trombo, e uma consequente resposta inflamatória no endotélio do vaso. Dentre os principais fatores de risco estão: sexo feminino, estase, uso de anticoncepicional hormonal por mais de 6 meses e varizes em membros inferiores. Assim sendo, o que difere disso considerado incomum. Relato de caso: Paciente, masculino, 20 anos, foi admitido no Hospital Regional de Araguaína queixando-se de dor em membro inferior esquerdo, relatava episódios anterior de TVP, Diabetes Mellitus tipo 1 e pós operatório tardio de laparotomia exploradora com enterectomia e enteroanastomose por ruptura de cisto mesentérico hemorrágico, fazia uso de traqueostomia e relatava sangramentos anteriores por esta via. Fora solicitado um Duplex scan venoso de MIE onde se envidenciou TVP recente no seguimento fêmoro-poplíteo. O paciente possuia ainda exames prévios que evidênciavam nódulo em lobo superior esquerdo com presença de derrame pleural bilateral. Não possuia outros exames para investigação de neoplásia pulmonar. Durante a internação aprensentou sangramentos com o uso da anticoagulação sendo esta suspensa e posteriormente foi realizada uma arteriografia e embolização de artéria brônquica, sem demais intercorrências. Sendo encaminhado à alta hospitalar para acompanhamento ambulatorial e uso de meias compresivas. Conclusão: A TVP é uma doença de alta incidência e apresenta uma grande morbidade associada, se não diagnosticada e tratada de forma precoce. Acomete de forma predominante pacientes de idade avançada com mobilidade reduzida, sendo dessa forma raro em pacientes jovens.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2360

TÍTULO DO TRABALHO: Tumor Glômico de Mão - Relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: NADER NAZIR SULEIMAN; JÚLIO CÉSAR GOMES PAIVA; OTÁVIO LIMA DE ARRUDA JÚNIOR; RICARDO RUSSI BLOIS; RONE ANTONIO ALVES ABREU; ZENÓBIA DANTAS RÊGO NETA. INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS, ARAGUAÍNA - TO - BRASIL.

RESUMO:
TUMOR GLÔMICO DE MÃO - RELATO DE CASOJúlio César Gomes Paiva; Nader Nazir Suleiman; Otávio Lima de Arruda Júnior; Ricardo Russi Blois; Rone Antônio Alves de Abreu; Zenóbia Dantas Rêgo Neta. julio_shynob@hotmail.com; ncsuleiman@uol.com.br; otaviodearruda@hotmail.com; r.blois@uol.com.br; roneabreu@uol.com.br; zenobiadrneta@gmail.com.INTRODUÇÃO: Os corpos glômicos são estruturas especializadas, responsáveis pela termorregulação mediante controle do fluxo sanguíneo para a pele. O tumor glômico trata-se de um tumor vascular, benigno e raro, caracterizado por proliferação hamartomatosa com origem nos corpos glômicos neuromioarteriais. Embora possam ocorrer em qualquer lugar do corpo, aproximadamente 75% dos tumores glômicos ocorrem na mão e 60% são subungueais, e, em algumas situações, bilaterais. OBJETIVO: Relatar o caso de um paciente portador de tumor glômico em falange média do 3° quirodáctilo esquerdo, com 2 anos de evolução. MÉTODO: As informações contidas neste trabalho foram obtidas por meio de revisão do prontuário, entrevista com o paciente e registro fotográfico dos métodos terapêuticos aos quais o paciente foi submetido. RESULTADOS: Paciente sexo masculino, 40 anos, procurou o Ambulatório de Oncologia cirúrgica com queixa de dor no dedo. Relatou que há 2 anos iniciou-se uma dor em corpo médio do 3° metacarpiano esquerdo, do tipo lancinante, de caráter progressivo, sempre bem localizada, que tinha como fatores desencadeantes leves toques nessa região e referia melhora do quadro álgico com repouso da mão esquerda por alguns segundos, mas sem melhora completa. A dor era refratária a medicamentos, como anti-inflamatórios. Relatou também que, inicialmente, não havia abaulamento na região da dor mas, que, posteriormente observou elevação progressiva da pele no local, de forma arredondada. Como comorbidades, relatou diagnóstico de HAS há 2 anos, sendo tratada em monoterapia com antihipertensivo oral desde então. De antecedentes cirúrgicos refere apendicectomia há 18 anos. Negou antecedentes de Diabetes Mellitus, AVE, cardiopatias e outras cirurgias. Referiu etilismo social, negou tabagismo e uso de drogas ilícitas. Ao exame físico, o paciente apresentava-se em bom estado geral, sem achados ectoscópicos dignos de nota. Exames de cabeça, pescoço, tórax e abdome normais. Ao exame de membros, apresentava pulsos de membros superiores e inferiores palpáveis. Ao exame minucioso da mão esquerda, o 3° quirodáctilo apresentava uma tumoração de formato arredondado no corpo da falange média, de consistência elástica, com limites precisos e muita sensibilidade ao toque. Foram realizados testes clínicos como o Teste de Love, Teste de Hildreth e Teste de sensibilidade ao frio, que foram favoráveis à hipótese diagnóstica. Para se elucidar o caso, foi solicitado um exame ultrassonográfico com doppler de mão esquerda e retorno ambulatorial na semana seguinte. Pelo exame solicitado, foi demonstrado que no 3 ° quirodáctilo esquerdo havia um nódulo sólido, hipoecóico, de limites precisos, com tênue vascularização intralesional e predominantemente periférica ao doppler, de dimensões de cerca de 8,3 x 5,5 x 3,1 mm no tecido celular subcutâneo do dorso da falange média. A conduta escolhida foi realizar a excisão cirúrgica do tumor. Foi feita a delimitação do campo cirúrgico e bloqueio anestésico no 3° quirodáctilo esquerdo. Posteriormente, seguiu-se a incisão transversal no corpo da falange distal e então, a excisão do tumor com margens de segurança nas margens laterais e profunda. Para finalizar, fez-se o fechamento da incisão com sutura simples e curativo. A peça cirúrgica foi enviada ao laboratório para exame histopatológico. O paciente foi orientado a se dirigir à Unidade Básica de Saúde após 7 dias para retirada dos pontos e orientado retorno ambulatorial do paciente com o resultado do exame histopatológico. O exame histopatológico confirmou o diagnóstico de tumor glômico. Toda a sintomatologia referida anteriormente pelo paciente, principalmente a dor, desapareceu completamente após a cirurgia. Ao 1° mês após a cirurgia, não apresentou alterações de sensibilidade e já não apresentou queixas álgicas. Refere que ficou bastante

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

satisfeito com o resultado da cirurgia. DISCUSSÃO: O diagnóstico correto do tumor glômico pode ser retardado devido a doença ser rara na prática clínica. Apesar de ser uma condição benigna, o tumor pode levar a uma morbidade grave antes do correto diagnóstico ser realizado. O paciente em questão, com 2 anos de evolução, já estava com incapacidade importante para realizar tarefas do seu cotidiano nas quais ele teria que utilizar a mão esquerda, devido a dor lancinante que é causada por leves traumas. O principal fator de risco relatado na literatura para esses tumores é a realização de atividades domésticas diárias que expõe o indivíduo a ferimentos e pequenos traumas repetidos que, no caso em questão, não estava presente na história do paciente. Porém, o quadro clínico apresentado pelo paciente, que vai da sintomatologia álgica até a visualização da proeminência na falange acometida somado aos testes clínicos de Hildreth, Love e de sensibilidade térmica foram altamente sugestivos de tumor glômico. O tipo de técnica cirúrgica a ser utilizada para tratar o tumor glômico, atualmente é outro desafio relacionado a esta patologia. Algumas técnicas foram criadas nos últimos 20 anos, visando principalmente diminuir as taxas de recidivas, que podem chegar em até 30% dos casos. Um exemplo de uma técnica é a Cirurgia Micrográfica de Mohs (CMM) que é uma técnica de retirada de tumores cutâneos que, por meio de um mapeamento das margens cirúrgicas, propicia uma avaliação histológica mais completa. Obtém-se então uma ressecção total do tumor, com melhores índices de cura, permitindo, ao mesmo tempo, maior preservação de tecido normal. No entanto, o procedimento clássico para o tratamento do tumor glômico, que é a excisão cirúrgica simples, se mostra efetivo quando de realizado de forma correta. CONCLUSÃO: Considerando que o tumor glômico tem geralmente seu diagnóstico retardado e causa considerável sofrimento aos pacientes, vale a pena enfatizar a importância do diagnóstico precoce assim como a necessidade de intervenção cirúrgica oportuna no sentido proporcionar o retorno mais rápido possível da qualidade de vida. Ainda nesse sentido é necessário que os profissionais médicos estejam atentos às queixas dos pacientes para uma investigação adequada e uma intervenção cirúrgica eficaz. REFERÊNCIAS:BUENDIA, Gisela Del Pilar Puentes et al. Tumor Glômico: um diagnóstico fácil ou difícil? Revista Brasileira de Cirurgia Plástica. Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, pág. 439-442, jul. 2010.CASTRO, José Luís Martins da Silva e. Tumor glómico subungueal ? revisão bibliográfica e descrição de caso clínico. 46f. (Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Medicina). Covilhã, Universidade da Beira Interior, 2015. TANG, Chris Yuk Kwan; TIPOE, Timothy; FUNG, Boris. Where is the lesion? Glomus Tumours of the Hand. Archives of Plastic Surgery. Hong Kong, v. 40, n. 5, p. 492-495. Set. 2013.VANTI, Adriana Amorim; CUCÉ, Luiz Carlos; CHIACCHIO, Nilton di. Tumor glômico subungueal: estudo epidemiológico e retrospectivo, no período de 1991 a 2003. Anais Brasileiros de Dermatologia. São Paulo, v. 82, n. 5, p. 425-431. Set. 2007.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1591

TÍTULO DO TRABALHO: ULTRASSOM INTRAVASCULAR NO DIAGNÓSTICO DA SÍNDROME DE MAY THURNER

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MATEUS PICADA CORRÊA1; RAFAEL STEVAN NOEL1; JABER NASHAT SALEH1; JULIO CESAR DE MELLO BAJERSKI1; ROBSON FELTRIN2; FRANCINE CAMBOIM RUZZARIN2; LARISSA BIANCHINI3; FLÁVIA CRISTINA MARAFON3; GUILHERME SOLDATELLI TEIXEIRA KURTZ3. 1. INVASC, PASSO FUNDO - RS - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL, PASSO FUNDO - RS - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO, PASSO FUNDO - RS - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO A prevalência da Síndrome de May Thurner (SMT) é estimada em cerca de 2-5% dos pacientes portadores de doença venosa dos membros inferiores (MI). A ultrassonografia intravascular (IVUS) destaca-se por fornecer dados da fisiopatologia e da relação espacial das estruturas envolvidas, confirmando o diagnóstico em situações não elucidadas por outros métodos de imagem.RELATO DE CASO Paciente feminina, 55 anos, apresentando quadro de dor e sensação de peso constante em MIE, agravados ao realizar atividade física. Ao exame clínico, evidenciava-se assimetria de mais de 3 cm entre os MI. Ecodoppler venoso demonstrava perviedade e suficiência do sistema profundo e das safenas interna e externa, com varizes e veias reticulares em face posterior da coxa e da perna esquerda. Realizou-se também angiotomografia e flebografia, todavia não foram elucidativas. No transoperatório foi utilizado o IVUS que evidenciou redução do calibre da veia ilíaca comum esquerda logo após sua origem e gradiente de pressão de 3mmHg. Realizada angioplastia da veia ilíaca comum esquerda com colocação de stent Zilver Vena 16X60mmmHg, com bom controle angiográfico final. CONCLUSÃO: A flebografia é escolha para avaliação de suspeita da SMT, com mensuração do gradiente pressórico intravascular.Para o diagnóstico de estenose significativa, o gradiente entre as veias ilíacas deve ser maior do que 2mmHg em repouso. Ainda, outros métodos podem ser utilizados, como o ecodoppler venoso, IVUS, angiotomografia e ressonância magnética. O IVUS além de se mostrar ferramenta essencial para confirmar situações duvidosas de SMT, como no apresentado, auxilia também no posicionamento preciso do stent na confluência das veias ilíacas. O IVUS mostra-se um dos métodos com maior acurácia no diagnóstico da SMT. Ele permite a avaliação das alterações intimais associadas a ela e seu tratamento adequado, melhorando a qualidade de vida dos pacientes. Um alto índice de suspeição é fundamental para o diagnóstico de SMT.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2787

TÍTULO DO TRABALHO: Uso da oxigenoterapia hiperbárica no tratamento coadjuvante de um caso de choque tóxico: relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: NAYARA FALCÃO RODRIGUES1; VÂNIA LÚCIA CABRAL REBOUÇAS2; JOÃO SALES CAMPOS PIMENTEL2; ANA JULIA DE JESUS CANDEA3; CHARLES OLIVEIRA DA SILVEIRA3; PEDRO HENRIQUE DE CARVALHO MOTA3; TADEU JOSÉ FONTENELE LEITE CAMPOS3; DANILO DE ANDRADE LIMA3. 1. HOSPITAL GERAL WALDEMAR ALCANTARA, FORTALEZA - CE - BRASIL; 2. HUWC, FORTALEZA - CE - BRASIL; 3. HGWA, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: O choque tóxico pelo streptococcus é uma entidade pouco comum, porém de elevada morbi-mortalidade. A etiologia é variável sendo que na maioria dos casos o Staphilococcus e o Streptococcus são as mais freqüentes. Desse modo, o presente trabalho tem como objetivo relatar um caso de choque tóxico, onde a oxigenoterapiahiperbárica foi utilizada no tratamento coadjuvante. Relato do Caso: Os autores relatam caso de homem, 57 anos, até 3 dias antes hígido, sem nenhum fator maior de co-morbidade. Evoluiu com mialgia, febre baixa e dor em cotovelo direito. Foi atendido em serviço de emergência tendo sido constatado apenas plaquetopenia (55.000) e leucocitose. Na ocasião, o diagnosticado foi dado como sendo dengue hemorrágico, feito sintomático e encaminhado ao infectologista. O paciente evoluiu com piora da dor,exantema no membro superior direito, febre e grande queda do estado geral. Foi internado e, cerca de 24 horas após, apresentava choque séptico e insuficiência renal aguda, sendo encaminhado à UTI. Iniciou-se reposição intensa de liquido, amina vasoativas, hemodiálise e antibioticoterapia de amplo espectro com clindamicina, ceftaxidina e vancomicina. Vinte e quatro horas após, apresentava edema intenso em todo membro superior direito com sofrimento extenso da pele e síndrome compartimental. Foi realizado fasciotomia descompressiva em mão, antebraço e braço e posteriormente desbridamento amplo. Após 12 horas da cirurgia, iniciou tratamento em câmara hiperbárica com 2,8 ATAs por duas horas. À noite evoluiu com edema agudo de pulmão, sendo realizado entubação orotraquel e intensificação da hemodiálise. Após 48 horas, foi extubado e mantido em sessões diárias de oxigenoterapia hiperbárica (OHB). Evoluiu com melhora progressiva, sendo realizado curativo de 5/5 dias com espuma de poliuretamo impregnada com prata. O paciente saiu do quadro de sepsis após 10 dias, com reconstituição por enxerto da área desbridada com 33 dias de tratamento sem nenhuma seqüela, sendo realizada um total de 30 sessões de OHB. Conclusão:Concluímos que, dentro da gravidade do quadro, a adição da OHB ao esquema de tratamento convencional com antibioticoterapia, compensação hemodinâmica, hemodiálise intensiva e cirúrgica precoce, contribuiu de maneira significativa para uma melhor evolução do caso.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2786

TÍTULO DO TRABALHO: USO DA OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA NO TRATAMENTO DA SÍNDROME DE FOURNIER

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANA JULIA DE JESUS CANDEA1; VÂNIA LÚCIA CABRAL REBOUÇAS2; JOÃO SALES CAMPOS PIMENTEL3; NAYARA FALCÃO RODRIGUES4; TADEU JOSÉ FONTENELE LEITE CAMPOS1; DANILO DE ANDRADE LIMA1; PEDRO HENRIQUE DE CARVALHO MOTA1; CHARLES OLIVEIRA DA SILVEIRA1. 1. HGWA, FORTALEZA - CE - BRASIL; 2. HUWC, FORTALEZA - CE - BRASIL; 3. HUCW, FORTALEZA - CE - BRASIL; 4. HOSPITAL GERAL WALDEMAR ALCANTARA, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Analisar o papel da Oxigenoterapia Hiperbárica (OHB) como terapia adjuvante no tratamento da Síndrome de Fournier de pacientes do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará. Métodos: Foram incluídos no estudo três pacientes do sexo masculino com idade média de 61,3 (36, 72 e 76) anos e com diagnóstico prévio de Síndrome de Fournier e sinais sistêmicos de Sepse. Os pacientes foram submetidos a quinze sessões diárias de OHB, com duração de 90 a 120 minutos cada, sendo as sessões iniciadas após o décimo dia de evolução do quadro clinico. Na ocasião, foram utilizadas pressões médias de 2,0 a 2,5 ATA (atmosferas absolutas). Todos os pacientes foram previamente submetidos adebridamento cirúrgico do tecido necrótico e drenagem da secreção purulenta, associado a terapia endovenosa com antibióticos de largo espectro. Resultados: Através do estudo realizado, demonstrou-se a importância de medidas de suporte no tratamento da Síndrome de Fournier. Foi observada significativa melhora do estado geral de um dos pacientes já na quarta sessão de tratamento com OHB. Em outro paciente, foramainda observados rápida regressão da área edemaciada e diminuição da lesão após a quarta sessão. Em todos os três casos avaliados, houve fechamento completo das lesões ao final do tratamento com OHB. Conclusão: A Oxigenoterapia Hiperbárica no tratamento da Síndrome de Fournie mostrou-se eficaz como método terapêutico adjuvante. Houve um melhor controle da infecção, impedindo a progressão das lesões ediminuindo o seu tempo de cicatrização. Chama atenção, portanto, a relevância de um diagnóstico precoce e de uma terapêutica adequada a fim de preservar estruturas atingidas pela Síndrome de Fournier, evitando a sua disseminação.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1270

TÍTULO DO TRABALHO: USO DE BYPASS ILÍACO FEMORAL COM VEIA SAFENA MAGNA EM TRAUMA PEDIÁTRICO - RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANE CAROLINE ARAUJO BARRETO1; ANDRESSA PECHE TOCHETTO1; VICTOR SCHUMACHER FREIRE1; JULIA TONIETTO PORTO1; LUCAS PASTORI STEFFEN1; GABRIELLE FOPPA RABAIOLI1; ALICE DA COSTA SAALFELD1; NICASIO HARUHIKO TANAKA2. 1. ULBRA, CANOAS - RS - BRASIL; 2. HOSPITAL PRONTO SOCORRO DE CANOAS, CANOAS - RS - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A cirurgia de ponte, ou bypass, consiste na reconstrução do fluxo sanguíneo através de um enxerto, o qual pode ser realizado com parte de uma das veias ou com material sintético (enxerto de politetrafluoretileno), com o objetivo de restaurar a lesão e a hemodinâmica local. No caso apresentado, foi realizado bypass ilíaco femoral, substituindo-se a parte proximal da artéria femoral comum esquerda (AFC) por um segmento da veia safena magna contralateral (VSM). O paciente não era grande e não havia prótese sintética para uso, portanto o enxerto de veia foi a melhor opção. A VSM constitui o material mais aceito como substituto nas restaurações arteriais abaixo do ligamento inguinal reduzindo complicações a longo prazo, como por exemplo, a dilatação por aneurisma.RELATO: G.I.M., 12 anos, procedente de Sapiranga, levado ao Hospital de Pronto Socorro de Canoas após trauma contuso causado por guidão de bicicleta em região inguinal esquerda. No primeiro atendimento, constatou-se que o paciente apresentava quadro de choque hipovolêmico com melhora após infusão de volume. Notou-se ausência de pulso poplíteo e distal em membro inferior esquerdo, e hematoma em região inguinal, encaminhando paciente à cirurgia. Foi realizada exploração inguinal com evidência de ruptura total de AFC esquerda, realizando bypass ilíaco femoral com VSM contralateral. Após incisão, isolou-se a artéria ilíaca externa esquerda e foi feita inguinotomia esquerda, que evidenciou sangramento ativo e ruptura total de AFC proximal (5-8cm). Foi realizado controle do sangramento e preparo do coto proximal (artéria ilíaca externa distal) e coto proximal (AFC), embolectomia distal, e heparinização proximal e distal, resultando em bom fluxo e refluxo. Houve a retirada de VSM proximal de coxa direita e preparo com VSM reversa contralateral. A revisão de hemostasia evidenciou bom fluxo, possibilitando o fechamento por planos.CONCLUSÃO: Os procedimentos de revascularização iliofemoral podem ser combinados com outros métodos, como o bypass distal. No caso relatado, o uso de bypass ilíaco femoral e a necessidade de substituição da parte proximal da AFC esquerda ? com ruptura total desta artéria - por um segmento da VSM contralateral, foi a melhor alternativa encontrada, visto que o procedimento é indicado para reparação após traumatismo vascular grave. Isso, devido a menores complicações pós-operatórias e a melhores resultados.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2355

TÍTULO DO TRABALHO: USO DE ENOXAPARINA SEGUIDO DE RIVAROXABANA PARA O TRATAMENTO DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO AGUDO DE MEMBRO INFERIOR. EXPERIÊNCIA INICIAL EM UM ÚNICO CENTRO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PEDRO HENRIQUE BATISTA SANTINI; BRUNO ANTUNES; MARIANA KRUTMAN; EDUARDO RAMACCIOTTI; JOÃO CARLOS DE CAMPOS; MARCELO TEIVELIS; LUCAS LEMBRANÇA PINHEIRO; NELSON WOLOSKER. HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Rivaroxabana é um novo anticoagulante oral aprovado para o tratamento de tromboembolismo venoso. Nos principais ensaios clínicos, o tratamento era iniciado diretamente com uma dose de 15 mg duas vezes por dia por 3 semanas seguido de 20 mg uma vez por dia por pelo menos 3 meses. Material e métodos: Avaliamos retrospectivamente uma terapia inicial para tromboembolismo venoso com 1 até 18 dias de enoxaparina (1mg/kg duas vezes por dia) seguido de rivaroxabana 20 mg uma vez por dia. Resultados: Da amostra de 49 pacientes, não observamos recorrência sintomática nem sangramento maior, observamos apenas um caso de sangramento menor. Conclusão: Concluímos que é seguro e efetivo tratar pacientes com enoxaparina seguido de uma dose baixa de 20 mg de rivaroxabana.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1910

TÍTULO DO TRABALHO: Valvas Venosas do Segmento Fêmoro-Ilíaco Humano: Estudo Anatômico e Funcional

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CAROLINE CARLA MAGERL; JOAO BATISTA VIEIRA DE CARVALHO; CAMILA VIEIRA DE CARVALHO PEREIRA REIS; ALINE STIVANIN TEIXEIRA; LUIS FLAVIO COZZA VAZ; GUSTAVO LAGE DE PAIVA; KAROLINE PEREIRA REIS VIEIRA DE CARVALHO. UNIFENAS ALFENAS, ALFENAS - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: É relatado na literatura a relação da insuficiência das valvas venosas do segmento fêmoro-ilíaco na gênese da insuficiência venosa crônica e de varizes de membros inferiores. As valvas venosas do segmento venoso fêmoro-ilíaco são descritas como semilunares porém sua caracterização anatômica e seu estudo ainda permanece como campo de pesquisa de interesse devido a possível relação com a doença venosa.OBJETIVO: Estudar a anatomia das valvas venosas do segmento venoso fêmoro-ilíaco em humanos e a relação do refluxo valvar ilíaco com os quadros de insuficiência venosa crônica.MÉTODOS: O estudo feito no Serviço de Verificação de Óbito em Alfenas, MG, a anatomia macro e microscópica das valvas do segmento venoso fêmoro-ilíaco em cinco cadáveres humanos necropsiados causa mortis natural com membros inferiores sem sinais patológicos sugestivos de insuficiência venosa crônica (Grupo I: Controle n=5) e em cinco humanos com sinais macroscópicos de insuficiência venosa crônica nos membros inferiores (Grupo II: n=5). Foram retirados os segmentos venosos fêmoro-ilíacos. Observou-se macroscopicamente o diâmetro da segmento venoso, número de valvas venosas e seu aspecto morfológico. Foi feita análise da microscopia ópica. Os resultados foram analisados pelos métodos estatísticos t de student e Kruskall-Waliis com grau de significância de 0,05.RESULTADOS: Observou-se dilatação dos segmentos venoso nos segmentos venosos do Grupo II. O número médio de valvas venosas fêmoro-ilíacas foi de 1,2 no Grupo I e 0,8 no Grupo II. Á microscopia óptica observou-se nos segmentos venosos do Grupo II dissociação e ruptura das fibras musculares e colágenas da parede venosa associada a dilatação do segmento com afastamento das cúspides. As características macroscópicas das valvas do segmento venoso fêmoro-ilíaco foi de aparência semilunar das válvulas constituintes com presença de 2 cúspides em todos os segmentos.CONCLUSÕES: A Insuficiência valvar ilíaca foi verificada nos pacientes com insuficiência venosa crônica grave e parece estar relacionada com a ocorrência desta síndrome apoiando em parte a teoria valvar de sua etiopatogenia.REFERÊNCIAS:LOUKAS M, e col. Clinical anatomy as practiced by ancient Egyptians, 2011;CELESIA GG. Alcmaeon of Croton?s observations on health, brain, mind, and soul. J Hist Neurosci, 2012;MAVRODI A, PASKEVS G., Morphology of the heart associated with its function as conceived by ancient Greeks. Int J Cardiol. 2014;

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2068

TÍTULO DO TRABALHO: VEIAS DO SISTEMA VENOSO PROFUNDO E REVASCULARIZAÇÃO DE MEMBROS INFERIORES

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PLÍNIO AUGUSTO MOREIRA FONSECA; JOAO BATISTA VIEIRA DE CARVALHO; ISABELA CRISTINA SEMENSATO CARLONI; MARCOS VINÍCIUS VIEIRA THEODORO; PAULO EDUARDO ROCHA; MISHELY NATÁLIA CARDOSO; KAROLINE PEREIRA REIS VIEIRA DE CARVALHO. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALZIRA VELANO, ALFENAS - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO:A reconstrução aorto-ilíaco-femoral com veias do sistema venoso profundo para tratar as complicações relacionadas ao emprego de próteses tem sido feita com sucesso. Os resultados efetivos e a longo prazo assim como as implicações destes procedimentos permanecem em discussão. Para serem efetivos, a morbidade e a mortalidade relacionadas deveriam ser ao menos semelhantes em comparação aos métodos convencionais.OBJETIVOS:Avaliar as implicações da reconstrução aorto-ilíaco-femoral com VSVP quanto à morbidade e mortalidade.MATERIAL E MÉTODOS:Foram empregadas VSVP dos membros inferiores, basicamente veia femoral superficial e sua continuação, a veia poplítea, como substituta arterial com base nos trabalhos de CLAGETT, G.P. et al e SCHULMAN et al. Desde 1990, estes autores têm utilizado as veias do sistema venoso profundo para substituto do território aorto-ilíaco-femoral em casos de infecção em próteses ou na ausência de veias do sistema venoso superficial adequadas. As VSVP foram escolhidas para revascularização de membros inferiores diante de situações especiais como na infecção do enxerto protético aorto-femoral ou na indisponibilidade de próteses (45 casos) e em derivações venosas fêmoro-poplíteas infrageniculares (09 casos). A opção pelo emprego das VSVP foi devido à ausência das veias safenas magnas e parvas retiradas em cirurgias anteriores ou presença dessas veias, porém, com calibre inadequado para sua utilização (05 casos).RESULTADOS:Os pacientes apresentaram boa evolução com edema discreto no membro. Ecodoppler venoso pós-operatório revelou trombose venosa profunda em apenas um destes pacientes. O tempo médio de seguimento dos pacientes foi de 60 meses. A idade média dos pacientes foi de 71 anos e a maioria apresentou doença arterial obstrutiva multissegmentar. A principal causa de óbito foi o infarto agudo do miocárdio (4/54 pacientes - 7,4%) e a síndrome de reperfusão secundária a isquemia aguda (2/54 pacientes - 3,7%). O tempo médio de cirurgia foi de 4,5 horas.CONCLUSÕES:Concluímos ser viável a utilização da veia femoral superficial em situações de exceção e na urgência, como relatado na literatura, quando não encontramos outra opção para procedermos à reconstrução arterial. Os resultados obtidos até o momento são aceitáveis, mas um seguimento maior destes pacientes é necessário para estabelecermos o real papel do emprego de veias do sistema venoso profundo dos membros inferiores em revascularizações.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 924

TÍTULO DO TRABALHO: ABDOMEN AGUDO OBSTRUTIVO POR VÓLVULO DE CÓLON TRANSVERSO: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DIEGO PALMEIRA RANGEL; LAERCIO ROBLES; ALEXANDER DE SA ROLIM; HUGO HENRIQUES WATTE; ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; ROGÉRIO FREITAS LINO DE SOUZA; EDUARDO AUGUSTO LOPES; JANAINA WERCKA. HOSPITAL SANTA MARCELINA, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O volvo do cólon transverso permanece uma entidade médica rara nas revisões bibliográficas de oclusão do cólon (1%), sendo frequentemente excluída do seu diagnóstico diferencial. Está contudo associada a morbidade e mortalidade superior comparativamente aos mais frequentes volvos do ceco e do sigmóide, necessitando de diagnóstico rápido e intervenção cirúrgica urgente. Em revisão bibliográfica na literatura, demonstrou cerca de 72 casos publicados de vólvulo de cólon transverso.Objetivo: Relatar caso de paciente com quadro de abdômen agudo obstrutivo por volvo de cólon transverso.Relato de caso: Sexo feminino, 34 anos, sem comorbidades, com história de dor tipo cólica progressiva há 3 dias, irradiação para dorso, associado a náuseas e vômitos. Buscou atendimento em Unidade de Emergência do Hospital Santa Marcelina/SP, apresentando ao exame físico, normocorada, eupnéica, afebril, com abdômen distendido, com ruídos hidroaéreos diminuídos, e dor a palpação difusa, sem sinais de irritação peritoneal. Realizou radiografia de abdômen em ortostáse evidenciando dilatação difusa de alças, principalmente em topografia de flexura esplênica e hepática, com níveis hidroaéreos em alças de delgado. Realizou Tomografia Computadorizada do Abdomen e Pelve com evidência de dilatação colônica importante ao nível de cólon transverso, sendo observado na altura das artérias renais, enovelamento/torção dos vasos mesentéricos (?whirl sign?). Paciente foi submetida a Laparotomia Exploradora sendo identificado 500ml de liquido citrino livre em cavidade abdominal, e torção de cólon transverso sobre o próprio eixo em 720 graus, com obstrução em alça fechada, com sinais de sofrimento fixo de alça, sendo realizado transversectomia e colostomia terminal com sepultamento do coto distal de cólon descendente. Anatomia patológica evidenciou necrose e hemorragia segmentar e parcial parietal do cólon transverso; Paciente em seguimento atual ambulatorial com Equipe de Coloproctologia com realização de manometria anorretal sem alterações esfincterianas e com reflexo inibitório reto anal presente.Conclusão: O vólvulo de cólon transverso é uma causa muito infrequente de obstrução intestinal, porém deve sempre estar entre os diagnósticos diferenciais de dor abdominal aguda. A intervenção cirúrgica se impõe, considerando a ressecção colônica uma das opções, devido as altas taxas de recorrência da volvulação.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 562

TÍTULO DO TRABALHO: Abordagem laparoscópica na mucocele de apêndice cecal.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GIANCARLO CIONGOLI1; JOSE CIONGOLI2; CLAUDIO AUGUSTO CIONGOLI2; CAIO PEDROSO DE ANDRADE1; MARIO PEREZ GIMENEZ2; MARINA CARLA GIMENEZ3; RODOLFO VALENTIM AGUIAR BARTOLOMEU4; GABRIEL NEVES TELES4. 1. FACERES MEDICINA, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL; 2. REDE DOR SÃO LUIZ JABAQUARA, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 3. UNICID, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 4. FACERES, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Doença rara do apêndice vermiforme, que ocorre em 0,2% a 0,4% das apendicectomias realizadas, a mucocele do apêndice consiste em uma dilatação cística, devida ao acúmulo de material mucinoso em sua luz. Ela pode se apresentar sob a forma benigna, como a mucocele simples e o cistadenoma mucinoso, ou na forma maligna, como o cistadenocarcinoma mucinoso.Por ter uma sintomatologia muito variável, seu diagnóstico pré-operatório se torna difícil, sendo muitas vezes diagnosticados no ato cirúrgico. Existem dúvidas quanto à melhor conduta a ser tomada. Exames de imagem como USG, TC e colonoscopia podem apenas sugerir o diagnóstico. A realização de biopsias é controversa, devido ao risco de disseminação peritonial de possíveis células neoplásicas, o que poderia ocasionar o Pseudomixoma peritoneii que é a pior complicação da mucocele de apêndice.O tratamento cirúrgico mais adequado à mucocele de apêndice é a hemicolectomia direita, porém em algumas situações é realizada apenas a apendicectomia, tendo como risco os implantes peritoniais que podem comprometer as chances de cura.O objetivo deste trabalho, é ressaltar a importância da definição de uma conduta cirúrgica mais adequada a esta patologia, relatando um caso em que a conduta cirúrgica foi a apendicectomia por vídeolaparoscopia

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 3088

TÍTULO DO TRABALHO: ACOMETIMENTO INTESTINAL NA DISTROFIA MUSCULAR DE DUCHENNE: OS DESAFIOS DA ABORDAGEM TERAPÊUTICA: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FELIPE CUNHA MEZZOMO1; PABLO MIGUEL SILVEIRA GOMES2; MARIANA SILVEIRA SUÑE2; MARCOS DANIEL DA SILVA2; CAROLINA REINBRECHT BERNINI2. 1. UFPEL, PELOTAS - RS - BRASIL; 2. UCPEL, PELOTAS - RS - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Cromossomopatia ligada ao X, a distrofia muscular de Duchenne acomete meninos, em frequência de 1 em 3600-6000 nascidos vivos. Comumente diagnosticada em crianças com menos de três anos, tem como sintoma inicial a fraqueza muscular. Com o desenvolvimento da doença, outros órgãos passam a ser acometidos como pulmão, coração e o trato gastrointestinal. O envolvimento intestinal é bastante relatado, acometendo desde a faringe até o controle esfincteriano anal. Relato de caso: J. V. S, 24 anos com acometimento intestinal paralelo a distrofia muscular de Duchenne, visando abordar os desafios na abordagem terapêutica frente a concomitância de eventos patológicos no caso: a distrofia muscular de duchenne com envolvimento intestinal que levou à síndrome de Ogilvie em conjunto com uma colite pseudomembranosa. Conclusão: O caso é, desde o início, desafiador, e requer uma abordagem terapêutica multidisciplinar para uma resolução satisfatória.Palavras Chave: envolvimento intestinal, Duchenne. Ogilvie, colite pseudomembranosa, abordagem, multidisciplinar.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1628

TÍTULO DO TRABALHO: Adenocarcinoma Colorretal em paciente com Síndrome de Bloom

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: KAROLINE COSTA FERREIRA PEIXOTO; LIDIA ALBERONI NEVES DE ASSIS; JAMILLE ELLER BATISTA ANDRADE. HOSPITAL MUNICIPAL DE CONTAGEM, CONTAGEM - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução:A síndrome de Bloom é uma doença autossômica recessiva rara, descrita inicialmente por David Bloom, em 1954. Caracteriza-se por fotossensibilidade, retardo de crescimento, hipogonadismo, imunodeficiência e predisposição para desenvolvimento de malignidades. É causada por mutação no gene BLM (15q26.1), que codifica a proteína DNA helicase, essencial à manutenção da estabilidade cromossômica. A instabilidade cromossômica é responsável pelo fenótipo e pela tendência para malignidades dos pacientes com síndrome de Bloom. Tumores malignos surgem em quase metade dos portadores dessa síndrome, de forma precoce e em sítios variados, especialmente o linfoma e leucemia mielóide aguda, neoplasias do trato gastrointestinal inferior e superior, tumores cutâneos, e os tumores nos órgãos genitais e do trato urinário. Relato de Caso:Paciente Z.S.S.O., 36 anos, sexo feminino, branca, admitida no nosso serviço com quadro de dor abdominal há 09 dias associada à vômitos e parada de eliminação de flatos e fezes há 48 horas. Paciente já com diagnóstico de Síndrome de Bloom em acompanhamento em centro de referência. Informava emagrecimento de 8 kg em três meses. Realizado radiografia de abdome mostrando que mostrava dilatação de alças com ausência de penumoperitôneo. Feita tentativa de tratamento conservador com medidas clínicas e observação por 24 horas porém, a paciente evoluiu com piora da dor abdominal, vômitos de aspecto fecalóide e irritação peritoneal sendo encaminhada ao Bloco Cirúrgico. À laparotomia exploradora foi encontrado lesão estenosante em transição de sigmoide e reto alto com linfonodomegalia em mesocólon. Ausência de lesões hepáticas palpáveis, sendo realizada Cirurgia de Hartmann. O anatomopatológico evidenciou adenocarcinoma. A paciente evoluiu bem no pós-operatório recebendo seguimento do tratamento oncológico em serviço de referência.Conclusão:A Síndrome de Bloom por ter como manifestação mais preocupante as várias doenças malignas, exige exames frequentes e vigilância estrita por parte do médico. Um programa de rastreio deveria ser oferecido aos paciente portadores da Síndrome particularmente para câncer gastrointestinal, mama e colorretal.Referências:Martinez CAR, Pinheiro LV, Rossi DH, et al. Adenocarcinoma of the Right Colon in a Patient with Bloom Syndrome. Case Reports in Surgery. 2016;2016:3176842

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 434

TÍTULO DO TRABALHO: ADENOCARCINOMA DE CÓLON TRANSVERSO COM TUMOR ESTROMAL EM DELGADO EM PACIENTE COM 40 ANOS: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: IGOR ARANTES DE OLIVEIRA GÓES; PAULA CRISTINA STEFFEN NOVELLI; RODRIGO SADER HECK; KAREN MAYURI KATO; DENISEGRAFFITTI D?AVILA; VITOR RAFAEL PASTRO; ROBERTA LAIS DOS SANTOS MENDONÇA MATOS; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O carcinoma colorretal é a terceira neoplasia maligna mais frequente em homens e a segunda mais frequente em mulheres no mundo. No Brasil, esse é o terceiro tipo mais comum de câncer, sendo previstos cerca de 30 mil novos casos para o ano de 2013. A incidência de carcinoma colorretal por 100 mil/habitantes, nos Estados Unidos decaiu nas últimas décadas, que era 60.5 em 1976 para 46.4 em 2005. O índice de mortalidade também decaiu quase 35% entre 1990 e 2007. Pelo fato de indivíduos mais jovens julgarem-se portadores de enfermidades de pequena relevância clínica, o período entre o início dos sintomas e o diagnóstico pode ser estendido. Relato do caso: Mulher, 37 anos, branca com queixa de dor abdominal difusa do tipo cólica e hematoquesia, associado ao quadro de perda ponderal de aproximadamente 8 kg, há 10 meses. Como antecedentes: duas cesarianas, negava comorbidades, uso de medicações ou alergia. Não sabia referir histórico familiar, pois é filha adotiva. Colonoscopia mostrou lesão de 3 cm em cólon transverso estenosante, com biópsia mostrando adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Estadiamento clínico- radiológico: T3N0M0. Como conduta realizou-se colectomia subtotal, ileorretoanastomose láterolateral com exérese de lesão puntiforme em íleo terminal. Alta hospitalar no 5ºPO. Exame antomo-patológico mostrou adenocarcinoma moderadamente diferenciado em cólon transverso invadindo sub serosa, sem metástases em 36 linfonodos ressecados pT3pN0pMx e lesão de delgado com neoplasia de células fusiformes. Imunoistoquímica: tumor estromal gastrointestinal. Paciente foi encaminhada a oncologia e realizado pesquisa gênica para Síndrome de Lynch. Conclusão: A incidência do câncer colorretal abaixo dos quarenta anos de idade não é desprezível, sendo seu diagnóstico em fases avançadas muito comum. Diante disto, o relato de novos casos são de grande relevância para que diagnósticos ocorram de forma mais precoce, assim como a adequada investigação de condições associadas e a melhor escolha terapêutica possam ser realizados.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1284

TÍTULO DO TRABALHO: Adenocarcinoma de jejuno: Relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GERSON DE ALMEIDA CORREIA SANTOS; GRAZIELLY COSER DE ASSIS; TAIANE RANGEL DE AQUINO; VINICIUS CUNHA FAGUNDES; GIOVANNI JOSÉ ZUCOLOTO LOUREIRO; WAGNER BARCELOS. UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO, VITÓRIA - ES - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: As neoplasias de delgado são raras, correspondendo a apenas 1-2% das neoplasias gastrointestinais, sendo o adenocarcinoma a neoplasia mais comum do jeuno. Devido a sintomatologia inespecífica, seu diagnóstico é geralmente tardio, comprometendo o prognóstico do paciente. Relato de caso: Paciente do sexo masculino, 74 anos, encaminhado ao ambulatório de Coloproctologia de um hospital particular, devido a quadro de dor em região mesogástrica, de baixa intensidade, há aproximadamente 01 ano, associado a anemia severa e perda ponderal (15 kg). Nos 04 meses precedentes a procura do serviço, apresentou piora, com crises recorrentes de dor abdominal de forte intensidade, tipo cólica, associada a distensão e vômitos volumosos. EDA apresentando ectasia vascular de esôfago e gastrite crônica; colonoscopia revelando pólipo retal e doença diverticular do cólon; pesquisa de sangue oculto nas fezes positiva; TC de abdome com espessamento parietal de jejuno proximal, dilatação à montante e linfonodos mesentéricos; entero-ressonância evidenciando lesão infiltrava em jejuno proximal, com invasão de gordura mesentérica e aderência jejuno-jejunal. Paciente foi submetido a tratamento cirúrgico e quimioterapia adjuvante.Conclusão: O adenocarcinoma de jejuno é uma neoplasia rara, sendo, na maioria das vezes, diagnosticado tardiamente devido a sua sintomatologia inespecífica. Seu diagnóstico precoce requer alta suspeição na presença de sangramento oculto e quadros recorrentes de suboclusão intestinal.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1926

TÍTULO DO TRABALHO: ADENOCARCINOMA DE RETO ASSOCIADO A RETOCOLITE ULCERATIVA EM PACIENTE JOVEM

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CLARISSA CARLINI BALBINO; FERNANDA MOURA LYRA; IZABELLA FRONTINO AMBROZIM; LUANA BORGES SEGANTINE; TAIANE RANGEL DE AQUINO; GIOVANNI JOSÉ ZUCOLOTO LOUREIRO. UFES, VITORIA - ES - BRASIL.

RESUMO:
Introdução:A retocolite ulcerativa (RCU), enquanto doença inflamatória intestinal (DII), é fator de risco isolado para desenvolvimento de câncer colorretal (CCR). O dano tecidual prolongado causado pela inflamação crônica desempenha um papel importante na carcinogênese, favorecendo a formação de tumores e progressão. Além disso, o próprio tratamento da RCU influencia na ocorrência de CCR, tendo as sulfapirimidinas efeito protetor e as tiopurinas efeito carcinogenico. As manifestações clínicas mais comuns do CCR, a saber, dores abdominais, hemorragia digestiva baixa, diarréia, perda ponderal; são também observadas no quadro da RCU, o que pode dificultar a distinção entre as duas doenças, acarretando atraso no diagnostico, o que influencia negativamente o prognostico. Portanto, faz-se necessário o rastreio do CCR em pacientes com DII.Relato de caso:Paciente de 28 anos, sexo masculino, com diagnóstico de RCU aos 10 anos, em tratamento irregular com sulfassalazina e prednisona. Deu entrada no PS apresentando quadro de diarréia mucopiossanguinolenta, dor e distensão abdominal, e perda ponderal (10kg em 4 meses). Iniciado antibioticoterapia, mesalazina oral, e corticóide endovenoso na tentativa de induzir a remissão da suposta reativação da doença, sem sucesso. Iniciado então azatioprina, com melhora da dor e dos episódios diarréicos temporariamente. Colonoscopia evidenciou lesão vegetante e estenosante a 10cm da borda anal. Histopatológico evidenciou adenocarcinoma invasor ulcerado de reto. Realizada proctocolectomia total com preservação de coto retal, linfadenectomia retoperitoneal, confecção de bolsa ileal, ileorretoanastomose e ileostomia em alça. Estadiamento pT3N0M0. Submetido a quimioterapia adjuvante, esquema FLOX. Após 7 meses, foi realizada reconstrução do trânsito intestinal.Conclusão:O desenvolvimento de neoplasias colorretais em pacientes com doença inflamatória intestinal é uma possibilidade real. Portanto, os profissionais de saúde devem estar atentos à sintomatologia inespecífica do CCR que, por vezes, se confunde com os sintomas da própria doença inflamatória em atividade. Uma vez que o risco de desenvolvimento de CCR aumenta com o tempo de doença, deve-se atentar a importância da realização de colonoscopias anuais com biópsias, para afastar displasias de alto grau.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 952

TÍTULO DO TRABALHO: ADENOCARCINOMA DE RETO BAIXO ASSOCIADO A HÉRNIA VENTRAL GIGANTE: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DIEGO PALMEIRA RANGEL; LAERCIO ROBLES; ALEXANDER DE SA ROLIM; HUGO HENRIQUES WATTE; ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; ROGÉRIO FREITAS LINO DE SOUZA; EDUARDO AUGUSTO LOPES; JANAINA WERCKA. HOSPITAL SANTA MARCELINA, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Atualmente adenocarcinoma de reto recebe tratamento multimodal desde ressecção endoscópica, neoadjuvância e cirurgia. Essa conduta mostra melhora nos resultados de cura e sobrevida. Porém, antes do início do tratamento, dificuldades técnicas devem ser previstas e conhecidas, identificando o perfil e peculiaridades de cada paciente, como hérnias ventrais, obesidade e sexo, que podem oferecer grandes barreiras no tratamento proposto;Objetivo: Relatar correção de hérnia ventral gigante simultaneamente à amputação abdominoperineal para tratamento de adenocarcinoma de reto baixo.Descrição do caso: Feminina de 61 anos, índice de massa corpórea (IMC) de 50 Kg/m2, hipertensa, diabética, sem cirurgias prévias, com hérnia ventral há 20 anos. Em seguimento ambulatorial para cirurgia bariátrica apresentou queixa de diarréia, afilamento das fezes, associado a emagrecimento de 25 kg em três meses, sem dieta restritiva. Ao exame proctológico e colonoscopia visualizou a 3 cm da borda anal lesão ulcero-vegetante anterior e estenosante. O estudo anatomopatológico constatou a adenocarcinoma moderadamente diferenciado de reto. Realizou estadiamento com antígeno carcinoembrionário (CEA) totalizando 50,4 ng/dl, tomografias de tórax, abdomen e pelve e ressonância magnética de pelve com espessamento em canal anal, com linfonodomegalia em mesorreto, sem invasão de tecidos adjacentes ou sinais de metástases. Observado também volumosa hérnia abdominal com quase todo conteúdo de alças de delgado e cólon com anel herniário de 16 cm de diâmetro. Realizou neoadjuvância completa. No re-estadiamento houve queda do CEA para 5,3 ng/dl e manteve as características tomográficas. O exame proctológico mostrou redução da lesão a 30% da luz do reto. A paciente atingiu IMC de 31 Kg/m2 e foi submetida à amputação abdominoperineal e correção da hérnia ventral com tela proceed®. Teve boa evolução com alta no 17° pós operatório e o anatomopatológico cirúrgico mostrou adenocarcinoma T2N0M0 sem doença linfonodal em 13 linfonodos da peça.Conclusão: A neoplasia de reto, notadamente em sua porção extraperitoneal, é a que mais debate e cuidados devem ser adotados para o tratamento. Ademais, o planejamento pré-operatório com exames de imagem e caracterização de possíveis dificuldades técnicas devem ser elencados. Hérnias abdominais podem ser tratadas simultaneamente com cirurgias colorretais. A correção de hérnias gigantes é um desafio ao cirurgião e deve ser analisada criteriosamente.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 982

TÍTULO DO TRABALHO: ADENOCARCINOMA DE SIGMÓIDE PROLAPSADO VIA RETAL: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DIEGO PALMEIRA RANGEL; LAERCIO ROBLES; ALEXANDER DE SA ROLIM; HUGO HENRIQUES WATTE; ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; ROGÉRIO FREITAS LINO DE SOUZA; EDUARDO AUGUSTO LOPES; JANAINA WERCKA. HOSPITAL SANTA MARCELINA, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Os tumores retais, em sua grande maioria adenocarcinomas, apresentam-se clinicamente como lesões sésseis, causadoras de sangramento e obstrução intestinal nos casos localmente avançados. Ainda podem se apresentar como lesões fistulizantes para bexiga, útero, vagina ou mesmo o próprio tubo digestório. Menos frequente, mas não raramente, apresentam-se sob a forma de prolapso retal. Objetivo: Relatar um caso de tumoração de sigmóide com prolapso retal. Relato do caso: Feminina, 66 anos, descendência oriental, diabética. iniciou quadro de dor abdominal tipo cólica há dois meses em fossa ilíaca esquerda, associada a episódios de hematoquezia e emagrecimento de 10 kg no período. Ao exame proctológico evidenciou-se tumoração vegetante exteriorizada, lobulada, friável com sangramento discreto e após sua redução procedeu-se colonoscopia com presence de lesão vegetante estenosante, friável em sigmóide não sendo possível progressão do aparelho. O estudo anatomopatológico constatou adenocarcinoma moderadamente diferenciado do colon sigmóide. Em Tomografia Computadorizada abdominal identificou-se lesão expansiva em sigmóide de 7,5 cm associado a densificação de gordura locorregional. O antígeno carcinoembrionário foi de 1,2 ng/ ml. Paciente foi submetida à retossigmoidectomia com anastomose colorretal a 8 cm da borda anal. O estudo anátomo-patológico demonstrou adenocarcinoma de sigmóide, sem invasão serosa e ausência de invasão linfática em 15 lindonodos da peça cirúrgica (T2N0M0). Paciente obteve alta no sétimo dia de pós operatório e mantém seguimento oncológico sem evidência de recidiva tumoral. Conclusão: A conduta em relação aos tumores com prolapso retal é semelhante ao tratamento das neoplasias não-prolapsadas, desde que os prolapsos sejam reduzidos e o paciente apresente condições clínicas para tal. Em todos os casos deve-se realizar exame físico proctológico pormenorizado.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1880

TÍTULO DO TRABALHO: ADENOCARCINOMA MUCINOSO DE APÊNDICE: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCELO GONÇALVES SOUSA1; MARINA DANTAS HENRIQUE2; CAMILLA DE ALMEIDA FRANCA FALCÃO3; KARINE ABREU TAVARES3; JOSÉ CALIXTO DA SILVA NETO2; MARILIA MEDEIROS DA SILVA2; JOSÉ GERALDO TENÓRIO DE BRITO BARBOZA2. 1. UFPB, JOAO PESSOA - PB - BRASIL; 2. FAMENE, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 3. FAMENE, JOAO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
Introdução:As neoplasias mucinosas de apêndice abrangem tumores apendiculares que têm, em comum, o acúmulo de material mucoide no órgão. É um achado raro, correspondendo a 0,2-0,5% de todos os tumores do trato gastrointestinal. As neoplasias mucinosas de apêndice são divididas em: Neoplasia Mucinosa de Baixo Grau e o Adenocarcinoma Mucinoso. Este com padrão invasivo, com displasia de alto grau, que podem produzir pseudomixoma peritoneal, com maior probabilidade de invadir órgãos subjacentes e apresentar metástases. A maioria dessas neoplasias se apresenta como apendicite aguda ou achado incidental durante a exploração radiológica ou laparoscópica para outra patologia abdominal. A escolha do procedimento cirúrgico está relacionada às dimensões, acometimento linfonodal, da base do apêndice e à histologia do tumor.Relato de caso:Idoso, 78 anos, com queixa de dor inespecífica em fossa ilíaca direita há 15 dias, sem relação com alimentação ou evacuação e em bom estado geral. Realizou uma tomografia computadorizada que evidenciou imagem ovalada hipodensa de contornos lobulados e septações internas na fossa ilíaca direita, em íntima relação com o ceco, medindo 8,0 x 4,2 x 5,6 cm associando-se à densificação dos planos adiposos mesentéricos adjacentes. Submetido a videolaparoscopia identificando lesão infiltrada em apêndice e ceco com perfuração bloqueada pela parede abdominal, que optou-se por colectomia direita mais linfadenectomia, não identificando presença de material mucionoso na cavidade abdominal. Foi dado o diagnostico definitivo de adenocarcinoma mucinoso invasivo de apêndice pelo anatomopatológico, que evidenciou a neoplasia situada no ceco medindo 4,0 cm no maior eixo, infiltrando toda espessura da parede até o tecido adiposo pericólico. O pós-operatório apresentou boa evolução exceto por uma dor abdominal nos primeiros dias e presença de gás na parede do esôfago distal e paredes gástricas, sugerindo enterite que teve resolução espontânea do quadro com uso de antibioticoterapia.Considerações Finais:Pacientes com neoplasia mucinosa de apêndice podem apresentar sintomas inespecíficos ou serem assintomáticos. A pouca especificidade dos sintomas, diagnóstico pré-operatório infrequente, geralmente são diagnosticados após apendicectomia. Estas entidades raras e complicações potencialmente letais são geralmente curáveis cirurgicamente, diagnosticando-se numa fase precoce. É importante a investigação de todo o cólon com objetivo de detectar tumores sincrônicos.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1956

TÍTULO DO TRABALHO: ADENOCARCINOMA PRIMÁRIO DE APÊNDICE CECAL - RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ROBERTO CARLOS ARAÚJO JUNIOR1; CRISTIANO DA COSTA CASAES FILHO1; ANDRÉ LUIZ FERMINO1; ACHILLES FERRARI NETO2; GUILHERME CHIARELO CAPANELLI2; OSVALDO CAIEL FILHO1; IRINEU FERREIRA TEIXEIRA1; MARCIO PIZARRO PIMENTA1. 1. SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE BARRETOS, BARRETOS - SP - BRASIL; 2. FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE BARRETOS DR PAULO PRATA, BARRETOS - SP - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoEstima-se que para cada 100 apendicectomias realizadas, uma possui aspecto maligno, sendo o carcinoide o tipo histológico mais comum(2). Os adenocarcinomas de apêndice são raros representando cerca de 0,2% a 0,5% de todas as neoplasias gastrointestinais. Incide principalmente entre a sexta e sétima décadas de vida(1,2). Aproximadamente metade desses tumores são descobertos durante uma apendicectomia por apresentarem sintomas compatíveis a uma apendicite aguda(1,2). A confirmação diagnóstica é decorrente do exame anatomopatológico(1,2).Relato de CasoPaciente R.V.P, 49 anos, feminina, natural e procedente de Barretos, foi encaminhada à Unidade de Pronto Atendimento de Barretos ? SP, referindo dor abdominal, febre, inapetência e astenia há 3 dias. Ao exame físico: regular estado geral, hipocorada (+/4), febril, desidratada (+/4); abdome plano, flácido, doloroso à palpação profunda em mesogástrio, hipogástrio e fossa ilíaca direita com sinal de Blumberg positivo. Hemograma prévio demonstrava leucocitose (11.854), com bastonetes (3%). Ultrassonografia da unidade observou-se na fossa ilíaca direita, a presença de imagem ovalar, anecóica, heterogênea, com liquido livre adjacente. A paciente foi internada com diagnóstico de abdômen agudo inflamatório, sendo a apendicite a principal suspeita. Encaminhada para o centro cirúrgico, sendo realizada laparotomia exploradora com apendicectomia. Material enviado para anatomopatológico que evidenciou adenocarcinoma moderadamente diferenciado, muco secretor, comprometendo a porção proximal do apêndice, com margens de ressecção comprometidas; segmento de epiplón evidenciando adenocarcinoma mucossecretor comprometendo extensamente o tecido adiposo. Após laudo, paciente foi referenciada para a Fundação Pio XII, para acompanhamento e tratamento.ConclusãoO presente relato aborda um caso no qual a paciente apresentava um forte indício de apendicite aguda, fato que constitui um perfil epidemiológico compatível com a doença relatada(1). Após apendicectomia a peça foi enviada para exame anatomopatológico, que diagnosticou um adenocarcinoma de apêndice. A abordagem de lesões menores que 1 cm e localizadas na extremidade distal apendicular, é a apendicectomia, a qual se mostra curativa em quase todos os casos. Já nos adenocarcinomas entre 1 ? 2 cm, envolvendo a base apendicular, ou invadindo a porção medial do apêndice, podem apresentar um comportamento biológico mais agressivo, justificando a hemicolectomia a direita(1,2).

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2860

TÍTULO DO TRABALHO: ADENOCARCINOMA SINCRÔNICO DE CÓLON COM FOCO MÚLTIPLO: UM RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FERNANDO ANTONIO MARTINS BERMUDES; LÚCIA CARLA POLACO COVRE; RUDLLEIA SQUASANTE CAVATI; GABRIELA COSTA MASTELA; CAMILA DA SILVA LORENZATO; PÂMELA MAZZINI HOMBRE; GRAZIELLY COSER DE ASSIS; TAIANE RANGEL DE AQUINO. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO MORAES - UFES, VITÓRIA - ES - BRASIL.

RESUMO:
O câncer de cólon é a neoplasia mais comum do trato gastrointestinal no Brasil, com 34.280 novos casos previstos para 2016. Dos tumores de cólon, 3.1 a 3.9% apresentam--se na forma sincrônica, que são lesões independentes diagnosticadas simultaneamente ou em intervalo de até 6 meses no mesmo paciente. Na literatura, há poucos casos descritos com mais de três lesões sincrônicas no segmento colônico. Descrevemos um caso de tumor de cólon sincrônico com quatro focos, uma forma rara de acometimento múltiplo.Mulher, 48 anos, é questionada sobre palidez muco-cutânea ao acompanhar mãe em pós-operatório de colectomia por tumor colônico. Refere cólica abdominal difusa há um ano, perda ponderal, e irmão tratado para câncer de cólon há 15 anos. Na investigação colonoscópica foi encontrada lesão infiltrativa em sigmoide, estenosante e que não permitia passagem do colonoscópio para avaliar o restante do cólon. À tomografia computradorizada de abdome evidenciou uma nova tumoração em ângulo hepático do cólon. Durante colectomia total e estudo histopatológico, duas novas lesões foram evidenciadas, e adenocarcinoma foi diagnosticado nos quatro focos (sigmoide, descendente, transverso e ângulo hepático). Paciente apresentou boa evolução pós-operatória, com seguimento ambulatorial e busca ativa familiar. Estudos mostram que síndromes hereditárias estão presentes em apenas 10% dos tumores sincrônicos e, portanto, esses sofrem maior influência de fatores ambientais. Os quadros clínico e prognóstico são similares aos de lesão única quando no mesmo estágio e submetidos à cirurgia curativa. A colonoscopia tem importante papel diagnóstico no câncer colorretal, porém muitas lesões sincrônicas permanecem subdiagnosticadas e têm sua incidência subestimada.Tumores sincrônicos devem ser investigados em paciente com câncer de cólon e abordados com investigação completa do intestino de forma a ser feito diagnóstico precoce das lesões.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 431

TÍTULO DO TRABALHO: ADENOMA SERRILHADO GIGANTE DE SIGMÓIDE: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: IGOR ARANTES DE OLIVEIRA GÓES; KAREN MAYURI KATO; PAULA CRISTINA STEFFEN NOVELLI; RODRIGO SADER HECK; VITOR RAFAEL PASTRO; DENISEGRAFFITTI D?AVILA; RONALDO NONOSE; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Até as últimas duas décadas, quase todos os pólipos colorectais foram divididos em dois grupos principais: pólipos hiperplásicos e adenomas. Os pólipos hiperplásicos constituem um tipo muito comum na população ocidental com uma prevalência estimada de 20%. Os pólipos hiperplásicos são caracterizados por sua aparência "dente de serra" na análise de microscopia do dobramento no epitélio da cripta. Em 1990, Longacre e Fenoglio - Preiser notaram que alguns pólipos compartilhavam características com ambos os adenomas convencionais e pólipos hiperplásicos, e assim denominando-os de ?adenomas serrilhados tradicionais?. Em 1996, Torlakovic et al. identificaram outro subconjunto de lesões serrilhadas dentro "polipose hiperplásica", exibindo uma arquitetura anormal sem displasia citológica e definiu-os como "adenomas sésseis serrilhados" (SSAs), que agora são considerados como precursores de carcinomas colorretais com instabilidade microssatélites (MSI). A prevalência de SSA tem sido subestimada por anos, variando de 0,1 % a 14,7 % de todos os pólipos colorectais. A definição desta nova entidade exige uma atenção especial e SSA deve ser diferenciada de adenomas colorretais convencionais. Relato de Caso: Mulher, 59 anos, com queixa de hematoquezia há 9 meses, sem alteração do hábito intestinal, tenesmo ou proctalgia. Negava perda ponderal ou demais queixas. Antecedente pessoal: negava comorbidades e vícios e negava antecedentes familiares para neoplasia. O exame físico e proctológico apresentavam-se dentro da normalidade. O exame endoscópico evidenciou lesão polipóide subpediculada de 5 cm de sigmoide ocupando toda a luz. O exame anátomo-patológico apresentou como resultado adenoma serrilhado. A paciente foi submetida à estadiamento e retossigmoidectomia anterior por via convencional. A paciente segue em acompanhamento ambulatorial. Conclusão: A dimensão da lesão polipoide diagnosticada mostra a importância do relato para que sejam estudadas as melhores técnicas de abordagem e o melhor seguimento ambulatorial nesses casos.

CODIGO DO TRABALHO: 3098

TÍTULO DO TRABALHO: ADENOMA TÚBULO VILOSO EM ADULTO JOVEM: UM RELATO DE CASO.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: YASMIN BIONE DINIZ; PATRÍCIA ALVES MANGUEIRA; CAMILA MONTEIRO DA ROCHA; RONE ANTONIO ALVES ABREU; PEDRO ERNESTO ALVES MANGUEIRA JÚNIOR; THIAGO LUIS AGUILAR CARLOS PEREIRA; JOSÉ RIOS DE LIMA JÚNIOR; DEBORAH MACÊDO RIGONI PRANDINI. INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS, ARAGUAÍNA - TO - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO:Os pólipos colorretais são estruturas que se projetam na superfície da camada mucosa do intestino grosso. A classificação histológica do adenoma e o grau de displasia foram baseados nos critérios do World Health Organization que utiliza a participação do componente viloso e tubular em sua constituição. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de adenoma túbulo viloso em um adulto jovem.RELATO DE CASO: SNOR, sexo feminino, 35 anos, proveniente de Araguaína-TO, chega em unidade de atendimento com queixa principal de dor abdominal. Relatou que apresentava dor abdominal tipo cólica e em queimação há aproximadamente 2 anos, com piora progressiva nos últimos meses. Informou ter ritmo intestinal com constipação crônica e que devido a isso, fazia uso de laxantes continuamente, os quais intensificavam ainda mais a dor. Negou presença de sangramento nas fezes ou qualquer outra queixa. Apresentava dosagem de marcadores tumorais nos padrões da normalidade. Foi realizado uma tomografia de abdome total e uma colonoscopia, a primeira sugeriu hérnia interna com pneumatose intestinal e a segunda evidenciou uma lesão vegetante, móvel, não friável, volumosa, ocupando toda circunferência do órgão, com base não visualizada e localizada na transição entre o cólon ascendente e o ceco. Foi submetida a uma Laparotomia Exploradora que demonstrou dilatação dos cólons ascendente e transverso, tumoração visível em ângulo esplênico à abertura de cavidade, aderências em cólon, adenomegalia de cadeias cólicas direita e média, presença de tumoração localizada em cólon ascendente, próxima ao ceco, fazendo intussuscepção para cólon transverso até o ângulo esplênico, com dilatação de todo o trajeto. Realizada, então, ligadura de artérias cólicas média e direita em suas bases com linfadenectomia, hemicolectomia direita com linfadenectomia, ileotransversoanastomose e drenagem de cavidade com dreno túbulo-laminar. O anatomopatológico da peça cirúrgica evidenciou adenoma túbulo-viloso com comprometimento de 30% de sua arquitetura por carcinoma intramucoso e não havia comprometimento linfonodal. Durante o pós-operatório (PO) evoluiu com pequena área de flutuação de seroma, mas com melhora clínica. Foi de alta hospitalar no 4° Dia de PO estável e sem queixas. CONCLUSÃO: A colonoscopia e a polipectomia são eficazes no diagnóstico e prevenção do câncer colorretal. A remoção dos adenomas pode prevenir o câncer colorretal, assim como o diagnóstico precoce pode reduzir a mortalidade.

CODIGO DO TRABALHO: 2841

TÍTULO DO TRABALHO: Análise da qualidade de vida dos pacientes ostomizados em hospital terciário de Fortaleza-Ce

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DANIEL RODRIGUES CORREIA1; FELIPE MACHADO DOS REIS2; FRANCIS REGIS SOARES DE SOUSA1. 1. UNIVERSIDADE DE FORTALEZA, FORTALEZA - CE - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, SOBRAL - CE - BRASIL.

RESUMO:
Uma ostomia intestinal resulta de um procedimento cirúrgico que consiste na ligação de uma parte do intestino delgado ou grosso, a um orifício externo na cavidade abdominal designado de estoma. O pacientes portadores de uma ostomia, devido à sua situação clínica, manifestam um misto de emoções resultante do enorme impacto físico e emocional devido à doença e ao tratamento. A ostomia desencadeará alterações profundas no estilos de vida, nas relações familiares e sociais, na sua imagem corporal e na autoestima. Foi objetivo deste estudo analisar a perceção que a pessoa portadora de ostomia de intestinal, seguido em hospital terciário de Fortaleza-Ce, tem sobre a sua qualidade de vida . A investigação enquadra-se no domínio da investigação observacional, optando-se pela realização de um estudo descritivo, analítico e transversal, de abordagem quantitativa. Como instrumento de colheita de dados foi utilizado um questionário elaborado especificamente para o estudo, de forma a permitir um melhor conhecimento sobre a pessoa ostomizada. Aceitaram participar no estudo 65 pacientes portadores de ostomia de eliminação intestinal. Como resultados, aponta-se que as pessoas ostomizadas percebem melhor qualidade de vida nas dimensões relativas ao desempenho emocional, saúde geral e desempenho físico e pior, ao nível da função física, dor corporal e função social. Foram identificados e analisados os fatores determinantes da qualidade de vida, nomeadamente: as características sociodemográficas, as características relativas à ostomia e ao apoio. Os resultados desta investigação apontam para a necessidade de um estreito acompanhamento do hospital à pessoa ostomizada e dos seus familiares/cuidadores, de forma a minimizar o impacto negativo resultante da presença da ostomia.SALLES, Valdemir José Alegre; BECKER, Carolina de Paula Penteado; FARIA, Giuliana da Matta Rossi. A influência do tempo na qualidade de vida do paciente portador de estomia intestinal.J. Coloproctol., Rio de Janeiro , v. 34, n. 2, p. 73-75, June 2014 .SALOMÉ,Geraldo.Assesment of subjective well-being and quality of life in patients with intestinal stoma. Journal of Coloproctology.Rio de Janeiro,v35,n.3,p 168-174.July 2015LIMA,Josias et al. A qualidade de vida de usuários estomizados atendido na rede pública de Santa Maria. Rev. Pre. Infec e Saúde.Porto Alegre,v.4,n.1,p 35-41,Março 2015.

CODIGO DO TRABALHO: 2852

TÍTULO DO TRABALHO: Análise da qualidade de vida dos pacientes ostomizados em hospital terciário de Sobral-CE

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FELIPE MACHADO DOS REIS1; DANIEL RODRIGUES CORREIA2; FRANCIS REGIS SOARES DE SOUSA2. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, SOBRAL - CE - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE DE FORTALEZA, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Uma ostomia intestinal resulta de um procedimento cirúrgico que consiste na ligação de uma parte do intestino delgado ou grosso, a um orifício externo na cavidade abdominal designado de estoma. O pacientes portadores de uma ostomia, devido à sua situação clínica, manifestam um misto de emoções resultante do enorme impacto físico e emocional devido à doença e ao tratamento. A ostomia desencadeará alterações profundas no estilos de vida, nas relações familiares e sociais, na sua imagem corporal e na autoestima.Objetivo:Foi objetivo deste estudo analisar a perceção que a pessoa portadora de ostomia de intestinal, seguido em hospital terciário de Sobral-Ce, tem sobre a sua qualidade de vida.Metodologia: A investigação enquadra-se no domínio da investigação observacional, optando-se pela realização de um estudo descritivo, analítico e transversal, de abordagem quantitativa. Como instrumento de colheita de dados foi utilizado um questionário elaborado especificamente para o estudo, de forma a permitir um melhor conhecimento sobre a pessoa ostomizada. Aceitaram participar no estudo 65 pacientes portadores de ostomia de eliminação intestinal.Resultados:Como resultados, aponta-se que as pessoas ostomizadas percebem melhor qualidade de vida nas dimensões relativas ao desempenho emocional, saúde geral e desempenho físico e pior, ao nível da função física, dor corporal e função social. Foram identificados e analisados os fatores determinantes da qualidade de vida, nomeadamente: as características sociodemográficas, as características relativas à ostomia e ao apoio.Conclusão: Os resultados desta investigação apontam para a necessidade de um estreito acompanhamento do hospital à pessoa ostomizada e dos seus familiares/cuidadores, de forma a minimizar o impacto negativo resultante da presença da ostomia.SALLES, Valdemir José Alegre; BECKER, Carolina de Paula Penteado; FARIA, Giuliana da Matta Rossi. A influência do tempo na qualidade de vida do paciente portador de estomia intestinal.J. Coloproctol., Rio de Janeiro , v. 34, n. 2, p. 73-75, June 2014 .SALOMÉ,Geraldo.Assesment of subjective well-being and quality of life in patients with intestinal stoma. Journal of Coloproctology.Rio de Janeiro,v35,n.3,p 168-174.July 2015LIMA,Josias et al. A qualidade de vida de usuários estomizados atendido na rede pública de Santa Maria. Rev. Pre. Infec e Saúde.Porto Alegre,v.4,n.1,p 35-41,Março 2015.

CODIGO DO TRABALHO: 2296

TÍTULO DO TRABALHO: ANÁLISE DAS APENDICECTOMIAS REALIZADAS POR RESIDENTES DO PRIMEIRO ANO DE CIRURGIA GERAL NO COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI NO PERÍODO DE MARÇO DE 2015 A JULHO DE 2016

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DANIEL DE MORAIS TAVARES1; THEAGO ARRUDA ESPÍRITO SANTO2; DYEGO DOS SANTOS QUEIROZ2; FERNANDA NEIVA RIBEIRO2; LUANA ARRUDA2; FERNANDO BARATELLA DE ASSIS2; VALTER FABRICIO FERREIRA DARI2; BRUNO DE OLIVEIRA ARAUJO SOUSA2. 1. PUC-SP, SOROCABA - SP - BRASIL; 2. COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI, CAMPINAS - SP - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVO: Descrever o perfil dos pacientes submetidos a apendicectomia em serviço referência de urgência/emergência durante o período de formação na especialidade de Cirurgia Geral.MÉTODO: Trata-se de uma análise retrospectiva de pacientes submetidos a procedimento cirúrgico de apendicectomia no período de março de 2015 à julho de 2016 pelos residentes do primeiro ano de Cirurgia Geral do Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi ?Ouro Verde? na cidade de Campinas, São Paulo. Todos os dados foram obtidos através da análise de 146 prontuários médico. Foi utilizado como variáveis do estudo o sexo, idade, incisão cirúrgica, diagnóstico macroscópico, técnica operatória, uso de drenos abdominais, antibioticoprofilaxia e/ou antibioticoterapia, tempo de internação hospitalar e complicações operatórias mais frequentes.RESULTADOS: Foram avaliados no total 146 pacientes, através de revisão de prontuários, sendo a maioria homens jovens, com média de idade 29,19 anos. A cirurgia aberta continua sendo a opção terapêutica utilizada no serviço. De acordo com o aspecto macroscópico do apêndice cecal, a apendicite pode ser classificada em quatro tipos diferentes (Grau I ao IV). A apendicite grau I foi o mais evidenciado (35%). A antibioticoprofilaxia mais comumente utilizada foi a Cefazolina 02 (dois) gramas durante a indução anestésica. Já a antibioticoterapia foi realizada em apenas 30,13% devido a presença de secreção purulenta na cavidade intra- abdominal e os principais fármacos utilizados foram o Ciprofloxacino e o Metronidazol. O tempo médio de internação apresentado foi de 2,74 dias. As complicações pós operatórias foram evidenciadas em 03 (três) pacientes (2,05%), sendo mais frequente, a formação de seroma e a infecção da ferida operatória.CONCLUSÕES: O tratamento cirúrgico da apendicite aguda, por ser a patologia inflamatória abdominal mais comum e por apresentar potencial elevado de morbimortalidade, é de conhecimento de todo cirurgião geral. A apendicectomia é a principal cirurgia não eletiva realizada pelos cirurgiões gerais no processo de formação, portanto é de extrema importância o reconhecimento da sua patologia, do seu tratamento, de suas complicações e do perfil dos pacientes operados.

CODIGO DO TRABALHO: 2044

TÍTULO DO TRABALHO: Análise dos seguintes fatores de risco para fístula anastomótica em pacientes submetidos a colectomia: hemoglobina e albumina pré-operatória, técnica anastomótica, ASA e incisão cirúrgica

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LUIZA BASILIO RODRIGUES; BRUNO GONÇALVES RANGEL; EDUARDO VIANA DE CARVALHO. HOSPITAL FEDERAL DE IPANEMA, RJ - RJ - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Quando presente no pós operatório das ressecções colorretais, a fístula anastomótica é responsável diretamente pelo aumento do tempo hospitalar e numero de re-intervenções e re-internações[1], sendo de fundamental importância a analise dos fatores envolvidos em seu desenvolvimento. Analisamos os seguintes fatores associados ao desenvolvimento de fístula nos pacientes submetidos a ressecção colônica: hemoglobina e albumina pré-operatória, técnica anastomótica, ASA e incisão cirúrgica.Na literatura, os índices de fistula variam de 1.8% a 15.9%[1];2.Método: Foram analisados retrospectivamente informações adicionadas no banco de dados do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Federal de Ipanema (HFI), dos pacientes submetidos a colectomia no serviço, de fevereiro de 2012 a outubro de 2016.Resultados: Foram submetidos a ressecção colônica 69 pacientes. Após exclusões, 55 pacientes submetidos a anastomose primaria eletivamente foram analisados.Desses pacientes, 26 (47.3%) foram submetidos a colectomia direita, 2 (3.7%) a transversectomia, 9 (16.4%) a colectomia esquerda e 18 (32.7%) a retossigmoidectomia. Foram encontrados 8 (14.5%) pacientes que desenvolveram fístula anastomótica.Foram criados 2 grupos a serem comparados: pacientes que desenvolveram fistula anastomótica e pacientes que não desenvolveram fistula anastomótica.Quando comparados, entre os grupos, não encontramos fatores de risco para desenvolvimento de fístula anastomótica. ASA (p=0.318 OR=2.22 IC= 0.45 ? 10,92) ; Albumina (p=0.047 OR=1.235 IC= 0.13 ? 11.93), hemoglobina (p=0.496 OR=1.688 IC= 0.37 ? 7.7); Tipo de anastomose (p=0.563 OR=1.909 IC= 0.21 ? 17.6); Tipo de incisão (p=0.096 OR=0.0 IC= -).Conclusão: Os índices de fistula no Hospital Federal de Ipanema (HFI), apesar de estarem dentro da variação da literatura, são altos (14.9%). As cirurgias no HFI são realizadas por múltiplos cirurgiões com técnicas cirúrgicas diversificadas. São necessárias avaliações posteriores, após padronização cirúrgica, com exclusão desse viés, e com numero maior de pacientes, para que possamos extrair outros resultados e diminuir as taxas de fístula anastomótica no serviço .Bibliografia: 1-MatteoFrasson et al.Risk factors for anastomotic leak and postoperative morbidity and mortality after elective right colectomy for cancer:results from a prospective, multicentric study of 1102 patients;2- Emily F. et al. Risk Factors and Consequense of Anastomotic Leak After Colectomy: A National Analysis

CODIGO DO TRABALHO: 2879

TÍTULO DO TRABALHO: ANGIOLIPOMA DE CÓLON DIREITO ? RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ROBSON DAVID DE ARAÚJO LIAL1; DIEGO COIMBRA ALENCAR1; LUCÍDIO BALDUÍNO LEITÃO2; GUILHERME MEIRELES FERREIRA3; JOÃO LISBOA DE FLORES NETO4; TALÍSIA FARIAS CASTRO1; MARLON MORENO DA ROCHA CAMINHA DE PAULA5. 1. FACULDADE INTEGRAL DIFERENCIAL, TERESINA - PI - BRASIL; 2. SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA, TERESINA - PI - BRASIL; 3. HOSPITAL GETÚLIO VARGAS, TERESINA - PI - BRASIL; 4. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ, TERESINA - PI - BRASIL; 5. COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIA DIGESTIVA, TERESINA - PI - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Angiolipomas são causas incomuns de tumor e se desenvolvem como massas encapsuladas, subcutâneas, múltiplas, bem delimitadas e dolorosas. Eles podem ser distribuídos em vários segmentos corporais, inclusive o trato gastrointestinal (esôfago, estômago, duodeno, jejuno, íleo, junção ileocecal, cólon e reto). Os tratamentos de escolha abrangem desde a extração através de uma colonoscopia até laparotomia com exérese de lesão e anastomose primária. RELATO DE CASO: Homem, 58 anos procura serviço médico privado em fevereiro/2016 devido pirose, regurgitação noturna, epigastralgia e sensação de aperto retroesternal em média há 1 mês. Encontra-se em uso esporádico de lansoprazol sem melhora. Nega patologias pregressas, alergias medicamentosas e/ou comemorativos associados. Ao exame físico apresenta abdome flácido, ruídos hidroaéreos presentes, indolor à palpação superficial e profunda e presença de massa em epigástrio. Exames complementares solicitados: ultrassonografia indicou lesão em epigástrio, endoscopia digestiva alta com suspeita não confirmada de esofagite eosinofílica, colonoscopia revelou lesão endurecida em flexura hepática do cólon, friável e sangrante ao toque com áreas de necrose ocupando metade da luz intestinal e antígeno carcinoembrionário negativo. Frente aos achados encaminhou-se o paciente para uma hemicolectomia por vídeo na qual foi extraída o cólon direito. O histopatológico da peça cirúrgica concluiu angiolipoma com erosão e depósito de fibrina. No 4º dia de pós operatório houve alta hospitalar em virtude de evolução clínica satisfatória e sem intercorrências. CONCLUSÃO: Esse caso revela um caso pouco frequente de desconforto gastrointestinal cabendo à equipe médica sempre estar atenta aos diagnósticos diferenciais.

CODIGO DO TRABALHO: 996

TÍTULO DO TRABALHO: As complicações mais frequentes da cirurgia de reconstrução intestinal pós cirurgia de Hartmann

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FERNANDA SILVA SALES; MARCELA OLIVEIRA REZENDE BARBOSA. UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A reconstrução do trânsito intestinal acarreta elevados índices de morbimortalidade, dependente do procedimento realizado na operação inicial, da técnica operatória necessária na reconstituição do trânsito intestinal e das comorbidades dos pacientes.OBJETIVOS: Tendo em vista o uso mais frequente da cirurgia do tipo Hartman é importante estar ciente das suas possíveis complicações para assim estabelecer sua conduta propiciando uma melhor abordagem terapéutica. Foram analisadas a morbidade e mortalidade dos pacientes na tentativa de revesão da cirurgia do tipo hartmann.MÉTODOS: Análise de artigos de revisão publicados no SciELO, Pub MEd, LILACS. RESULTADOS: Foram analisados 10 artigos científicos publicados nos últimos 10 anos sobre as possíveis complicações da técnica de Hartman. A média de idade dos pacientes submetidos a reconstrução era de 54 anos. As complicações mais frequentes foram fístulas e infecções de parede,as quais estão associadas ao tempo de permanência dos pacientes e comorbidades do mesmo. Notamos também que quase 20% dos pacientes tem algum tipo de complicação, o que é um percentual bastante significativo. CONCLUSÃO: A colostomia à Hartmann normalmente é acompanhada de um maior número de complicações pós reconstrução do trânsito intestinal, e quase metade dos pacientes envolvidos nesta série de casos apresentavam este tipo de colostomia.
BIBLIOGRAFIA: 1. Ninkovic M, Schoeller T, Schmid T, Salzer GM, Scougall P, Wechselberger G, Ander H. Closure of complex defects in the chest wall with muscle flaps. Scand J Plast Reconstr Hand Surg. 1998;32(3):255-64. 2. Novoa N, Benito P, Jiménez MF, Juan A, Luis Aranda J, Varela G. Reconstruction of chest wall defects after resection of large neoplasm: ten-year experience. Interact Cardiovascular Thorac Surg. 2005;4(3):250-5. Epub 2005 Mar 30.

CODIGO DO TRABALHO: 2151

TÍTULO DO TRABALHO: ATUALIZAÇÃO DE DADOS - MACROLIGADURA ALTA REALIZADAS NA CLÍNICA REIS NETO, CAMPINAS - SP

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GABRIELA MOREIRA COSTA1; LUCAS HENRIQUE SANCHEZ CAVALHEIRO1; REGINA GREILBERGER RIBEIRO2; GUILHERME ZUPO TEIXEIRA2; ANTONIO JOSE TIBURCIO ALVES JUNIOR2; JOAQUIM SIMOES NETO2; JOSÉ ALFREDO DOS REIS JÚNIOR2; JOSE ALFREDO DOS REIS NETO2. 1. PUC CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL; 2. CLINICA REIS NETO, CAMPINAS - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A macroligadura alta é um procedimento minimamente invasivo utilizado para o tratamento da doença hemorroidária.OBJETIVO: A técnica cirúrgica visa à realização de uma macro ligadura, com mais tecido e consequentemente maior fibrose e fixação do estroma ligado, e também de uma ligadura alta, na origem o descenso mucoso, corrigindo o tecido prolapsado.MÉTODO: Utilizou-se um anuscópio mais largo e mais longo para melhor visualização do canal anal, bem como um dispositivo com maior diâmetro e maior capacidade de aspiração de mucosa. Anestesia local de 0,5 ml de lidocaína na camada submucosa, sendo realizada Macroligadura com aspiração da mucosa retal do mamilo interno acometido, aproximadamente 3 ou 4 cm acima da linha pectínea. Procedimento realizado com um aparelho aplicador de anéis de borracha por aspiração, confeccionado especialmente para esse tipo de procedimento. Incluídos pacientes com doença hemorroidária interna, sem doença hemorroidária externa, de qualquer idade ou sexo, com seguimento pós operatório de 24 meses. Tratados em caráter ambulatorial, 2.580 pacientes com doença hemorroidária graus II e III, preferencialmente abordando todas as áreas em uma única sessão. RESULTADOS: Não houve distinção quanto a sexo, faixa etária ou raça. O método apresentou baixa recidiva após seguimento clínico por dois anos, sendo maior nos pacientes com apenas uma área tratada. Os pacientes com recorrência foram tratados com uma nova sessão de Macroligadura. Após seguimento clínico por dois anos, foi evidenciado baixo índice de recidiva, sendo maior nos pacientes com apenas uma área tratada. Houveram baixos índices de complicações: sangramento (1,6%), dor com necessidade de medicação endovenosa (1,55%), edema perianal (1,47%), tenesmo (0,54%), retenção urinária (0,07%). Nenhum paciente apresentou sepse ou necessidade de internação hospitalar após o procedimento.CONCLUSÃO: A Macroligadura Elástica Alta representa uma técnica segura, efetiva, de baixo custo e baixo índice de recidiva, pouco ou nenhum desconforto durante ou após sua realização, além de apresentar baixo custo e fácil execução

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2216

TÍTULO DO TRABALHO: Avaliação dos estudos do tempo de trânsito colônico em portadores de constipação crônica

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ROBERTO AVRITCHIR; CASSIO GOMES DOS REIS JUNIOR. CRYA MEDICINA DIAGNÓSTICA, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O diagnóstico da constipação intestinal é sugerido pelos critérios de Roma, porém estudos de Wexner e Jorge demonstraram que a clínica só faz o diagnóstico em 8%, havendo necessidade de exames complementares.A escolha atualmente é o tempo de trânsito colônico (TTC) que avaliará o período decorrido entre a ingestão dos marcadores e sua eliminação.Vários marcadores foram utilizados desde a primeira publicação em 1969 por Hilton, mas os de hoje são radiopacos, metálicos e atóxicos (sitzmarks).O objetivo deste trabalho é mostrar o protocolo utilizado para o estudo do TTC Total e Segmentar, bem como os resultados observados.MÉTODO: Avaliamos 104 pacientes entre 2015 e 2016. Eram oito homens com média de idade de 55,6 anos (38 a 73), 94 mulheres com média etária de 48,4 anos (17 a 81) e duas crianças de 6 e 9 anos. Foram orientados a não fazer uso de laxantes ou exames contrastados nos 10 dias que precederam o TTC.Os doentes foram avaliados com quatro radiografias digitalizadas, e impressas em filme de 45x35cm, feitas da seguinte maneira:1) antes da ingestão da cápsula de gelatina com 24 marcadores; 2) 30 minutos após a ingestão; 3) no terceiro dia; e 4) no quinto dia.Consideramos Normal, quando 80% ou mais dos marcadores foram eliminados após o 5º dia; Inércia colônica, quando restaram mais de 20% dos marcadores distribuídos pelo cólon; Obstrução baixa, quando sobraram mais de 20% no reto e sigmoide; e Obstrução alta, caso 80% dos marcadores permanecessem no cólon descendente, sigmoide e reto.RESULTADOS: o exame estava Normal em 59 doentes (56,7%) e revelou Inércia colônica em 21(20,3%); Obstrução alta em12(11,5%) e Obstrução baixa em outros 12(11,5%). Não houve complicação. Como intercorrências: um paciente realizou defecografia no 2º dia após o TTC, mesmo orientado, e a criança de 6 anos ingeriu os marcadores com iogurte de chocolate, prejudicando a avaliação. Em um doente, o Rx simples inicial mostrou clip metálico, o que auxiliou a análise posterior.DISCUSSÃO: O TTC normal sugere constipação devida a erro alimentar e se houver sintomas como dor e distensão abdominal, a síndrome do intestino irritável deve ser considerada. Nos portadores de obstrução baixa, sugerimos avaliar com defecografia e/ou manometriaCONCLUSÃO: O estudo do TTC com marcadores radiopacos é seguro e eficaz, auxiliando a definir a terapêutica naqueles com distúrbio da motilidade colônica.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2740

TÍTULO DO TRABALHO: AVALIAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DOS CASOS DE DOENÇA DIVERTICULAR NO ESTADO DO TOCANTINS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JÚLIA CYRÍACO; BÁRBARA FERREIRA FERNANDES; THIAGO DELMONDES FEITOSA; GUILHERME NASCIMENTO PINHEIRO; GEOVANA DO NASCIMENTO NUNES; DANIELA CRISTINA ENDRES; RAQUEL COSTA BATISTA DE QUEIROZ; CELSO ROCHA DA SILVA. UNIRG, GURUPI - TO - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: A doença diverticular do intestino é consequência da herniação da mucosa do intestino grosso por entre as fibras musculares da parede intestinal, sendo uma das doenças mais prevalentes no ocidente, sendo responsável por um número significativo de consultas e hospitalizações. Quantificar o número de internações de doença diverticular do intestino no estado do Tocantins, tendo como variáveis: gênero e idade. Método: Estudo retrospectivo-descritivo do número de internações por doença diverticular do intestino no Tocantins no período de novembro de 2014 a novembro de 2016. Os dados foram extraídos do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde através das Internações Hospitalares do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), referentes a doença diverticular do intestino, utilizando variáveis como: gênero e idade. Resultados: Contabilizou-se 52 internações por doença diverticular em 09 municípios tocantinenses, incluindo as 3 cidades com maior aporte hospitalar no estado. Sendo que 48,07%(n=25) casos registrados em Araguaína seguido por Palmas com 15,38%(n=8) dos registros e Gurupi com 11,53%(n=6). Quanto a faixa etária há predomínio dessa doença em pacientes de 70 a 79 anos com 23,07%(n=12). A média de casos por município tocantinense foi de 5,77 com desvio padrão (S^1) de 7,66 e erro de S^1 de 2,55, com variância de 58,69. A avaliação estatística na faixa etária mais acometida por cidade apresenta média de 2 com S^1 de 1,26 e erro de S^1 de 0,42 e variância de 1,6. Conclusão: Verifica-se que no município de Araguaína há um aumento no índices, devem ser feitas maiores investigações para elucidar e esclarecer se existe maior taxa da doença diverticular na cidade ou se os métodos diagnósticos são mais eficazes, investigando também as notificações.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1574

TÍTULO DO TRABALHO: AVALIAÇÃO QUANTITATIVA DOS CASOS DE NEOPLASIAS DE PRÓSTATA NO ESTADO DO TOCANTINS NO PERÍODO DE 2008 À 2013

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BÁRBARA FERREIRA FERNANDES; JÚLIA CYRÍACO; LAYLLA LÚCIA BORGES PINHEIRO; RAQUEL COSTA BATISTA DE QUEIROZ; MARCIO BARBOSA DE OLIVEIRA; GUILHERME NASCIMENTO PINHEIRO; CELSO ROCHA DA SILVA. UNIRG, GURUPI - TO - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Descrever a evolução temporal da mortalidade por Neoplasia de próstata na região do Tocantins no período de 2008 à 2013. O câncer é a segunda doença não transmissível em prevalência, com 14 milhões de novos casos e 8,2 milhões de mortes documentadas ao redor do mundo, em 2012. Entre os tumores malignos que afetam o homem, o câncer de próstata é o segundo mais comum. A dieta rica em gordura saturada e pobre em fibra aumenta o risco para desenvolver o câncer. Com os dados expostos percebe-se que as taxas tocantinenses são crescentes. Métodos: Estudo epidemiológico retrospectivo baseado nos dados de morbidade por câncer de próstata registrado no Sistema de Informações de Morbidade do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Resultados: No período analisado registraram-se no Tocantins 40,08 enfermos para cada 100.000 habitantes nos ano de 2008 e 2009. No período de 2010 e 2011, 47,46 casos para cada 100.000. No ano de 2012 e 2013 foram notificados 59,99 casos para cada 100.000 habitantes, sendo o mais prevalente no intervalo analisado. Conclusão: Há um aumento na incidência de câncer de próstata assim como ocorre na estatística do Brasil. É necessário um estudo específico sobre a faixa etária envolvida associada a cultura alimentar do Estado do Tocantins para diminuir o risco da progressão desta neoplasia e contribuir para a prevenção da mesma.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1802

TÍTULO DO TRABALHO: BENEFICÊNCIA E NÃO-MALEFICÊNCIA: RESSECÇÃO DE ADENOCARCINOMA DE CÓLON EM PACIENTE IDOSO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CARLOS MAGNO QUEIROZ DA CUNHA1; WALTER BATISTA DE SANTANA NETO1; JORDANNA YVNA FONTENELE ALCANTARA1; GABRIELA ALENCAR DE SOUSA1; LÍGIA DE MORAES OLIVEIRA1; ERIKA FEITOSA QUEIROZ1; FRANCISCO JULIMAR C. DE MENEZES1; JOSÉ NEY PRIMO FEITOSA2. 1. UNIVERSIDADE DE FORTALEZA, FORTALEZA - CE - BRASIL; 2. SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL SÃO RAIMUNDO, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
Introdução:O adenocarcinoma colorretal é uma das neoplasias malignas mais freqüentes no Brasil, apresentando maior incidência nos últimos anos, possivelmente, devido ao envelhecimento populacional e aos hábitos pouco saudáveis. Além dos fatores ambientais, pode estar relacionada à hereditariedade. Uma vez diagnosticado, o grau de extensão da lesão e a presença de metástases devem ser avaliados, a fim de estabelecer a conduta adequada. Cabe ao médico avaliar os potenciais riscos e benefícios das estratégias de intervenção, sustentando-se nos princípios da beneficência e não-maleficência. A classificação de Hamermann pode auxiliar na decisão do tratamento de idosos: grupo I ? idosos com boa reserva fisiológica e sem comorbidades; grupo II ? idoso de assistência limitada, parcialmente dependente de ajuda, com duas comorbidades; grupo III ? idoso frágil, completamente dependente, com três ou mais comorbidades. Este trabalho busca relatar caso de adenocarcinoma de cólon e sua conduta cirúrgica, bem como revisar o assunto em questão. Relato de Caso:Paciente, masculino, 83 anos, sem comorbidades ou cirurgias prévias, foi admitido no serviço de coloproctologia com alterações no hábito intestinal, perda ponderal de 7 quilos, astenia e constipação há 6 meses, melhorando parcialmente com laxativos. Ao exame físico, evidenciou-se palidez cutânea (+/4+) e abdome doloroso à palpação profunda em flanco direito, sem visceromegalias. Indicou-se a colonoscopia, a qual encontrou e biopsiou lesão vegetante em ceco, revelando adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Optou-se pela cirurgia, onde foi encontrado tumor de cólon direito aderido à parede. Durante a cirurgia, houve deslocamento do tumor da goteira parietocólica direita pela linha branca de Toldt, ligamento dos vasos colônicos direitos e secção de íleo terminal e cólon transverso com anastomose látero-lateral íleo-transverso. Paciente evoluiu bem no pós-operatório, recebendo alta hospitalar em 7 dias.Conclusões:A incidência de câncer de cólon aumenta progressivamente com a idade, encontrando-se aí a linha tênue entre beneficência e maleficência da cirurgia. Ressalta-se a importância da conduta individualizada, utilizando-se a classificação de Hamermann. No caso apresentado, analisamos a beneficência de cessar os sintomas constitucionais e obstrutivos provocados pelo adenocarcinoma, o que prevaleceu sobre os riscos cirúrgicos no paciente idoso, melhorando sua qualidade de vida.

CODIGO DO TRABALHO: 3060

TÍTULO DO TRABALHO: Câncer colorretal associado a prolapso de reto

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JACKSON VINICIUS DE LIMA BERTUOL; ANNATA TEIXEIRA DELLA COSTA; RAPHAEL FLAVIO FACHINI CIPRIANI; GEANINE BAGGIO FRACARO; FERNANDO ANTONIO C. SPENCER NETTO; ALLAN CEZAR FARIA ARAÚJO; ANDRE PEREIRA WESTPHALEN. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ, CASCAVEL - PR - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOProlapso retal é definido como protrusão da mucosa retal ou de toda a parede do reto através do canal anal. Embora a ocorrência de pólipo colorretal e úlcera retal sejam achados comuns associadosl, a presença concomitante de tumor colorretal é rara tendo poucos casos relatados na literatura.RELATO DO CASOPaciente feminina, 77 anos, encaminhada ao pronto-socorro devido a prolapso retal. Referia que há um dia teve exteriorização de massa pelo canal anal associada a hematoquezia, sem redução espontânea. Relatava alternância dos hábitos intestinais e tenesmo no último ano e perda de dez quilogramas no período. Ao exame físico apresentava-se em bom estado geral, emagrecida e hipocorada. Ao exame proctológico evidenciou-se prolapso retal com presença de massa de aspecto vegetante e friável em reto. Optou-se inicialmente por realização de biopsia da lesão: adenocarcinoma intestinal mucocelular pouco diferenciado. Tomografia de tórax e abdome total não mostrou lesões metastáticas. O tratamento proposto foi a retossigmoidectomia com anastomose primária associado ileostomia protetora. Exame anatomopatológico da peça cirúrgica mostrou lesão de padrão polipoide localizada em sigmoide e reto, medindo aproximadamente 8,5cm, ausência de metástases nos dezoito linfonodos retirados, margens cirúrgicas livres. Estadiamento T3N0M0 (IIa). Paciente teve evolução satisfatória no pós-operatório e sem complicações graves, estando com 100 dias de pós-operatório e sendo acompanhada ambulatoriamente.CONCLUSÃOA prevalência de prolapso retal na população é de cerca de 1/1000, sendo mais prevalente em mulheres idosas. Sua etiologia não está bem definida, a teoria mais aceita é que o prolapso retal seja devido a defeitos anatômicos causados por fatores precipitantes. Os principais fatores de risco são: colón sigmoide e reto longos, fraqueza no assoalho pélvico e nos esfíncteres anais, traumas ou cirurgias que comprometam a anatomia da região. O câncer colorretal é uma das neoplasias mais frequentes. Os achados mais frequentes incluem alterações nos hábitos intestinais, puxo, tenesmo, dor abdominal, fezes com muco e pus e síndrome consuptiva. No entanto, o achado de prolapso retal associado a câncer colorretal é muito raro, sendo encontrado poucos casos na literatura. Alguns autores sugerem que a massa tumoral constitui um ponto de partida no qual se desenvolve uma intussuscepção. Com a constipação e a tensão no local, a intussuscepção progride em prolapso.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1979

TÍTULO DO TRABALHO: CÂNCER COLORRETAL HEREDITÁRIO (CCH) : AVALIAÇÃO DE 14 CASOS ÍNDICES SUSPEITOS EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO RIO DE JANEIRO E A IMPORTÂNCIA DE SEU RECONHECIMENTO COMO MEDIDA DE PREVENÇÃO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOSE ANTONIO CUNHA E SILVA1; ANTONIO CARLOS RIBEIRO G. IGLESIAS1; MARCUS VINICIUS M.VALADAO DA SILVA1; JOSÉ FRANCISCO F. LIMA SIMÃO DE SOUSA2. 1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE (HUGG) - UNIRIO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO:O Câncer Colorretal (CCR), neoplasia maligna mais comum do tubo digestivo, representa cerca de 6% dos casos novos de câncer no Brasil segundo o Instituto Nacional do Câncer(INCA)1.Aproximadamente 20% dos pacientes que desenvolvem CCR apresentam suscetibilidade genética2. O Câncer Colorretal Hereditário (CCH) tem etiologia relacionada às alterações gênicas que predispõe ao desenvolvimento de neoplasias em pacientes jovens. Dentre as formas hereditárias o Câncer Colorretal Hereditário não-polipose (CCHNP) ou Síndrome de Lynch é o tipo mais comum2,3.OBJETIVO:Apresentar perfil de casos suspeitos identificados na Clínica Cirúrgica A do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle(HUGG), no período de Junho/2010 à Agosto/2011, abordando diagnóstico, tratamento e prevenção.MATERIAIS E MÉTODOS:Estudo retrospectivo com base na revisão de prontuários dos pacientes com diagnóstico suspeito de Síndrome de Lynch acompanhados no serviço de Clínica Cirúrgica A do HUGG no intervalo de tempo relatado.Casos índices identificados através dos critérios clínicos de Bethesda modificados.A partir do caso-índice foi realizado rastreio dos familiares.Variáveis analisadas: idade ao diagnóstico, sexo, localização tumoral, tipo histológico, presença de tumores sincrônicos ou metacrônicos,história familiar e achados do rastreamento familiar.RESULTADOS:Identificados 14 casos índices suspeitos, de um total de 71 pacientes. O paciente mais jovem tinha 23 anos ao diagnóstico.Quanto à localização foram encontrados 12 tumores colorretais, 02 gástricos, 01 de tireóide e adrenal. Foram realizados 91 exames complementares e diagnosticados 01 tumor de cólon, 14 indivíduos com pólipos colônicos (sendo 01 adenocarcinoma), 01 pólipo de endométrio, 01 cisto de ovário, 01 pólipo gástrico.CONCLUSÃO:Ressalta-se a importância do diagnóstico precoce dos portadores da síndrome e rastreamento dos familiares, pois o conhecimento do perfil desses indivíduos contribuirá para implementação de políticas de saúde em populações sob elevado risco.
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:1.Instituto Nacional do Câncer http://www.inca.gov.br/, acesso em 03 de Fevereiro de 2017 às 13h.2.Valadão M, Graziozi G, Carneiro M, Leal RA et al. A importância da suspeição clínica no diagnóstico e tratamento do câncer colorretal hereditário. Rev Bras Coloproct 2008;28(4):454-61.3.Learn PA, Kahlenberg MS. Hereditary colorectal cancer syndromes and the role of the surgical oncologist. Surg Oncol Clin N Am 2010; 18:121-44.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 940

TÍTULO DO TRABALHO: Câncer colorretal sincrônico- Relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FERNANDA CAVALCANTI CABRAL; MOHAMED IBRAHIM ALI TAHA; FERNANDO TORRES VASQUES; AMANDA POLARO MARREIRO; PRISCILLA CLIMACO REBOUÇAS; CAIO CÉZAR OLIVEIRA MENEZES; FABRICIO OLIVEIRA RAMADA; MONISE CORNELIO DE DEUS. HOSPITAL GERAL DE ITAPEVI, ITAPEVI - SP - BRASIL.

RESUMO:
Câncer colorretal sincrônico- Relato de casoNeoplasia maligna mais comum do tubo digestivo, o câncer colorretal)teve sua incidência aumentada nós últimos anos.Fatores com envelhecimento da população, sedentarismo e hábitos alimentares pouco saudáveis, estão envolvidos. Apesar da extência de sindromes hereditárias, a maioria é esporádica. As manifestações variam com localização e incluem quadros hemorrágicos, obstrutivos e perfurativos.Em 1,5 a 8% dos casos podem ocorrer tumores sincrônicos. São ditos sicrõnicos quando se apresentam simultanamente ao diagnóstico ou no ato operatório, descartando-se a possibilidade de lesões por contiguidade.MétodoDMS , masculino, natural e procedente de Itapevi, 61 anos.Foi adimitido com relato de perda de 10 kg em 07 meses associado a astênia, inapetência e melena. Há 02 dias apresentando hêmese. Exame lab(27/12/16): hb 7.1, leuco 4000, plaqueta 480000, pcr 21, Ur 43, Cr 1.3, Na 139, k 3,9. Rx de abd presença de nível hidroaéreo e ausência de pneumoperitônio. TC de abd (27/12/16) espessamento parietal de aspecto circunferêncial e estenosante do cóólo direito, determinando dilatação com estase de conteúdo liquido no ceco e alças de delgado amontante sugestivo de válvula ílio-cecal incopetente. Dois focos nodulares do figado medindo 1,2 e 1,3 centímetros.HD: Abd agudo obstrutivoOptado submeter a LE (intraop : Lesão de cólon direito + lesão em sigmóide, de aspecto semelhante a lesão do colon direito + Lesões em fígado)Conduta: colectomia total com anastomose íliorretal término-terminal + bx de fígado.Paciente evoluiu bem clinicamente após procedimento cirurgico, recebendo alta no 5 DIH.AP: 30/12/2016, adenocarcinoma moderadamento diferenciado, multicêntrico do intestino grosso, tubulo viloso com área mucossecretora invasão linfática presente. Linfonodo pericólicos com infiltração por adenocarcinoma (04/32)Mesentério com infiltração do adenocarcinoma pt3N2aMaDiscussãoA colonoscopia é o melhor método para o diagnóstico de lesões sincrônicas, sendo de grande importâcia sua realização no pré op sempre que possível. Em casos como o relata acima em que o paciente apresenta-se com quadro de abdomen agudo obstrutivo e se faz nescessária a LE de emergência, torna-se imprescindível a palpação intra op de todo cólon em busca de lesões sincrônicas.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1401

TÍTULO DO TRABALHO: CÂNCER DE CÓLON: EPIDEMIOLOGIA E RESULTADOS A LONGO PRAZO NA LIGA ? UNIDADE DE REFERÊNCIA CONTRA O CÂNCER NO RIO GRANDE DO NORTE.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARIANA CARLOS DE GÓIS1; ROMUALDO DA SILVA CORRÊA2; FRANCISCO EDILSON LEITE PINTO JR.2; LUCAS VINÍCIUS SILVA DOS SANTOS3; FRANCIMAR KÉTSIA SERRA ARAÚJO1; KARYNNE MARIA OLIVEIRA DA TRINDADE MEDEIROS1. 1. UNIVERSIDADE POTIGUAR, NATAL - RN - BRASIL; 2. HOSPITAL DR. LUIZ ANTÔNIO LIGA NORTERIOGRANDENSE CONTRA O CÂNCER, NATAL - RN - BRASIL; 3. FORÇA AÉREA BRASILEIRA, NATAL - RN - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Avaliar os aspectos epidemiológicos e resultados a longo prazo do tratamento cirúrgico do câncer de cólon na LIGA ? Unidade de Referência do Câncer no Rio Grande do Norte, Hospital Doutor Luiz Antônio.Material e Método: Trata-se de um estudo observacional retrospectivo, constituído por 80 pacientes, realizado no período de 2007 a 2014 no hospital Dr. Luiz Antônio, Unidade de referência contra o câncer no Rio Grande do Norte. Foram incluídos pacientes com idade maior que 18 anos, com diagnóstico histopatológico de adenocarcioma de cólon, submetido ao tratamento cirúrgico radical com quimioterapia e/ou radioterapia, sendo excluídos outros tipos de câncer. Os dados foram coletados através da revisão de prontuários disponíveis no arquivo, com autorização do comitê de ética em pesquisa da instituição.Resultados: Verificamos que 47,5% dos pacientes com diagnóstico de câncer cólon prevaleceram entre 50 a 70 anos, sendo 62,5% do sexo feminino e 37,5% do sexo masculino. Destes pacientes 72,5% são procedentes do interior do estado e 27,5% da capital. Observou-se que o cólon direito foi a região mais acometida, com 72,5%, enquanto que o cólon esquerdo representou 27,5%. Em relação ao tratamento instituído, todos os pacientes foram submetidos à colectomia. No entanto, 30% dos pacientes foram submetidos apenas ao tratamento cirúrgico, outros 62,4% necessitaram de tratamento complementar com adjuvancia e somente 3% foram sujeitos à neoadjuvancia. Durante o período do estudo, 35% dos pacientes foram a óbito.Conclusões: Após abordagem cirúrgica, os pacientes realizaram seguimento ambulatorial, com relatos de queixa ou assintomático e com controle por exames laboratoriais e imagens, tais como, CEA (Antígeno Carcinoembrionário), raio x de tórax e tomografia abdominal. Em suma, é necessário a detecção precoce da doença, por meio de campanhas com intuito preventivo, com finalidade de diminuir a morbimortalidade dessa doença tão comum e prevalente no Estado do Rio Grande do Norte.
Bibliografia: 1. Torre LA, Bray F, Siegel RL, et al. Global cancer statistics, 2012. CA Cancer J Clin 2015; 65:87.2. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer Statistics, 2017. CA Cancer J Clin 2017; 67:7.3. Singh KE, Taylor TH, Pan CG, et al. Colorectal Cancer Incidence Among Young Adults in California. J Adolesc Young Adult Oncol 2014; 3:176.

CODIGO DO TRABALHO: 872

TÍTULO DO TRABALHO: Carcinoma Apócrino de Canal Anal: um raro caso na literatura ? Relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: HUGO FRANCISQUETO CARNEIRO; BRUNO BARBOZA CAPELLA; LUCAS PENSIN; HUMBERTO FENNER LYRA JUNIOR; LEANDRO BELLINA DE BITTENCOURT. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, FLORIANÓPOLIS - SC - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Carcinoma Apócrino é uma neoplasia de apresentação rara de tumores anexiais da pele, trata-se de um tumor maligno de glândula sudorípara com diferenciação apócrina. Relato do caso: I.E.M. 50 anos, feminino, notou lesão perianal há aproximadamente 6 meses, com aumento progressivo, dor e sangramento nos últimos dois meses. Em atendimento médico foi diagnosticada com hemorroida (sic), sendo prescrito Proctyl®, entretanto sem melhora dos sintomas.Procurou a Emergência do HU - UFSC, onde se identificou lesão perianal, endurada, exofítica e pediculada, a 2 cm do ânus, ulcerada e dolorosa, sugestiva de processo neoplásico local, móvel e não aderida a planos profundos, sem evidências de invasão da musculatura esfincteriana. Em região inguinal direita foi observada a presença de linfonodo proeminente e endurecido não doloroso e sem sinais inflamatórios, de cerca de 3 cm. Foi encaminhada imediatamente para internação a fim de se realizar biópsia excisional. Realizada Tomografia computadorizada de tórax, abdome e pelve observou-se : espessamento com realce pelo meio de contraste do canal anal, à direita, medindo 2,5 cm em extensão, Linfonodomegalia inguinal à direita, com realce heterogêneo pelo meio de contraste endovenoso, medindo 3,0 x 2,3 cm em suas maiores dimensões axiais. Submetida à Raquianestesia, foi realizada ressecção local (biópsia excisional) da lesão com margem de segurança e linfadenectomia inguinal à direita no mesmo tempo cirúrgico, que correu sem complicações. As peças foram enviadas ao Laboratório do Serviço de Anatomopatologia do mesmo Hospital, cujos laudos confirmaram o diagnóstico imunohistoquímico e morfológico de Adenocarcinoma Apócrino para a peça da biópsia e de metástase de Adenocarcinoma Apócrino em linfonodo único para a peça da linfadenectomia. Conclusão: Os critérios mais confiáveis para o diagnóstico imunohistopatológico de carcinoma apócrino incluem secreção por decapitação apical e a coloração positiva para GCDFP15. Cirurgia, com linfadenectomia regional no mesmo tempo cirúrgico, é o tratamento primário recomendado, principalmente devido à frequência alta de metástases regionais do carcinoma apócrino. Radioterapia adjuvante pode ser utilizada nos casos com lesões avançadas localmente, principalmente em casos que margens de ressecção suficiente não puderem ser atingidas devido ao sítio anatômico da lesão ou em que as margens de ressecção são positivas para células tumorais, mas essas lesões respodem pouco à terapia.

CODIGO DO TRABALHO: 1794

TÍTULO DO TRABALHO: CARCINOMA COLORRETAL: DIAGNÓSTICO E RASTREIO EM PACIENTES DE BAIXO RISCO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DANILO NADAL RODRIGUES1; HENRIQUE AUGUSTO LINO2; FÁBIO MONTEIRO MOTA1; BIANCA LISA DE FARIA1. 1. FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE ITAÚNA, DIVINÓPOLIS - MG - BRASIL; 2. FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE ITAÚNA, ITAÚNA - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O carcinoma colorretal (CCR) é a segunda causa de morte por câncer entre homens e a terceira entre mulheres. No Brasil estimou-se 34.280 novos casos de CCR em 2016, e 15.415 mortes por CCR em 2013.Possui incidência elevada após os 50 anos. Cerca de 60% dos casos acometem o cólon e 40% o reto. Apesar da possibilidade de screening de lesões pré-malignas, o CCR usualmente é diagnosticado após se tornar clinicamente avançado.OBJETIVO: Rever os métodos atuas para o screening do carcinoma colorretal.MÉTODO: Revisão bibliográfica com descritores MeSH ?colorectal?, ?cancer? e ?screening? nos banco de dados PubMed, ACCESSSS e CochraneLibrary. Selecionados 3 estudos epidemiológicos e experimentais e 9 revisões de literatura e meta-análises.RESULTADOS: A maioria dos tumores surgem de pólipos colônicos de crescimento lento, que podem se malignizar. As lesões em estágios iniciais assim como o CCR podem permanecer assintomáticos por anos, o que contribui para atraso diagnóstico. Seus sintomas variam com o sítio acometido, sendo caracterizadas 2 síndromes clínicas: - síndrome do cólon direito apresenta-se como diarréia, anemia e massa palpável. - síndrome do cólon esquerdo que consiste em obstrução intestinal, sangue nas fezes e perda de peso. Outros sintomas inespecíficos são dor abdominal, alteração do hábito intestinal e fraqueza.Os pacientes de baixo risco não possuem história de CCR prévio, doença inflamatória intestinal, síndromes relacionas a CCR e nem história familiar de CCR em parentes de primeiro grau.A ?Canadian Task Force for Preventive Health? recomenda o rastreio do CCR em pacientes de 50-74 anos assintomáticos sem fatores de risco com sigmoidoscopia flexível (SF) a cada 10 anos e pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF) a cada 2 anos.Protocolos americanos recomendam rastreio em pacientes de 50 a 75 anos e a substituição do PSOF a cada 2 anos pelo teste imunoquímico fecal (FIT) realizado anualmente, por aumentar a aderência. A SF deve ser realizada a cada 5 anos isoladamente ou a cada década se associada ao FIT. A colonoscopia deve ser realizada a cada 10 anos e a colonotomografia a cada 5 anos. CONCLUSÃO: Com a excisão de lesões precursoras e do carcinoma in situ identificados pelo rastreio é possível reduzir o custo econômico e social do CCR. Para a redução de sua incidência um programa de rastreio populacional com PSOF e SF se faz necessário, por serem capazes de reduzir a mortalidade.

CODIGO DO TRABALHO: 2133

TÍTULO DO TRABALHO: Carcinoma de Warty em Pênis Associado a Condiloma Acuminado Perianal em Paciente HIV Positivo: Relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ROBERTO CHIANCA TEIXEIRA DE CARVALHO FILHO1; RUAN CÉSAR TEIXEIRA DE CARVALHO2; ZALMIR REICHERT FILHO1; EDUARDO LAFAYETTE MONTEIRO1; DENISE DE ALBUQUERQUE ANDRADE1; ALBERTO BARROS ARAÚJO1; JOSÉ CALIXTO DA SILVA NETO2; LEANDRO MAIA OLIVEIRA FERNANDES1. 1. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - JOÃO PESSOA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO O condiloma acuminado é uma doença sexualmente transmissível causada pelo papilomavírus humano. Na literatura, os dados sobre a prevalência da infecção por HPV em homens variam signicativamente entre 1,3 e 72,9%. A grande maioria das neoplasias de pênis está relacionada com HPV. No entanto, apenas 50% dos carcinomas verrucosos têm associação com papiloma vírus humano. Neste tipo de tumor, o tratamento cirúrgico constitui a principal forma de controle da doença. RELATO DE CASO JAS, sexo masculino, HIV+, 50 anos, com queixa de verruga em região anal e genital há 8 anos. Ao exame, lesões com aspecto ?vegetante? abrangendo toda a região perianal e na região genital do paciente. Na região peniana, a glande exibia-se com tumoração verruciforme medindo 6x4cm, distando 0,8cm da margem cutânea mais próxima. Já na região perianal, apresentavam-se em múltiplos fragmentos verrucosos de tecido medindo em conjunto 6x5x2cm, pardo-acinzentados e firme-elásticos. Exames anatomopatológicos das múltiplas biópsias das lesões mostraram condiloma acuminado na região perianal, enquanto na região peniana evidenciava carcinoma condilomatoso (Warty carcinoma) moderadamente diferenciado e infiltrado no corpo esponjoso, porém sem infiltração no corpo cavernoso e uretra. Paciente foi submetido a tratamento cirúrgico de exérese de lesões perianais sem margem de segurança, enxerto ou retalho, e penetectomia parcial sem esvaziamento ganglionar. Acompanhado por equipes multidisciplinares, o paciente evoluiu clinicamente estável e sem intercorrências de maior importância. Recebe alta hospitalar 6 dias após procedimento cirúrgico. CONCLUSÃO Conclui-se que a exérese cirúrgica é o tratamento mais indicado pelas referências citadas no trabalho. Infecção secundária é frequente, podendo determinar odor desagradável e adenopatia reacional, a antibioticoterapia é mandatório, como citado no caso.

CODIGO DO TRABALHO: 2409

TÍTULO DO TRABALHO: Carcinomatose em paciente com RCUI

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CLAUDIA THEIS; RODRIGO BECKER PEREIRA; BRUNO LORENZO SCOLARO; GUSTAVO BECKER PEREIRA; STEPHANIE THEISEN KONZEN; NATASHA CAMILO DIAS. UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ, ITAJAÍ - SC - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A retocolite ulcerativa idiopática (RCU) é uma doença inflamatória intestinal que acomete de forma inespecífica e difusa a mucosa do reto e cólon. Sua etiopatogenia ainda não é completamente estabelecida, mas acredita-se que existam situações que interfiram na gravidade da doença. Dentre os sintomas possíveis estão mal-estar, dor abdominal, diarreia mucopiossanguinolenta e em casos mais graves febre e quadros de abdome agudo. Seu tratamento pode ser clínico ou cirúrgico. O tratamento clínico é realizado com derivados 5-aminossalicilatos, imunossupressores e até imunobiológicos, como infliximab e adalimumab nos casos mais graves. Nestes casos deve-se realizar o rastreamento para cânceres do trato gastrointestinal já que essas medicações aumentam em 3x as chances de desenvolvimento de diversos tipos de cânceres. O tratamento cirúrgico deve ser considerado nos pacientes refratários ao tratamento clínico. A remoção de todo cólon e reto representa uma alternativa curativa para a doença, sendo a proctocolectomia total com bolsa íleo anal o procedimento de escolha. O tempo cirúrgico é de suma importância, não deixando a evolução da doença e o tempo e expansão do quadro inflamatório aumente a morbimortalidade do paciente.Relato: Paciente 31 anos, feminina, diagnóstico de RCU desde os 10 anos, em uso de azatioprina e infliximabe há 10 anos. Presença de pancolite severa há 3 anos. Internou há 1 mês com quadro de suboclusão intestinal, distensão abdominal, vômitos biliosos. Ao toque retal observou-se estenose de reto. Tc evidenciou lesão cístico-sólida de anexo esquerdo. Na suspeita de lesões neoplásicas foram solicitados marcadores tumorais, CEA, CA19-9, CA125, em que o CEA apresentou valor superior a 600. O quadro de suboclusão foi manejado com tratamento clínico (UTI - antibióticos e corticoide). A equipe da oncologia e da proctologia optaram por realizar o tratamento cirúrgico em conjunto, tendo como planto uma proctocolectomia total e tratamento da neoplasia ovariana, porém no transoperatório foi evidenciada carcinomatose peritoneal severa, impossibilitando o tratamento cirúrgico. Optou-se apenas por derivação intestinal ? ileostomia e encaminhamento ao tratamento oncológico.Conclusão: o tratamento clínico costuma ser a 1ª forma de tratamento em pacientes com RCU, mas a avaliação clínico-cirúrgica deve ser precoce para que em casos de evoluções desfavoráveis a equipe esteja ciente do caso e pronta para propiciar a melhor abordagem no tempo correto.

CODIGO DO TRABALHO: 1153

TÍTULO DO TRABALHO: CASO DE APENDAGITE EPIPLOICA ATENDIDO NO HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RODRIGO EIK SAHYUN; DENISE CAMILIOS COSSIOLO; KELLYN CRISTINA GARBUIO SILVA; MARCO AURÉLIO CRUCIOL RODRIGUES; HELIO APARECIDO BATISTELA JUNIOR; EMANUEL GOIS JR; CRISTIANE FRANÇA DA SILVA; NAJA NABUT. HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA, LONDRINA - PR - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO A Apendagite Epiplóica (AE) consiste em uma condição clínica benigna, rara e autolimitada. Trata-se de uma patologia inflamatória proveniente da torção ou trombose venosa espontânea dos vasos que drenam os apêndices epiplóicos. Os apêndices epiplóicos são estruturas pedunculadas de conteúdo gorduroso que se projetam a partir da superfície serosa do cólon. A manifestação clínica mais clássica dessa doença é dor abdominal aguda e localizada. Pode apresentar postura defensiva e reação peritoneal ao exame físico, mimetizando quadro de abdômen agudo. Anteriormente, realizava-se o diagnóstico de AE por meio de laparotomia. Porém, com o desenvolvimento da tecnologia radiológica, como a ultrassonografia ou tomografia computadorizada (TC), permitiu a sua distinção no pré-operatório. O tratamento é conservador e ambulatorial com administração de analgésicos, anti-inflamatórios. Este estudo tem por objetivo descrever um caso clássico de AE cuja resolução foi clínica. Além disso, visa retratar os aspectos clínicos, os métodos diagnósticos e o tratamento dessa patologia rara e pouco discutida e comparar os dados encontrados na literatura com caso clínico.RELATO DE CASOPaciente 33 anos, sexo masculino, admitido em pronto socorro com dor em fossa ilíaca esquerda (FIE) há 3 dias. Paciente afebril no período,negava hiporexia, calafrios ou obstipação. Apresentou abdômen flácido, doloroso a palpação em FIE, sem descompressão brusca.Exames laboratoriais com os seguintes resultados: Amilase Sérica: 42 U/L; Leucócitos: 10.360/mm3 e Hemoglobina:14,6 g/dL.Foi solicitada TC de abdômen com imagem clássica de Apendagite Epiplóica. Realizado tratamento ambulatorial com anti-inflamatório não hormonal e analgésico simples. Paciente evoluiu com resolução do quadro sem necessidade de abordagem cirúrgica.CONCLUSÃOO caso esta de acordo com os dados encontrados em literatura no que diz respeito ao diagnóstico feito por tomografia de abdômen total com imagem ovalada em gordura que margeia o colón esquerdo e quanto ao tratamento realizado apenas com medidas sintomáticas devido à evolução autolimitada da doença.A grande vantagem em serviços que oferecem disponibilidade de TC é evitar o uso indevido de antibioticoterapia como seria feito em suspeita de diverticulite, principal diagnóstico diferencial da dor aguda em fossa ilíaca esquerda, ou mesmo, da laparotomia exploradora quando a principal suspeita é apendicite aguda

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1010

TÍTULO DO TRABALHO: Cirurgia citorredutora (CRS) associada à quimioterapia hipertérmica intraperitoneal (HIPEC) no tratamento de tumor de cólon metastático

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARIENE CENTENO ABEL1; ANTONIO NOCCHI KALIL2; GUSTAVO ANDREAZZA LAPORTE2; ERICO PEREIRA CADORE2; RAFAEL SEITENFUS2; RODOLFO DOS SANTOS MONTEIRO1; RAMON MAGALHÃES MENDONÇA VILELA1; IAN EUGÊNIO KAULING1. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE - UFCSPA, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 2. IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE - ISCMPA, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: o tratamento de tumores de cólon dispõe de diversas abordagens como a ressecção e a ablação por radiofrequência de metástases hepáticas, ressecção de metástases pulmonares, uso de diversos quimioterápicos e, mais recentemente, a cirurgia citorredutora (CRS) com quimioterapia hipertérmica intraperitoneal (HIPEC) para pacientes com metástases peritoneais associadas ou não a metástases hepáticas e/ou esplênicas.Relato de Caso: SMA, 59 anos, sexo feminino, submetida a cirurgia em carácter de urgência por quadro de suboclusão intestinal em junho de 2016. Na primeira abordagem, apresentava lesão estenosante em cólon sigmoide, 3 implantes peritoneais em intestino delgado determinando também suboclusão e lesões em ambos os ovários, sendo submetida a retossigmoidectomia abdominal (técnica de Hartmann) e ressecção das lesões de intestino delgado e pelve, com marcadores tumorais CEA de 38 e CA-125 de 56 (solicitados na sala cirúrgica). Após o procedimento realizou 8 ciclos de quimioterapia - esquema 5-Fluoracil+Leucovorin+Oxaliplatina(FOLFOX) + Bevacizumab. Em janeiro de 2017, submetida a laparoscopia diagnóstica para avaliação de resposta terapêutica, identificando-se metástases esplênicas e Índice de Carcinomatose Peritoneal (PCI) de 3. Na ocasião, definida conduta com CRS-HIPEC, realizada em janeiro de 2017 em esquema de Oxaliplatina intraperitoneal (30 minutos), associada a 5-Fluoracil e Leucovorin por 30 minutos, via endovenosa. Evoluiu com hematoma pélvico drenado por punção guiada por tomografia (Clavien-Dindo ? 3a). Conclusão: a CRS-HIPEC está sendo considerada uma nova abordagem no tratamento de tumores de cólon com metástases peritoneais e, em casos selecionados, na presença de metástases hepáticas e esplênicas.Referências:Dubé, P. et al. Guidelines on the use of cytoreductive surgery and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy in patients with peritoneal surface malignancy arising from colorectal or appendiceal neoplasms. Current Oncology, [S.l.], v. 22, n. 2, p. e100-e112, jan 2015 Ihemelandu C, Sugarbaker PH. Management for Peritoneal Metastasis of Colonic Origin: Role of Cytoreductive Surgery and Perioperative Intraperitoneal Chemotherapy: A Single Institution`s Experience During Two Decades. Ann Surg Oncol. 2016 Nov 22 Tabrizian P, et al. Cytoreductive surgery and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy for peritoneal carcinomatosis: outcomes from a single tertiary institution. J Gastrointest Surg. 2014 May;18(5):1024-31

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 939

TÍTULO DO TRABALHO: CIRURGIA MULTIVISCERAL EM ADENOCARCINOMA DE CÓLON DIREITO LOCALMENTE AVANÇADO: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DIEGO PALMEIRA RANGEL; LAERCIO ROBLES; ALEXANDER DE SA ROLIM; HUGO HENRIQUES WATTE; ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; ROGÉRIO FREITAS LINO DE SOUZA; EDUARDO AUGUSTO LOPES; JANAINA WERCKA. HOSPITAL SANTA MARCELINA, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Tumores colorretais são diagnosticados como localmente avançados em 5 a 12% dos casos (tumores com comprometimento de órgãos e estruturas vizinhas, sem metástases a distância). A cirurgia multivisceral, como duodenopancreatectomia e hemicolectomia direita em monobloco, traz sobrevida semelhante aos indivíduos sem comprometimentos de órgãos adjacentes, ao mesmo tempo que oferece um desafio mesmo para cirurgiões habilidosos.Objetivo: Relatar caso de paciente com câncer de cólon direito localmente avançado com ressecção cirúrgica em monobloco;Relato de caso: Paciente masculino, 48 anos, diabético e hipertenso, com história de astenia e perda ponderal de 25 quilos em 3 meses, associado a dejeções diarréicas, 3 vezes ao dia e exame físico abdominal com massa irregular em flanco direito, pouco móvel, de cerca de 8cm de diâmetro, endurecida e não dolorosa. Realizou Colonoscopia revelando lesão vegetante e estenosante em cólon transverso próximo ao ângulo hepático, cuja Anatomia Patológica (AP) revelou Adenocarcinoma de cólon. O Antígeno Carcinoembrionário era de 103,3 ng/ml. Tomografia Computadorizada do Abdomen e Pelve com evidência de lesão expansiva de aspecto infiltrativo na parede de cólon em ângulo hepático, com íntima relação com arco duodenal. Paciente realizou terapia de suporte nutricional pré-operatória e posteriormente foi submetido a gastroduodenopancreatectomia com hemicolectomia direita e patch de veia safena magna direita em veia mesentérica superior, devido a tumoração de 12 cm de diâmetro em cólon no ângulo hepático, com aparente invasão de segunda porção duodenal, antro gástrico, cabeça de pâncreas e 50% de veia mesentérica superior. Paciente apresentou boa evolução pós operatória com alta hospitalar. Resultado da AP da peça cirúrgica evidenciou Adenocarcinoma moderadamente diferenciado do Cólon direito, com 51 linfonodos ressecados sem acometimento neoplásico, com infiltração neoplásica em duodeno, com margens livres, T4N0M0; Paciente em seguimento atual ambulatorial com Coloproctologia e Oncologia Clinica.Conclusão: Tumores localmente avançados do cólon direito podem ser tratados com ressecção multivisceral em monobloco em casos selecionados, trazendo boa qualidade de vida e sobrevida para os pacientes.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1293

TÍTULO DO TRABALHO: Colectomia total em paciente com retocolite ulcerativa idiopática pancolônica com coinfecção por citomegalovírus.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GRAZIELLY COSER DE ASSIS1; VINICIUS CUNHA FAGUNDES2; MÔNICA VIEIRA PACHECO3; THAISA DE MORAES RIBEIRO3; TALITHA MARIA MARTINS FOSSE3; GIOVANNI JOSÉ ZUCOLOTO LOUREIRO3; GERSON DE ALMEIDA CORREIA SANTOS3; TAIANE RANGEL DE AQUINO2. 1. UFES, VILA VELHA - ES - BRASIL; 2. UFES, VITORIA - ES - BRASIL; 3. UFES, VITÓRIA - ES - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A retocolite ulcerativa idiopática (RCUI) é caracterizada por episódios de inflamação limitada à camada da mucosa do cólon, geralmente envolvendo o reto e podendo estender de forma contínua através dos cólons. Cursa com diarreia, podendo estar acompanhado de sangue, muco, dor em cólica abdominal, urgência para evacuar e tenesmo. Além disso, infecções oportunistas sempre devem ser investigadas para não mascarar o tratamento.Objetivo: Relatar caso de RCUI não responsiva ao tratamento biológico com posterior infecção pelo citomegalovírus e evolução para colectomia total atendido no Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes (HUCAM).Método: Revisão de prontuário, análise de lâminas patológicas e revisão bibliográfica enriquecidas com imagens e revisão bibliográfica.Resultados: ISS, masculino, 22 anos, residente em Serra/ES recebe atendimento no serviço de proctologia do HUCAM com um quadro progressivo de hematoquezia, muco e urgência para evacuar com evolução de 1 ano e relativa piora acentuada próximo ao primeiro atendimento. Colonoscopia característica de retocolite ulcerativa em todo cólon, mais acentuado em cólon esquerdo e biópsia confirmando doença inflamatória intestinal. Iniciado tratamento com altas doses infleximabe®, porém sem o sucesso esperado, além de antibiótico terapia, imunossupressão e metronidazol. Paciente evolui para megacólon tóxico, com nova colonoscopia e histopatológico sugestivo de infecção por citomegalovírus. Realizado colectomia total com ileostomia terminal e tratado com ganciclovir, sem intercorrências. Após 5 meses, paciente é submetido à cirurgia eletiva para reconstrução do transito intestinal e segue atualmente sem queixas.Conclusões: O tratamento da RCUI deve ser iniciado o mais rápido possível desde que comprovada por exames de imagem e histopatológico. No entanto, uma vez iniciado, deve-se pesquisar infecções oportunistas como a do citomegalovírus para que se tenha um bom prognóstico.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 426

TÍTULO DO TRABALHO: COLITE PSEUDOMEMBRANOSA: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: IGOR ARANTES DE OLIVEIRA GÓES; PAULA CRISTINA STEFFEN NOVELLI; RODRIGO SADER HECK; GUSTAVO ADOLFO KURIYAMA MASSARI; VITOR RAFAEL PASTRO; DENISEGRAFFITTI D?AVILA; DANILO TOSHIO KANNO; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A colite pseudomembranosa (CPM) é uma doença infecciosa que surge geralmente na sequência de antibioticoterapia prévia causada pelo Clostridium difficile. Dos doentes infectados, apenas 1 a 5% desenvolvem colite pseudomembranosa e uma grande maioria permanece assintomática. Relato de caso: Paciente A.M.N.S., sexo feminino, 56 anos, em 30º PO apendicectomia complicada, e uso prévio de antibioticoterapia neste período por complicações (infecção de ferida operatória e infecção do trato urinário), deu entrada em nosso serviço com quadro de dor abdominal difusa, tipo cólica, acompanhada de diarreia aquosa (cerca de 15 evacuações/dia) e febre 38oC há 2 dias. Diante do quadro clínico e dos antecedentes, foi realizada tomografia de abdome para descartar possível complicação tardia da apendicectomia. Identificado espessamento de alças colônicas, principalmente em ascendente. Excluído novo quadro de abdome agudo inflamatório, realizado hipótese diagnóstica de colite pseudomembranosa, realizado coleta de material para diagnostico de toxina de Clostridium difficile, e iniciado tratamento empírico com metronidazol VO. Neste tempo, realizou exame endoscópico, evidenciando pseudomembranas pancolônicas , o qual firmou o diagnóstico. Paciente evoluiu com piora do quadro, sepse e insuficiência renal aguda, trocado antibioticoterapia por vancomicina. Após 15 dias de internação, paciente apresentou regressão do quadro recebendo alta hospitalar. Segue com 1 ano de sobrevida até o presente momento. Conclusão: a CPM, apesar de não tão frequente, é um diagnóstico que deve ser pensado e o tratamento adequado é de fundamental importância para o prognóstico dessa doença. Diante do exposto, é preciso ter cautela quanto ao uso indiscriminado de antibioticoterapia e múltiplas associações, que podem levar a colite pseudomembranosa, e complicações graves, até fatais.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 436

TÍTULO DO TRABALHO: Complicações mais frequentes da cirurgia de reconstrução intestinal pós cirurgia do tipo hartmann

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FERNANDA SILVA SALES; MARCELA OLIVEIRA REZENDE BARBOSA. UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A reconstrução do trânsito intestinal acarreta elevados índices de morbimortalidade, dependente do procedimento realizado na operação inicial, da técnica operatória necessária na reconstituição do trânsito intestinal e das comorbidades dos pacientes.OBJETIVOS: Tendo em vista o uso mais frequente da cirurgia do tipo Hartman é importante estar ciente das suas possíveis complicações para assim estabelecer sua conduta propiciando uma melhor abordagem terapêutica. Foram analisadas a morbidade e mortalidade dos pacientes na tentativa de revesão da cirurgia do tipo hartmann.MÉTODOS: Análise de artigos de revisão publicados no SciELO, Pub MEd, LILACS. RESULTADOS: Foram analisados 10 artigos científicos publicados nos últimos 10 anos sobre as possíveis complicações da técnica de Hartman. A média de idade dos pacientes submetidos a reconstrução era de 54 anos. As complicações mais frequentes foram fístulas e infecções de parede,as quais estão associadas ao tempo de permanência dos pacientes e comorbidades do mesmo. Notamos também que quase 20% dos pacientes tem algum tipo de complicação, o que é um percentual bastante significativo. CONCLUSÃO: A colostomia à Hartmann normalmente é acompanhada de um maior número de complicações pós reconstrução do trânsito intestinal, e quase metade dos pacientes envolvidos nesta série de casos apresentavam este tipo de colostomia.
BIBLIOGRAFIA: 1. Ninkovic M, Schoeller T, Schmid T, Salzer GM, Scougall P, Wechselberger G, Ander H. Closure of complex defects in the chest wall with muscle flaps. Scand J Plast Reconstr Hand Surg. 1998;32(3):255-64. 2. Novoa N, Benito P, Jiménez MF, Juan A, Luis Aranda J, Varela G. Reconstruction of chest wall defects after resection of large neoplasm: ten-year experience. Interact Cardiovascular Thorac Surg. 2005;4(3):250-5. Epub 2005 Mar 30.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2673

TÍTULO DO TRABALHO: COMPLICAÇÕES NO SITIO DA COLOSTOMIA E APÓS A RECONSTRUÇÃO DO TRÂNSITO INTESTINAL

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: REBECA HARA NAHIME1; LARISSA BEATRIZ ROMBOLI ROCHA2; JÚLIO CÉSAR MORENO JUNIOR2; LUCAS SAN MARTIN CARVALHO CORRÊA2; RICARDO CARTAXO FILHO2; DIOGO DE OLIVEIRA SOUZA2; LUIZ EDUARDO LIMA RAMOS2; VALDEMIR JOSE ALEGRE SALLES2. 1. UNITAU, TAUBATÉ - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL REGIONAL DO VALE DO PARAÍBA- HRVP, TAUBATÉ - SP - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Demonstrar as principais complicações da colostomia considerando o seu aspecto, funcionalidade e secundárias ao seu fechamento.Método: Realizada uma análise retrospectiva transversal de 43 pacientes com colostomia, atendidos no Hospital Regional do Vale do Paraíba.Resultados: Foram incluídos 26(60,4%) pacientes do sexo masculino e 17(39,5%) do sexo feminino, com média de idade de 50,6 anos, sendo de 41,9 anos para os pacientes com doença benigna e 63,4 para os com doenças malignas. Transversostomia foi realizada em 21(48,83%) pacientes, sendo terminal em 1 e em alça em 20 pacientes, com finalidade de proteção da anastomose em 15(75%) destes e para descompressão em 5(25%). A sigmoidostomia foi confeccionada em 22(51,1%) pacientes, sendo terminal em 5, em alça em 17 e destas 11(64,7%) tinham finalidade de descompressão e 6(35,2%) de proteção da anastomose. O tempo médio de permanência da colostomia foi de 20,3 semanas, variando de 5,4 a 67,4 semanas.Em 19 pacientes ocorreram complicações no sítio da ostomia:- 12(63,1%) com prolapso, ocorrendo somente nas colostomias em alça, sendo 10 nas transversostomias e 2 nas sigmoidostomias;- 3(15,7%) com estenose, ocorrendo somente nos pacientes com sigmoidostomia, sendo 2 terminal e 1em alça;- 3(15,7%) com dermatite pericolostômica- 1(5,2%) com necrose da colostomia.O fechamento da colostomia foi realizado em 40(93%) pacientes, ocorrendo complicações em 11 (27,5%), sendo 8(20%) com celulite, 2(5%) com obstrução intestinal e 1(2.5%) com deiscência da anastomose cólica. No acompanhamento ambulatorial 3 pacientes oncológicos evoluíram para óbito.Conclusão: A principal complicação foi o prolapso da colostomia em 12(27.9%) pacientes, envolvendo unicamente as do tipo em alça. A celulite incisional foi a principal complicação pós-operatória (18,6%). A confecção de colostomia, mesmo com indicação bem definida e obedecendo a rígido ritual técnico, ainda envolve complicações locais e sistêmicas, que podem aumentar o período de internação, piorar a morbi-mortalidade e dificultar a reabilitação do ostomizado.Referências: 1. Bannura GC, Perales CG, Contreras JP, Valencia CE, Melo CL. Reconstituición de tránsito intestinal luego de la operación de Hartmann: análisis de 100 pacientes. Rev Chil Cir 2013; 51(4):359-66.2. Berne JD, Velmahos GC, Chan LS, Asensio JA, Demetriades D. The high morbidity of colostomy closure after trauma: further support for the primary repair of colon injuries. Dis Colon Rectum 2014;15(3): 53-57

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 347

TÍTULO DO TRABALHO: Conceitos atuais no diagnóstico e tratamento cirúrgico do Câncer Colorretal

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MATHEUS LOPES PULS1; SÉRGIO MATTOS PULS2. 1. UNIVERSIDADE DE ARARAQUARA, ARARAS - SP - BRASIL; 2. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ARARAS, ARARAS - SP - BRASIL.

RESUMO:
O câncer colorretal (CCR) é a segunda neoplasia mais comum em mulheres e a terceira mais comum em homens, correspondendo a praticamente 10% dos casos mundiais de câncer em um ano (excluindo as neoplasias cutâneas). Sua incidência é significativa no Brasil, estimando - se 32.600 casos em 2015 e 34.280 casos em 2016. A última década trouxe avanços em métodos de prevenção e diagnóstico, assim como pesquisas sobre seus métodos terapêuticos, podendo contribuir com a diminuição da incidência dessa neoplasia. Desse modo, o objetivo desta revisão bibliográfica foi descrever as principais estratégias diagnósticas e terapêuticas cirúrgicas atuais para tratamento do CCR. Buscou - se nas bases de dados Medline (acessada via Pubmed), SciELO, Scopus e biblioteca Cochrane de 8 de Dezembro de 2016 a 8 de janeiro de 2017 artigos utilizando como descritores Colorrectal Cancer, Managment, Treatment, Surgical, Tests e Diagnosis. Realizou-se a seleção inicial dos artigos com base nos títulos e resumos e, após verificação do conteúdo apropriado, buscou-se o texto completo, não havendo critério de exclusão quanto ao tipo do estudo. Obteve ? se 93 artigos do período de 2012 a 2017 e, destes, selecionaram ? se 35 artigos que respondiam satisfatoriamente os objetivos deste trabalho. Foram priorizados os artigos mais atuais, de mais alto fator de impacto e nível de evidência, como revisões sistemáticas. O diagnóstico do CCR se dá por manifestações clínicas, tais como presença de sangue nas fezes, dor abdominal e mudança de hábitos intestinais, e/ou como resultado de um screening preventivo. Em sintomáticos, a colonoscopia é o método diagnóstico de escolha, embora estudos estejam sendo desenvolvidos para avaliar se técnicas como sigmoidoscopia, colonografia com tomografia computadorizada, teste de sangue fecal oculto, imunohistoquímica fecal e teste de DNA fecal de múltiplos alvos possam ter especificidade e sensibilidade altas e acessibilidade suficiente para inclusão em possíveis guidelines de rastreio. A dissecção cirúrgica por ressecção laparoscópica é abordagem de escolha para o quadro não metastático. Casos avançados podem se beneficiar com terapia neoadjuvante. Estadiamento T1, T2 e T3 favorável tem como padrão-ouro a excisão total do mesorreto. Recorrências locais podem ser minimizadas com radioterapia. Com o desenvolvimento de testes genéticos, quimioterapia, radioterapia e cirurgia minimamente invasiva, o prognóstico do CCR tende a melhorar.

CODIGO DO TRABALHO: 1247

TÍTULO DO TRABALHO: CONDUTA EM PÓLIPO ADENOMATOSO COLORRETAL IRRESSECÁVEL À COLONOSCOPIA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: WALTER BATISTA DE SANTANA NETO1; DANIEL LINHARES CARDOSO1; DAVI ROCHA MACAMBIRA ALBUQUERQUE1; JOSÉ EVERARDO SILVEIRA NETO1; ADAUTO CAPISTRANO ABREU DA PONTE2; JOSÉ NEY PRIMO FEITOSA2; MARCOS ANTÔNIO ARAGÃO DE MACÊDO2. 1. UNIVERSIDADE DE FORTALEZA, FORTALEZA - CE - BRASIL; 2. SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL SÃO RAIMUNDO, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Os pólipos são caracterizados por um crescimento anormal do tecido, que se projeta superiormente a mucosa. Nesse contexto, os eles têm diversas classificações histopatológicas, destacando-se os neoplásicos, que englobam adenoma e carcinoma, bem como os não neoplásicos. Vale ressaltar que cerca de 25% dos pacientes com idade superior a 50 anos incluídos no rastreio por colonoscopia apresentam adenomas até então desconhecidos, além disso, dois terços dos pólipos totais são do tipo adenoma, que em 5% dos casos evoluem para o câncer colorretal (CCR) em 10 a 15 anos. Dessa forma, é recomendada a polipectomia endoscópica, contudo algumas vezes esses pólipos não podem ser ressacados via colonoscopia por características próprias, como no presente estudo. Logo, há uma certa controvérsia quanto a indicação cirúrgica para essas lesões irresecáveis pela colonoscopia, porém artigos mais atuais indicam a ressecção visto a incidência e mortalidade do CCR. RELATO: Paciente feminina, 56 anos, assintomática foi admitida no serviço de Coloproctologia com o intuito de realizar colonoscopia de prevenção de CCR. Paciente negou história de câncer na família e comorbidades. Ao exame: abdome plano ruídos hidroaéreos normoativos, timpânico à percussão, flácido, indolor à palpação superficial e profunda de todos os quadrantes e não foram palpadas massas. Ademais, exame proctológico sem alterações. Paciente foi submetida à colonoscopia, com bom preparo e com progressão até a válvula ileocecal, que evidenciou pólipo à 100 cm da fenda anal, séssil, de aproximadamente 3 cm, em que não foi possível ser retirado por completo, pelo risco de perfuração colônica. O histopatológico da biópsia concluiu ser um adenoma túbulo-viloso com displasia de baixo grau. Optou-se pela ressecção cirúrgica da lesão, sendo realizada colectomia direita mais linfadenectomia e anastomose latero-lateral com grampeador TLC75. Paciente evoluiu bem no pós-operatório, tendo alta hospitalar após 5 dias. CONCLUSÃO: Dessa forma, pode-se concluir a importância do exame de rastreio para CCR via colonoscopia, o qual em alguns casos necessita de abordagem cirúrgica, tendo em vista as características variáveis dos pólipos e sua classificação histopatológica. Nesse relato, a lesão, apesar da displasia, estava em estágio inicial, reduzindo risco de complicações cirúrgicas e melhorando o desfecho do caso, o que reforça a indicação cirúrgica.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 944

TÍTULO DO TRABALHO: CONDUTA NO VOLVO DE SIGMOIDE SEM ISQUEMIA INTESTINAL: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FELIPE SIQUEIRA TEIXEIRA1; ADRIANO DIAS TRAJANO2; REBECA DANIELLY DA FONSECA1; LUÍVIA FRAGOSO DE BARROS3; IASMIN FLORÊNCIO DE ARAÚJO SILVA3; RAQUEL UCHOA DOS ANJOS DE ALMEIDA4; LUIZA GALDINO LUNGUINHO1; AMANDA BELMONT MACÊDO BARROSO4. 1. DISCENTE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - UFPB, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. PROFESSOR ORIENTADOR DA LAC-PB. MEMBRO DO CBC. MESTRE EM CIRURGIA PELA UNICAMP, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 3. DISCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA - FCM, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 4. DISCENTE DA FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Volvo é a torção de uma víscera oca em torno de sua fixação e pode ocorrer em qualquer segmento do trato digestivo, sendo mais frequente no cólon sigmoide. O volvo de sigmóide (VS) é uma importante causa de obstrução intestinal, sendo uma emergência cirúrgica mais comum em idosos e indivíduos com demência ou doença psiquiátrica. Os sintomas clássicos incluem dor e distensão abdominal súbita e acompanhada por constipação. O diagnóstico pode ser feito com a clínica e achados radiológicos simples, sendo clássico o sinal do grão de café. O presente trabalho tem como objetivo relatar um caso de VS sem isquemia e revisar os aspectos cirúrgicos dessa patologia.Relato de caso: Paciente masculino, 39 anos, portador de esquizofrenia, procurou a emergência do Complexo Hospitalar de Mangabeira, João Pessoa, Paraíba, com queixa de dor, distensão abdominal e constipação há 4 dias. Negava febre ou vômitos. Ao exame físico encontrava-se em regular estado geral, eupnéico, normocárdico, abdome globoso, distendido, tenso e difusamente doloroso à palpação, porém sem irritação peritoneal. A radiografia simples do abdome não foi conclusiva. Foi submetido à tomografia computadorizada do abdome que mostrava importante distensão gasosa de alças colônicas com nível hidroaéreo e ponto de obstrução ao nível do sigmoide, sugestivo de VS. Foi indicada laparotomia exploradora pela impossibilidade de realizar colonoscopia descompressiva. No intra-operatório, foi identificado um megacólon com rotação do cólon sigmoide de 180 graus, sem sinais de isquemia. Optou-se pela redução da torção do cólon sigmoide, sigmoidectomia esquerda e anastomose primária término-terminal colón-retal. Paciente recebeu alta em bom estado geral após cinco dias de pós-operatório.Conclusão: A descompressão colonoscópica é uma técnica eficiente e segura, podendo resolver o quadro do VS em 70 a 90% dos casos. No entanto, possui uma alta taxa de recorrência do volvo. Igualmente eficiente é a ressecção profilática do cólon sigmoide com anastomose primária em pacientes de baixo risco. Possui baixa morbidade e mortalidade, além de uma taxa de recorrência de apenas 3%. A sigmoidectomia com anastomose primária é um tratamento eficaz em pacientes de baixo risco e sem sinais de isquemia intestinal.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 427

TÍTULO DO TRABALHO: CROHN PERIANAL GRAVE: RELATO DE QUATRO CASOS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: IGOR ARANTES DE OLIVEIRA GÓES; PAULA CRISTINA STEFFEN NOVELLI; RODRIGO SADER HECK; GUSTAVO ADOLFO KURIYAMA MASSARI; DENISEGRAFFITTI D?AVILA; VITOR RAFAEL PASTRO; DANIEL DE CASTILHO DA SILVA; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A doença de Crohn pode afetar qualquer segmento do trato gastrointestinal, caracteriza?se por ser descontínua, com áreas completamente normais entre as áreas inflamadas e o processo inflamatório é transmural. Seu pico de incidência entre os 20-30 anos, com distribuição uniforme entre os gêneros. Cerca de 10 ? 20% apresentam sintomas anais (abscessos e fistulas) , às vezes como primeira queixa, antecedendo os abdominais. Relato de Caso: F.C., mulher, branca, 20 anos, com disenteria, perda ponderal de 10 % do peso corpóreo, com saída de secreção perineal há 8 meses, em seguimento ambulatorial em outro serviço há 2 anos com diagnóstico de doença inflamatória intestinal. Exame físico: dermatite perianal, com orifício de fistula à 2,5cm da BA em parede posterior. G.S., menino, 14 anos, dor abdominal, anemia, disenteria e perda ponderal há 2 anos, associada a dores articulares e saída de secreção perianal há 1 ano. Exame físico: dermatite perianal, úlcera de 2,5 cm em parede anterior do reto junto a borda anal e orifício de fistula perianal à 2 cm da BA, póstero lateral esquerdo. J.M.S., homem, 34 anos, branco, déficit mental leve, com alteração do hábito intestinal para disenteria, perda ponderal de 10%, úlceras perianais, inguinais e orais e incontinência fecal há 4 meses. Exame físico: múltiplas úlceras perianais variando de 0,5 a 5 cm com destruição do esfíncter anal e orifício de fístula posterior à 1,5 cm da BA. F.Z. 30 anos, com quadro de mucorréia, e saída de secreção perianal há 6 meses. Ao exame: Múltiplas fístulas perianais com abscessos associados, e dermatite perianal. Em todos os pacientes foi realizado terapia de resgate de agudização de doença de Crohn, com corticoterapia, antibioticoterapia, seguido de abordagem cirúrgica com passagem de sedenho nas fístulas e em um dos casos que apresentava destruição perineal e quadro de sepse grave foi realizado ostomia derivativa. Iniciada posteriormente a terapia com imunobiológicos com melhora da doença perineal. Conclusão: O aparecimento de fístula perianal é uma das manifestações mais graves da doença de Crohn e, seu tratamento tem como princípio o controle da sepse perineal, juntamente com o controle do processo inflamatório. Os Anti ? TNF alfa são indicados nas fistulas complexas ou aquelas que não respondem ao tratamento clinico empregado ? corticosteroides, imunossupressores e antibioticoterapia.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2143

TÍTULO DO TRABALHO: DESCRIÇÃO DE PÓS-OPERATORIO DE COLECTOMIA TOTAL POR MEGACÓLON TÓXICO PERFURADO COMPLICADO COM HEPATIZAÇÃO PULMONAR, RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ALEXANDRE AUGUSTO FERREIRA BAFUTTO1; ANTONIO JOSE TIBURCIO ALVES JUNIOR1; REGINA GREILBERGER RIBEIRO2; GUILHERME ZUPO TEIXEIRA1; ANDRESSA GARISTO2; JOAQUIM SIMOES NETO1; LARA SILVA PAIXÃO3; MAURO BAFUTTO4. 1. PUC CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL; 2. CLÍNICA REIS NETO, CAMPINAS - SP - BRASIL; 3. PUC GOIÁS, GOIANIA - GO - BRASIL; 4. UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIANIA - GO - BRASIL.

RESUMO:
Introdução:O megacólon tóxico (MT) é uma complicação da retocolite ulcerativa inespecífica (RCUI) definido por quadro séptico associado a dilatação de cólon transverso superior a 6 cm. O prognóstico de pacientes operados na urgência é ruim, com mortalidade de 26,7%. O relato tem como objetivo descrever o pós-operatório de colectomia total por megacólon tóxico perfurado evoluindo com hepatização pulmonar e sepse grave.Relato de caso: O.A.B, 40 anos, sexo masculino, interna com quadro de dor abdominal difusa e parada de eliminação de fezes e flatos. Feito raio-x de abdome agudo na entrada com visualização de distensão de cólon e pneumoperitônio. Paciente com diagnóstico de RCUI há 15 anos, sem seguimento e com uso irregular de mesalazina e sulfassalazina. Diante de história clínica e radiografias, realizado diagnóstico de MT perfurado. Paciente encaminhado ao centro cirúrgico sendo realizado colectomia total com ileostomia terminal devido a inviabilidade de alça. Anatomopatológico compatível com áreas de perfuração aguda colônica, consistente com quadro de RCUI. Paciente permanece internado por distúrbio hidroeletrolítico e hemodinâmico, em unidade de terapia intensiva. Evolui no 27° pós-operatório com choque séptico de origem abdominal. Realizada drenagem de abscesso abdominal e peritoniostomia. Reabordado no dia seguinte para confecção de curativo a vácuo e posteriormente laparorrafia com pontos subtotais. Evolui com descompensação pulmonar, necessitando de suporte ventilatório com ventilação mecânica. Apresenta deiscência de pontos, denotando peritoniostomia com alças de aspecto cerebroide. Realizada nova tomografia evidenciando coleção liquida em subcutâneo de parede abdominal, sinais de pielonefrite, fechamento de coto retal sem alterações, derrame pleural de moderado volume bilateral e hepatização pulmonar. Feita drenagem de tórax bilateral, sem efetividade e drenagem de abscesso subcutâneo. Apresenta piora de instabilidade hemodinâmica e insuficiência respiratória, evoluindo a óbito no 72° pós-operatório.Conclusão: O MT é uma condição rara que ocorre principalmente na RCUI. A colectomia e confecção de ileostomia terminal são o padrão ouro no tratamento de MT. O relato de caso demonstra a severidade da resposta sistêmica de paciente com RCUI grave, evoluindo com insuficiência respiratória secundaria a hepatização pulmonar pelo quadro séptico vigente. As complicações pós-operatórias em pacientes com RCUI grave ainda são um desafio de difícil manejo.

CODIGO DO TRABALHO: 2850

TÍTULO DO TRABALHO: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE CARCINOMA ESPINOCELULAR ANAL COM O HERPES HIPERTRÓFICO ANAL.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ALINE POZZEBON GONÇALVES; VIVIAN REGINA GUZELA; LUÍS ROBERTO MANZIONE NADAL; THIAGO DA SILVEIRA MANZIONE; CARMEN RUTH MANZIONE NADAL; SIDNEY ROBERTO NADAL. INSTITUTO DE INFECTOLOGIA EMÍLIO RIBAS, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Apesar da forma ulcerativa da infecção pelo herpesvirus simplex (HSV) ser a mais comum, variantes pouco habituais como as vegetantes, nodulares, hipertróficas ou tumorais ocorrem e podem simular carcinoma espinocelular. O herpes hipertrófico anal é observado em doentes imunodeprimidos, como os transplantados e portadores do vírus da imunodeficiência adquirida (HIV).OBJETIVO: Mostrar a apresentação macro e microscópica das lesões hipertróficas causadas pelo HSV, simulando carcinoma anal.MÉTODO: Apresentamos 8 portadores de herpes hipertrófico anogenital. Todos homens, portadores do HIV, com idade entre 35 e 54 anos. A anamnese revelou instalação insidiosa de tumores dolorosos de crescimento lento e progressivo, com tratamentos anteriores para úlceras herpéticas e uso de terapia antirretroviral quando os linfócitos TCD4 estavam muito baixos. No exame físico, notamos tumores elevados e lobulados, com bordas bem definidas e superfície com ulceração rasa na região anogenital, imitando, às vezes, condilomas acuminado ou carcinoma. A biópsia foi feita para o diagnóstico diferencial com carcinoma, evitando terapias ou ressecções mutilantes e desnecessárias. A amostra foi ampla, uma vez que, se pequena, poderia ser insuficiente. A histopatologia revelou intensa resposta inflamatória ao vírus, com hiperplasia epitelial e denso infiltrado inflamatório misto com linfócitos, plasmócitos e eosinófilos até na derme. Células gigantes e multinucleadas foram observadas na epiderme. Testes imunohistoquímicos ou de PCR para detectar o DNA viral induziram o diagnóstico. O tratamento inicial foi via oral, com aciclovir 400 mg a cada 8 horas por até 20 dias. Em lesões pequenas, a biopsia excisional a eliminou e o tratamento medicamentoso foi prescrito.RESULTADOS: A medicação eliminou as lesões de quatro doentes em até 30 dias. Para os outros quatro, os tumores persistentes reduziram de tamanho e indicamos a excisão operatória. Recidivas ocorreram entre um e cinco meses em três pacientes e eram menores que as lesões iniciais. Tratamos com excisão sob anestesia local e aciclovir por via oral. Seis permanecem sem lesões depois de 2 anos. Outros dois apresentam pequenas lesões esporádicas que temos tratado com ressecção, sob anestesia local.CONCLUSÃO: A forma hipertrófica da doença pelo HSV deve fazer parte do diagnóstico diferencial dos carcinomas espinocelulares anogenitais nos portadores da infecção pelo HIV. O seguimento deve ser feito para detecção das recidivas.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2851

TÍTULO DO TRABALHO: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE RETITE ULCERATIVA INESPECÍFICA COM INFECÇÃO POR CLAMÍDIA TRACHOMATIS.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ALINE POZZEBON GONÇALVES; VIVIAN REGINA GUZELA; LUÍS ROBERTO MANZIONE NADAL; THIAGO DA SILVEIRA MANZIONE; CARMEN RUTH MANZIONE NADAL; SIDNEY ROBERTO NADAL. INSTITUTO DE INFECTOLOGIA EMÍLIO RIBAS, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A infecção sexualmente transmissível causada pela bactéria gram-negativa Chlamydia trachomatis vem acometendo principalmente homens que fazem sexo com homens, portadores do vírus da imunodeficiência humana, e que tenham relação anal desprotegida.OBJETIVO: Resolvemos apresentar esses casos para chamar atenção para o diagnóstico diferencial, já que sua incidência vem aumentando e as apresentações clínicas e as características endoscópicas e histopatológicas são similares às das doenças inflamatórias intestinais (DII), principalmente a retocolite ulcerativa (RCUI).MÉTODO: São 12 pacientes atendidos no Instituto de Infectologia Emílio Ribas e na clínica particular. Sendo 10 homens HIV positivo e duas mulheres HIV negativo com queixa de fezes amolecidas ou diarréicas, com material mucopurulento, dor retal e tenesmo. Houve pródromos semelhantes à síndrome gripal e polimicroadenopatia. O tratamento para RCUI estava em curso em cinco deles, em períodos de 2 a 4 anos, sem qualquer melhora. Eram resistentes a corticoterapia e azatioprina. Havia diagnóstico endoscópico de RCUI distal e anatomopatólogico de processo inflamatório crônico inespecífico com abscessos de cripta. Os demais vieram para diagnóstico, sem tratamento. A retoscopia mostrou grande variedade de lesões retais mais distais, desde mucosa edemaciada, eritematosa e friável, até úlceras profundas com exsudato mucopurulento. Nos doentes com mais tempo de doença havia inflamação transmural. Um apresentava tumor inflamatório, à biópsia. O estudo histológico revelou infiltrado inflamatório, criptite, abscessos de cripta e granulomas, aspectos típicos das DII. A pesquisa de Imunoglobulinas específicas no sangue (IgM e IgG) ou PCR para pesquisa do DNA bacteriano na secreção retal confirmaram o diagnóstico. O tratamento foi feito com doxiciclina 100 mg, 2 vezes ao dia, durante 21 dias.RESULTADOS: Houve melhora dos sintomas em até sete dias e remissão completa dos sintomas e das lesões em 30 dias.COMENTÁRIOS E CONCLUSÃO: É importante que se chame atenção para agentes sexualmente transmissíveis na etiologia de retites distais. Sugerimos que no laudo da colonoscopia não se utilize o termo ?inespecífica? ao relatar ?retite ulcerativa?, uma vez que pode confundir o médico assistente. O diagnóstico precoce é importante porque a doença não tratada pode levar a complicações significativas, incluindo estenoses, fístulas e abscessos perirretais.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2796

TÍTULO DO TRABALHO: DIAGNÓSTICO TARDIO DE DOENÇA DE HIRSCHSPRUNG: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LARA SILVA PAIXÃO1; AMINA MUHAMAD MOTA MUSTAFÁ1; MALU MENEZES GOMIDES1; THALLES MELO DE OLIVEIRA LOPES2; CARLÚCIO CRISTINO PRIMO3. 1. PUC GOIÁS, GOIÂNIA - GO - BRASIL; 2. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GOIANIA, GOIÂNIA - GO - BRASIL; 3. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GOIÂNIA, GOIÂNIA - GO - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoDoença de Hirschsprung (DH) é uma anomalia congênita caracterizada pela ausência de células nervosas nos plexos ganglionares submucoso e intramural, determinando uma aganglionose e a forma clássica do megacólon congênito. É a causa mais comum de obstrução intestinal funcional em crianças.É fundamentalmente uma doença do período neonatal ou da primeira infância, sendo suspeitada quando há obstipação intestinal precoce - atraso maior do que 48 horas na eliminação de mecônio no recém-nascido - associada à distensão abdominal e vômitos.O diagnóstico precoce é importante pela possibilidade de complicações como enterocolite necrotizante e perfuração. É confirmado através de dados clínicos e radiológicos (enema opaco) associados à biopsia retal. A abordagem terapêutica definitiva consiste na retirada cirúrgica do segmento intestinal denervado, utilizando-se muito a cirurgia de Duhamel-Haddad.Este artigo tem como objetivo relatar um caso em que o diagnóstico de DH foi feito tardiamente. Relato de CasoDLG, 18 anos, masculino, procedente de Caldas Novas-GO chegou ao serviço de Coloproctologia da Santa Casa de Misericórdia de Goiânia para atendimento ambulatorial no dia 13/05/16. Apresentava quadro crônico de obstipação intestinal associado a tenesmo e dor abdominal. É portador de encefalopatia crônica não progressiva. Negou uso de medicações e cirurgias prévias. Trouxe TC de abdome total (04/04/16): megacólon retal e sigmoide, repletos de fezes e distensão gasosa do restante dos cólons. Solicitados raio-x de abdome total e enema opaco, que, associados ao quadro clínico, confirmaram o diagnóstico de DH. Diante dos dados, foi proposto tratamento cirúrgico, realizado no dia 19/08/16 retossigmoidectomia com colectomia esquerda e abaixamento do cólon transverso (1º tempo de Duhamel-Haddad). Não houve necessidade de internação em UTI, sendo o 2º tempo realizado seis dias após, com colectomia parcial e anastomose colorretal mecânica, procedendo sem complicações. O exame anatomopatológico da peça cirúrgica revelou despovoamento neuronal. Paciente recebeu alta dez dias após internação, evoluindo sem intercorrências e com melhora clínica, agora em acompanhamento ambulatorial. Conclusão O diagnóstico tardio da DH acarreta piora na evolução do quadro, podendo provocar retardo do desenvolvimento, além de diminuir a qualidade de vida. Os médicos devem estar aptos a diagnosticarem esta patologia precocemente, devido às várias implicações do diagnóstico postergado.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 428

TÍTULO DO TRABALHO: DIVERTÍCULO DE CECO COMPLICADO COM DIVERTICULOSTOMIA E PROLAPSO DE COLOSTOMIA: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: IGOR ARANTES DE OLIVEIRA GÓES; GUSTAVO ADOLFO KURIYAMA MASSARI; PAULA CRISTINA STEFFEN NOVELLI; RODRIGO SADER HECK; VITOR RAFAEL PASTRO; DENISEGRAFFITTI D?AVILA; RONALDO NONOSE; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A diverticulite de colón direito (DCD) é uma doença comum nos países do oriente, porém rara no ocidente, enquanto a frequência nos asiáticos varia em torno de 55% a 70%, nos caucasianos ocorre em 1,5%. Acomete principalmente jovens do sexo masculino. O quadro clínico de DCD se assemelha ao de apendicite aguda, porém, há algumas características que podemos diferenciá-las como uma história mais arrastada de dor abdominal em fossa ilíaca direita, uma menor resposta inflamatória sistêmica e menor frequência de fatores acompanhantes como náuseas e vômitos. Atualmente uma ferramenta que tem auxiliado no diagnóstico pré-operatório, chegando a 85% em alguns países asiáticos, é o uso da tomografia computadorizada. Um estudo retrospectivo demonstrou que um tratamento clínico é eficaz para pacientes com diagnóstico preciso de diverticulite sem complicações. Porém uma colectomia direita deve ser realizada em casos de severas complicações, múltiplos divertículos, e suspeita de neoplasia. Relato de Caso: M.A.S, 63 anos, encaminhada de um serviço de atenção secundária para um hospital de complexidade terciária por diverticulite de ceco, após ter sido submetida à diverticulostomia, com objetivo de ser realizada a reconstrução do transito intestinal. Ao exame, à paciente apresentava prolapso da diverticulostomia com hérnia paracolostômica e pólipo séssil parido em cólon ascendente. A paciente foi submetida à colectomia direita com ileotransversoanastomose e correção da hérnia. O procedimento foi realizado sem intercorrências e a paciente recebeu alta hospitalar no 7º dia pós operatório. Conclusão: A grande dificuldade no diagnóstico pré-operatório de DCD é devido à semelhança no quadro clínico com apendicite aguda. Uma cirurgia de emergência deve ser considerada em casos de peritonite, intratabilidade clínica ou abcesso grande. Embora as taxas de morbidade e mortalidade são baixas em cirurgias eletivas, as mesas são altas em cirurgias de urgência.

CODIGO DO TRABALHO: 1930

TÍTULO DO TRABALHO: DIVERTÍCULO DE MECKEL ASSOCIADO À ECTASIA DE CECO: UM RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DORIS MEDIANEIRA LAZZAROTTO SWAROWSKY1; ANA LUISA MACHADO FREITAS1; BEATRIZ GOUVEA EGGLER1; THOMAS DIAS SOUTO GRAVI1; GUILHERME DA SILVA CEZAR1; VINICIUS SAMUEL SCHREINER1; ANTÔNIO FREDERICO DE SOUZA DO CARMO2; INÁCIO SWAROWSKY1. 1. UNISC, SANTA CRUZ DO SUL - RS - BRASIL; 2. HOSPITAL SANTA CRUZ, SANTA CRUZ DO SUL - RS - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Divertículo de Meckel é considerado um divertículo verdadeiro - contém todas as camadas da parede intestinal, localizado na borda anti-mesentérica do íleo e, usualmente, entre 40-60 cm de distância da válvula ileocecal. Acomete aproximadamente 2% da população (dois homens para cada mulher), sendo considerada a malformação congênita mais comum do trato gastrointestinal. A maioria dos pacientes é assintomática, a manifestação clinica mais comum é sangramento.RELATO DE CASO: Paciente A.W, 58 anos, branco, agricultor, internou por quadro de dor difusa e distensão abdominal, associada a náuseas e vômitos há dois dias. Sem outras queixas. Paciente hipertenso e diabético, sem história de cirurgias prévias. Solicitado raio X de abdome agudo, evidenciando distensão de alças intestinais, sem pneumoperitônio. Paciente permaneceu internado em observação sem melhora por 12 horas. Realizada Tomografia Abdominal, sem evidências de tumorações em cólon, com presença de obstrução em íleo terminal. Paciente foi submetido à laparotomia exploradora e identificado presença de divertículo de meckel e ectasia de ceco associada. Realizada enterectomia com anastomose entero-entérica e apendicectomia sem intercorrências. Paciente evoluiu bem no pós-cirúrgico, com alta em 6 dias.CONCLUSÃO: O divertículo de Meckel tem curso assintomático e na maioria das vezes é achado durante a realização de laparotomias ou necrópsias. A obstrução intestinal pode ocorrer em virtude de herniação ou volvo intestinal em torno de um cordão fibroso que se estende do divertículo à parede abdominal, ao meso ou a um segmento intestinal, podendo ocorrer torção provocando quadro obstrutivo grave, com necrose e até mesmo perfuração. Sendo assim, a avaliação cirúrgica imediata em pacientes que apresentam sintomas ou achados abdominais significativos é sempre apropriada.REFERÊNCIASSharma RK, Jain VK. Emergency surgery for Meckel?s diverticulum. World J Emerg Surg. 2008 Aug 13;3:27 Vallicelli C, Coccolini F, Catena F, Ansaloni L, Montori G, Di Saverio S, et al. Small bowel emergency surgery: literature´ s review. World J Emerg Surg. 2011 Jan 7;6(1):1 MAIA, Daniel Santos et al . Obstrução intestinal por divertículo de Meckel. ABCD, arq. bras. cir. dig., São Paulo , v. 26, n. 3, p. 244-245, Sept. 2013 . Disponível em . access on 05 Mar. 2017. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-67202013000300018.

CODIGO DO TRABALHO: 1254

TÍTULO DO TRABALHO: Doença de Bowen Perianal: relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BÁRBARA NARCISO DUARTE1; BRUNO FREIRE FERNANDES BORGES2; ARTUR DE SOUSA LEITE JÚNIOR1; KAROLINA HERMÍNIO COLARES1; ALISOM MICHEL CAMPOS AZEVEDO1; MARCUS VINICIUS CARNEIRO TORRES DE PAULA1; JÔNATAS PONTE VASCONCELOS1; KAROLINE MICHELLE MAIA CORREIA1. 1. UNIVERSIDADE POTIGUAR, NATAL - RN - BRASIL; 2. GASTROCENTRO - NATAL/RN, NATAL - RN - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A Doença de Bowen, também descrita como neoplasia intraepitelial de células escamosas, é uma patologia de ocorrência rara, especialmente em região perianal. Trata-se de um carcinoma escamoso in situ com potencial invasor que se apresenta tipicamente como uma placa escamosa bem delimitada, de caráter eritematoso e, por vezes, pigmentado. É uma patologia de evolução lenta, oligo ou assintomática. O diagnóstico definitivo é obtido com biópsia da lesão. O tratamento de escolha é a ressecção cirúrgica com margens amplas. Relato de Caso: O presente caso aborda uma mulher de 51 anos, tabagista, com história de doença iniciada há aproximadamente um ano, com sintomas de queimação e prurido perianal progressivos e sangramento anal ocasional. Refere um tratamento prévio de ressecção de lesões perianais, porém com nova recidiva. Ao exame físico, identificou-se lesões pigmentadas, planas, bem delimitadas, indolores, com aproximadamente 3cm no maior diâmetro, acometendo regiões perianais anterior e posterior, com limites atingindo a margem anal e fúrcula vaginal posterior. Toque retal sem alterações. Procedeu-se com ressecção cirúrgica com margem de segurança. A paciente evoluiu sem intercorrências e teve alta hospitalar no primeiro dia pós-operatório. Conclusão: A ressecção cirúrgica na Doença de Bowen é o tratamento recomendado, sendo necessária remoção da lesão até atingir tecido saudável, reduzindo assim a recorrência. Atualmente, vários outros tratamentos são realizados, incluindo Imiquimod, fluroracila para uso externo, laserterapia, radioterapia e terapia fotodinâmica. A radioterapia é considerada adequada para lesões recidivantes e maiores.Bibliografia: ZHAN, Wei et al. Perianal multiple Bowen?s disease: a case report. International Journal Of Clinica & Experimental Pathology. Madison, p. 15039-15041. 1 nov. 2015. Disponível em: . Acesso em: 01 fev. 2017.; SURABHI, Venkateswar R. et al. Tumors and Tumorlike Conditions of the Anal Canal and Perianal Region: MR Imaging Findings. Radiographics, [s.l.], v. 36, n. 5, p.1339-1353, set. 2016. Radiological Society of North America (RSNA). http://dx.doi.org/10.1148/rg.2016150209. Disponível em: . Acesso em: 01 fev. 2017.

CODIGO DO TRABALHO: 1927

TÍTULO DO TRABALHO: DOENÇA DE CROHN PERIANAL FISTULIZANTE GRAVE. ABORDAGEM CLÍNICO-CIRÚRGICA.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CLAUDIA THEIS; ANA PAULA MICHELS COSTA; LUCIANE LUCAS LUCIO; EVERSON FERNANDO MALLUTA; BRUNO LORENZO SCOLARO; FANGIO FERRARI; GUSTAVO BECKER PEREIRA; STEPHANIE THEISEN KONZEN. UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ, ITAJAÍ - SC - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoDesde a sua descrição inicial em 1932, a doença de crohn (dc) tem sido creditada como um enigma para gastroenterologistas e cirurgiões. Ainda não se estabeleceu a sua etiopatogenia, mas acredita-se que existam situações que interfiram na gravidade ou não da doença. Tida como uma doença sistêmica, a dc pode acometer todo trato gastrointestinal, e gera distintas manifestações em cada indivíduo. A diversificada gama de sintomas e complicações geradas pela doença faz com que diferentes opções de tratamentos cirúrgicos sejam estudadas, afim de concomitante com a terapia clínica se busque o melhor para o paciente. Atualmente estima-se que 70-90% dos pacientes eventualmente necessitarão de tratamento cirúrgico ao longo de sua vida. A indicação cirúrgica deve ser precisa e posterga-la em demasia pode predispor o surgimento de outras complicações, assim como piora a deficiência do estado nutricional.RelatoPaciente masculino, 37 anos, portador de doença de crohn grave há 8 anos, tratado com azatioprina e infliximab, apresentou inicialmente doença localizada em região de íleo terminal e cólon, evoluindo, mesmo com tratamento, com quadro de abscesso anal e múltiplas fístulas complexas. Foi realizado manejo cirúrgico e colocado dreno sedenho. Foi submetido a diversas reabordagens, drenagens e troca de sedenho, porém o paciente persistia sintomático e com secreção abundante. A rnm demonstrou trajetos complexos transesfincterianos e extra esfincterianos. Após discussão com o paciente, foi realizada sigmoidostomia afim de desviar o trânsito, com intuito de melhora do quadro clínico. Paciente evoluiu bem após a cirurgia, com melhora local. Segue em uso de infliximabe e acompanhamento ambulatorial.ConclusãoO tratamento clínico costuma ser a primeira forma de tratamento em pacientes com dc, mas a avaliação clínico-cirúrgica deve ser precoce para que em casos de evolução desfavoráveis a equipe esteja ciente e pronta para promover a abordagem correta. Nos casos de dc severa com fenótipos estenosantes ou fistulizantes é de grande importância que clínicos e cirurgiões trabalhem em conjunto, de modo a obter o melhor resultado com uma menor morbidade e um melhor prognóstico.

CODIGO DO TRABALHO: 942

TÍTULO DO TRABALHO: DOENÇA DE CROHN X YERSINIA ENTEROCOLITICA - UM DIFÍCIL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARISTELA GOMES DE ALMEIDA1; GUILHERME CÉSAR BARBOSA DA ROSA1; ANDRE LUIS CORTEZ MINCHILLO1; CLARISSA MARIA GOMES DE ALMEIDA2; GIOVANA MOREIRA MINCHILLO2; FAUZE CAMARGO MALUF2; VALÉRIA PEREIRA LANZONI1; DESIDERIO ROBERTO KISS1. 1. HOSPITAL EDMUNDO VASCONCELOS, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA DO ABC, SANTO ANDRÉ - SP - BRASIL.

RESUMO:
Yersinia enterocolitica (YE) é um bacilo gram-negativo de distribuição mundial, especialmente em países de baixa temperatura. Alimentos contaminados e, mais raramente, a convivência com animais hospedeiros, tais como porcos, gatos e ratos, podem levar à infecção por essa bactéria. A forma mais comum de apresentação é de uma gastroenterite autolimitada, acompanhada de adenite mesentérica, principalmente em crianças.Usualmente, tem como diagnóstico diferencial a fase aguda das ileítes terminais por doença de Crohn. As formas crônicas da YE são muito raras e as formas obstrutivas mais raras ainda, praticamente não havendo relatos em adultos, exceto alguns casos de intussuscepção intestinal.RELATO DO CASO: RMVA, masculino, zootecnólogo, proveniente da zona rural de Alagoas, refere dor abdominal, náuseas, vômitos e emagrecimento há 3 anos. Os sintomas pioraram nos últimos meses, evoluindo para obstrução intestinal.Exames radiológicos e colonoscopia de preparo retrógrado, confirmaram intenso processo inflamatório obstrutivo de cólon direito. Optou-se pela colectomia D com anastomose ileocólica, em maio/2014. Na análise da peça cirúrgica, observou-se alterações macro e microscópicas compatíveis com doença de Crohn. Entretanto, alguns granulomas na parede intestinal e no mesentério exibiam supuração, sugerindo infecção por YE. A única forma de diagnóstico diferencial, nesta fase crônica, é a realização de pesquisa de material genético da bactéria nos blocos cirúrgicos por PCR. Exame realizado no Centers for Disease Control and Prevention (CDC), de Atlanta-USA, , não encontrou material genético da YE, o que confirmou o dignóstico de doença de Crohn. Paciente está em acompanhamento, sem sinais de recidiva da doença.CONCLUSÃO: Os achados histológicos da peça cirúrgica, a procedência e a profissão do paciente, tornaram mandatórios o dignóstico diferencial entre infecção por YE e doença de Crohn. Tivemos a rara oportunidade de realizar este exame (PCR para YE) e, com isso, o diagnóstico correto e acompanhamento adequados do paciente.

CODIGO DO TRABALHO: 407

TÍTULO DO TRABALHO: Doença de Paget extramamária: Relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ADRIELI HELOISA CAMPARDO PANSANI; IGOR ARANTES DE OLIVEIRA GÓES; CELENE BENEDITI BRAGION; DANIELLE DE CAMPOS PESETO; DENISEGRAFFITTI D?AVILA; VITOR RAFAEL PASTRO; PAULO EDUARDO MOTA HESPANHA; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A doença de Paget (DP), descrita pela primeira vez em 1889 como um adenocarcinoma raro que ocorre por proliferação intraepitelial de celular apócrinas da camada basal da epiderme. Dividida em dois grupos, mamária e extramamária, usualmente encontradas lesões em áreas com alta densidade de glândulas: região perianal, vulva, ânus e axila, envolvendo a epiderme e mais raramente a derme. Descrita sua forma perianal somente em 1893 por Drier e Couillaud. Relato de Caso: Homem, 69 anos, queixa de aparecimento de lesões perianais 3 anos antes, com prurido e diminuição do calibre das fezes. Inspeção anal com lesão hiperemiada perianal, circunferencial, de cerca de 6 cm de diâmetro, eritematosa, estenose anal com passagem de uma polpa digital ao toque retal. Inicialmente aventados diagnósticos de doença inflamatória intestinal, lesão por HPV e carcinoma espinocelular. Realizada biopsia da região acometida, cujo exame anatomopatológico demonstrou lesão ceratótica atípica com células Balonizadas (piagetóides), sugerida imunohistoquímica para elucidação diagnóstica, de laudo corroborando DP extramamária. A opção de tratamento proposta foi o uso de antineoplásico tópico (Imiquimod 5%) e derivação intestinal com a confecção de sigmoidostomia em dupla boca por acesso videolaparoscópico. Realizou o tratamento por 4 semanas, no intercurso apresentou queixas inespecíficas como, astenia, dispnéia, mas sem efeitos colaterais limitantes para o uso, com resposta significativa, importante redução da lesão. Conclusão: O uso do Imiquimod no tratamento da DPEM perianal teve bom resultado, evitando tratamento cirúrgico mórbido para o paciente como a amputação de reto.

CODIGO DO TRABALHO: 409

TÍTULO DO TRABALHO: Doença Diverticular complicada?

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ADRIELI HELOISA CAMPARDO PANSANI; DENISEGRAFFITTI D?AVILA; IGOR ARANTES DE OLIVEIRA GÓES; DANIELLE DE CAMPOS PESETO; VITOR RAFAEL PASTRO; CELENE BENEDITI BRAGION; CHRISTIAN BORNIA MATTAVELLI; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Estima-se que 30% da população acima dos 60 anos possua Doença Diverticular do Colon(DDC), no sigmóide estão 70% dos casos descritos. O Câncer Colorretal(CCR), também bastante frequente, comumente acomete o segmento distal do reto e o sigmóide, cujos sintomas resultam de alteração do hábito intestinal. A presença das duas patologias pode ocorrer. Relato de Caso: Masculino, 55 anos, transferido de outro serviço com diagnostico de diverticulite, 4 episódios prévios tratados clinicamente. Queixa de dor abdominal e febre de 38°C com 3 dias de evolução. Alteração do habito intestinal para menos e perda ponderal de 35 Kg, relacionava a alteração alimentar. Leucocitose de 18300 leucócitos com 9% de bastonetes e 72% de neutrófilos segmentados. Tomografia de abdome realizada há 1 mês com espessamento parietal do reto proximal e cólon sigmóide, densificação dos planos adiposos adjacentes e pequena coleção líquida adjacente com realce mural de 4 x 2,3 x 1,3 cm com 4,5ml. Múltiplos diverticulos colônicos. Nódulo hepático no segmento V de 6,6 x 6,3cm, sugestivo de hemangioma. Realizada nova tomografia que confirmou densificação em colón sigmoide e com lesões hipodensas, interior de aspecto liquefeito no lobo hepático direito, sendo a maior de 7,7x5,9x8,2cm. Colonoscopia realizada antes da transferência alcançou até sigmoide, onde a alça apresentava edema e friabilidade, o que impossibilitou a passagem do aparelho. Diante da hipótese de doença diverticular complicada com piora clinica e abscesso hepático, o paciente foi submetido a sigmoidectomia, colostomia terminal e drenagem do abscesso hepático via abdominal. Anatomopatológico da peça evidenciou adenocarcinoma de 2 cm invadindo até serosa com foco de perfuração. Solicitado posteriormente PET CT com atividade neoplásica linfonodal no sitio de manipulação cirúrgica e nas lesões hepáticos, confirmando a presença de metástase hepática abscedada. Conclusão: Os casos clássicos de diverticulite complicada cursam com constipação e dor abdominal, febre e leucocitose são esperadas, o que confunde o diagnóstico diferencial com CCR, ainda mais na presença de abscesso hepático. Diante de um paciente com mais de 50 anos com abdome agudo obstrutivo ou inflamatório após alteração do habito intestinal vários diagnósticos diferenciais devem ser levantados e dentre eles sempre o CCR.

CODIGO DO TRABALHO: 3111

TÍTULO DO TRABALHO: DOENÇA HEMORROIDARIA NO ESTADO DO TOCANTINS: ANÁLISE DO PERFIL DE INTERNAÇÕES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BÁRBARA FERREIRA FERNANDES; VANTUIR JOSÉ DOMINGOS DA MOTA; RAFAELLA BARBOSA DE ASSUNÇÃO ALVES; THIAGO DELMONDES FEITOSA; ANA PAULA CARVALHO FONSECA; CELSO ROCHA DA SILVA. UNIRG, GURUPI - TO - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Analisar e verificar a incidência da doença hemorroidária no estado do Tocantins de dezembro de 2014 à dezembro de 2016 com hospitalização. A doença hemorroidária é um problema comum, acometendo 4,0% da população mundial[1]. A mesma pode ocorrer em ambos os sexos e tem prevalência entre as idades de 45-65 anos; com decréscimo após os 65 anos de idade, indivíduos brancos parecem ser mais afetados do que os negros e a prevalência da doença cresce na medida em que o nível socioeconômico da população aumenta[2] Métodos: Levantamento epidemiológico baseado nos dados do Banco de Dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde ? DATASUS. Trata-se de um estudo transversal sobre internação por doença hemorroidária nos municípios tocantinenses. Resultados: Contabilizou-se 217 internações por doença hemorroidária em 15 municípios tocantinenses, incluindo as quatro cidades com maior aporte hospitalar no estado. Sendo que 17,972(n=39) casos registrados em Gurupi, seguido por Porto Nacional e Araguaína com 15,668%(n=34) dos registros e Palmas com 11,981%(n=26). Quanto a faixa etária há predomínio dessa doença em pacientes de 30 a 39 anos com 23,502%(n=51), seguido por 40 a 49 anos com 21,198%(n=46). A média de casos por município tocantinense foi de 15,5; com desvio padrão (S^1) de 13,270 e erro de S^1 de 3,426 com variância de 176,115. A avaliação estatística na média de casos por cidade é de 4,25, com S^1 de 2,832 e erro de S^1 de 0,731 e variância de 5,787. Conclusão: A prevalência da doença hemorroidária no Tocantins segue os índices nacionais, todavia nas duas cidades de maior aporte e internações verificou-se taxas menores no diagnóstico, assim, faz-se necessário estudos para elucidar tal situação.

CODIGO DO TRABALHO: 716

TÍTULO DO TRABALHO: Endometriose infiltrativa profunda dos intestinos - Experiência de uma equipe multidisciplinar com 179 pacientes submetidos à ressecção intestinal

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CARLOS EDUARDO FONTELES DE QUEIROZ; BRUNO AMARAL MEDEIROS; PATRICK CASTELO BRANCO RAMADA CAMPOS; GERLANO BRAGA LIMA; MARIA DAIANA DE SOUZA NUNES; GIOVANNA KAREN COLARES DE MENEZES; WESKLEY SOUZA DOS SANTOS; ALYNE SANTANA DO NASCIMENTO. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVOSApresentar a experiência de uma equipe multidisciplinar de ginecologistas e cirurgiões no tratamento da endometriose infiltrativa profunda envolvendo os intestinos (reto, apêndice, íleo terminal e cólon direito) de 179 pacientes que se apresentaram à clínica com a doença acometendo ao reto.Apresentar os dados relativos à idade, ao tamanho do nódulo retal, às técnicas cirúrgicas, às taxas de complicação e internação hospitalar. MÉTODOSPacientes se apresentaram à clínica com endometriose infiltrativa profunda envolvendo o reto (identificada no mapeamento por US com preparação do intestino) e foram operados. A idade média dos pacientes era 35,4 anos (21a ? 61a) e o tamanho de seus nódulos variava de 1,0 cm para 9,6 cm. Os 179 pacientes foram submetidos a cirurgias laparoscópicas com a aplicação das seguintes técnicas:- Raspagem retal em 16 pacientes (8,93%);- Ressecção linear em 4 pacientes (2,2%);- Ressecção discoide em 59 pacientes (32,9%);- Ressecção segmentar em 100 pacientes (55,8%);- Ressecção do ceco ou íleo terminal/cólon direito em 16 pacientes (8,9%);- Apendicectomia em 18 pacientes (10,05%); RESULTADOSA grande maioria dos procedimentos foram bem sucedidos e sem acometimentos, porém, em alguns casos, complicações aconteceram:- Fístula anastomótica: 2 pacientes;- Estenose de anastomose colorretal: 3 pacientes;- Fístula reto-vaginal: 1 paciente;A média de internamento foi de 2,2 dias (1d ? 9d). CONCLUSÕESEndometriose infiltrativa profunda dos intestinos é uma doença complexa, envolvendo múltiplos órgãos e segmentos do trato digestivo. Familiaridade com todas as técnicas é fundamental para o tratamento adequado desses pacientes.

CODIGO DO TRABALHO: 806

TÍTULO DO TRABALHO: Enfisema retroperitoneal, uma apresentação inicial incomum secundária a diverticulite colônica perfurada, com evolução para síndrome de Fournier

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOSÉ OLIMPIO CARDOSO JUNIOR1; ANA CELIA DINIZ C. BARBOSA ROMEO2; ANDRE GUSMAO CUNHA2; ISADORA PEIXOTO FERNANDES GONÇALVES3; LISANDRA LEMOS ROCHA3; LUCAS PINA DULTRA3. 1. HOSPITAL UNIVERSITARIO PROF. EDGARD SANTOS, SALVADOR - BA - BRASIL; 2. HOSPITAL DO SUBURBIO, SALVADOR - BA - BRASIL; 3. ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, SALVADOR - BA - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Relato de caso de paciente portador de diverticulose colônica, evoluindo com perfuração e extenso enfisema retroperitoneal acompanhados por síndrome de Fournier.Relato de Caso: Paciente 48 anos, masculino, nega passado cirúrgico. Admitido em 09/01/17 referindo dor abdominal moderada em hipogástrio, náuseas, febre e constipação há 08 dias, que melhorou com analgesia. Exame físico sem sinais de resposta inflamatória e abdome inocente, contudo a TC evidenciou extenso enfisema retroperitoneal e divertículos colônicos, sobretudo em cólon descendente, sem sinais sugestivos de diverticulite. Laboratorial: Leuco: 17.600, bastões: 2%, seg: 94%. Iniciada ceftriaxona e metronidazol. Paciente evoluiu com sepse sendo submetido a laparotomia exploradora em 11/01, encontrando-se ao inventário da cavidade secreção purulenta e necrótica no espaço de Retzius e na pelve, fasciíte necrotizante em retroperitôneo em razão de perfuração de divertículo de cólon sigmoide. Realizada hemicolectomia esquerda e colostomia a Hartmann. Em 16/01 foi submetido a reabordagem cirúrgica devido a íleo adinâmico, piora da leucocitose e contínua drenagem de secreção purulenta, sendo realizada lise de aderências, exérese de tecido desvitalizado e lavagem da cavidade. Evoluiu em 18/01 com eritema em bolsa escrotal associado a edema, dor e rubor; RM de bolsa escrotal evidenciou focos gasosos de permeio com coleção peritesticular esquerda e suspeita de síndrome de Fournier. Submetido a drenagem perineal e do abscesso de hemiescroto esquerdo 20/01 pela equipe de cirurgia urológica, comunicando-os com o espaço retroperitoneal, e escalonado ATB para teicoplamina, meropenem e fluconazol. Em 23/01 laparotomia exploradora em razão da manutenção do quadro séptico e drenagem de secreção purulenta por dreno abdominal e pela incisão perineal. No momento evolui com melhora do quadro séptico em Unidade de Terapia Intensiva.Conclusão: O processo inflamatório e infeccioso dos divertículos ocasiona a diverticulite, patologia que cursa com alto número de hospitalizações e elevados custos ao sistema de saúde pública. Seu tratamento pode ser realizado através da antibioticoterapia ou por cirurgia, sendo que 15% dos pacientes evoluem para tratamento cirúrgico. Suas principais complicações são perfuração, fístulas, obstrução e estenoses, podendo ser potencialmente fatais. Este trabalho mostra uma apresentação inicial e complicações não usuais da diverticulite colônica.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 986

TÍTULO DO TRABALHO: ESFINCTEROPLASTIA EM LACERAÇÃO DE ESFÍNCTER ANAL APÓS 38 ANOS DE LESÃO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LIGIA GARCIA DOS SANTOS; VANESSA PIRES MARUITI; BRUNA CANSIAN; GIOVANNA SABAGE; MARIA PIA GOMES DE OLIVEIRA FREDERICO; VANESSA SCREPANTE FORTE. PUCPR - LONDRINA, LONDRINA - PR - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: As lacerações de esfíncter anal em mulheres decorrem principalmente do parto vaginal1, além de aumentar a mortalidade2, tal patologia aumenta incontinência urinária, incontinência fecal, dor pélvica crônica e dispaurenia3. Dentre os fatores de risco para lacerações de esfíncter anal destacam-se: primíparas, apresentação fetal, indução do parto, tempo prolongado do parto, feto grande para idade gestacional, parto assistido por instrumentos 4,5,6,7,8. As lesões são classificadas anatomicamente de acordo com as estruturas lesionadas. 9,10,11. A incontinência anal gera consequências de ordem psicológica, social e profissional, por constrangimentos pela eliminação involuntária e uso de fraudas geriátricas e ainda pelo desconforto em se expor ao procurar ajuda médica2,Relato de caso: LCS, F, 59 anos, relata perda de fezes há 38 anos. Após laceração perianal após o primeiro parto normal instrumentalizado. Seguido de mais cinco partos normais que acentuaram o quadro. Inicialmente quadro de perda, ocasional, de fezes liquidas. Relata que questões familiares e religiosas pessoais impediram uma intervenção mais precoce. Ao exame do períneo: uma deiscência do corpo perineal e septo retovaginal, ocasionando uma pseudo-cloaca de origem traumática, ruptura do esfíncter anal externo.Escore de Wexner de 20. Lesão perineal de terceiro grau B. Indicação de esfincteroplastia anal com anoplastia. Após realização de exames pré-operatórios, internamento, preparo de cólon, antibiótico-profilaxia padrão e anestesia peridural. Adentrado no espaço retovaginal, individualizando a vagina anterior e o reto posterior, até expor músculos elevadores e pontos de vicryl fortalecendo parede posterior vagina. Retirado o excesso de mucosa vaginal e fechamento da vagina com fio absorvível. Identificação do esfíncter interno e dissecção das extremidades do esfíncter externo e sobreposição com fio de vicryl. Retalho de pele da borda lateral esquerda para confecção da parte cutânea do septo reto-vaginal. Hemostasia e um dreno local abaixo retalho por 48hs. Após 6 meses de cirurgia: paciente relata grande melhora, sem perda de fezes e sem uso de fraldas. Escore de Wexner em 6 meses: 10 pontos. Em doze meses: 5.Conclusão: A cirurgia foi eficaz em diminuir o escore de incontinência, devolvendo qualidade de vida e dignidade a paciente.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2964

TÍTULO DO TRABALHO: Estenose de íleo terminal em paciente com HIV sem Tuberculose Intestinal

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LUCAS MONTE DA COSTA MORENO; WANDERVÂNIA GOMES NOJOZA; SAULO AIRES OLIVEIRA; LUCAS ROBERTO SILVA GOMES; JOSÉ JADER ARAÚJO DE MENDONÇA FILHO. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
A obstrução intestinal ocorre quando há interrupção do fluxo intraluminal. Esta obstrução pode ser funcional ou mecânica, sendo a estenose caracterizada como causa intrísceca à parede intestinal,como episódios de isquemia mesentérica que acometem principalmente o íleo distal. As principais causas de obstrução intestinal são as aderências e as hérnias, diferindo na prevalência quanto à localidade e ao grau de industrialização dos países. A obstrução intestinal em pacientes com HIV é rara, sendo as mais comuns causas de abdome agudo documentadas a perfuração intestinal e a tuberculose, principalmente em sua forma extrapulmonar intestinal acometendo principalmente a região ileocecal devido maior concentração de tecido linfoide.FWSB, 45 anos, casado, procedente de Fortaleza. Portador de retrovirose desde 2006 em uso irregular de TARV, iniciou quadro sugestivo de tuberculose. Realizou baciloscopia e cultura de escarro , em três amostras, negativa para micobacterias e fungos, além de laringoscopia com achado sugestivo de tuberculose laríngea, porém sem biópsia. Iniciado tratamento empírico para TB. Cerca de um mês após admissão, queixou-se de dor abdominal em cólica associada a distensão e parada de eliminação de flatos e fezes, confirmado por radiografia. Ao toque retal foi palpada massa em parede anterior do reto. A TC revelou pneumoperitôneo; distensão gasosa de alças delgadas proximais, principalmente na região mesogástrica e hipocôndrio esquerdo, com área discutível de espessamento parietal jejunal; aumento de conteúdo fecal nas alças cólicas, principalmente em colon ascendente e ceco. Indicado laparotomia exploratória e achado estenose ileal a 50cm do íleo terminal, áreas de serosite em alça ileal, líquido ascitico na cavidade e grande quantidade de fezes em apêndice e cólon ascendente. Realizado enterotomia com enteroanastomose e apendicectomia. A biópsia confirmou apendicite aguda incipiente; isquemia de segmento entérico e exsulceração e estenose ileal, clinicamente.Há poucas evidências sobre obstrução intestinal em pacientes com HIV, bem como de estenose de íleo terminal como causa de abdome agudo obstrutivo, principalmente no que tange a produções mais atualizadas. A partir do que foi exposto, conclui-se que o relato de caso é raro, pois refere um quadro de estenose intestinal sem tuberculose comprovada por histopatológico, bem como ausência de perfuração intestinal, refutando, assim, as principais causas demonstradas na literatura.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 510

TÍTULO DO TRABALHO: ESTUDO RETROSPECTIVO DE TRÊS PACIENTES OPERADOS COM FAP NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE PELA CLÍNICA CIRÚRGICA B

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: IASMIN CAVA DE SÁ1; ANDREA NEVES SOARES1; HELENA MANFRINATO KASTANOPOULOS1; ANDREA POVEDANO1; RAFAEL MASSAO DA SILVA NAGATO1; HENRIQUE NEUBARTH PHILLIPS1; GUILHERME DE ANDRADE GAGHEGGI RAVANINI1; PEDRO EDER PORTARI FILHO2. 1. UNIRIO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; 2. UNIRIO, RIO DEJANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Apresentar 3 casos de polipose adenomatosa familiar (FAP) acompanhados no hospital e discutir a suspeição do diagnóstico, sintomas e tempo entre início dos sintomas e diagnóstico estabelecido. Método: Estudo retrospectivo de três pacientes operados com FAP analisando as variáveis: idade de início dos sintomas, idade ao diagnóstico, tipo de sintomas, antecedentes familiares, hipóteses diagnosticas conflitantes e métodos diagnósticos. Todos os pacientes receberam tratamento cirúrgico. Resultados: Três casos de FAP, sendo dois irmãos e um caso sentinela. As idades eram de 16, 19 e 23 anos. Os sintomas iniciaram na primeira década, sendo hematoquezia comum nos relatos. Outros sintomas foram: astenia, constipação e presença de pólipos nas fezes. Em dois dos três casos o diagnóstico foi acelerado por um terceiro irmão diagnosticado previamente com a doença. No caso sentinela houve intervalo de cerca de dez anos entre início dos sintomas e diagnóstico.Todos os casos foram relacionados com casos de óbito na família por câncer colorretal em idade precoce. Os pacientes foram tratados com proctocolectomia total com anastomose ileo-anal em bolsa de Utsunomiya e encaminhados para aconselhamento genético. Dois pacientes tiveram complicações maiores segundo a escala de Clavien. Conclusão: a FAP é uma doença rara, cujo sintomas iniciais mais frequentemente envolvidos são a hematoquezia e as alterações do hábito intestinal. O início do quadro ocorre geralmente na infância, de forma insidiosa, sendo os sinais e sintomas pouco valorizados tanto pelo paciente como pelo médico assistente. A suspeição de FAP deve ser aventada em crianças com sangramento anal ou alteração evacuatória persistente, que apresentem história familiar marcante de neoplasia colorretal em idade precoce.

CODIGO DO TRABALHO: 1663

TÍTULO DO TRABALHO: Faciite Necrotizante: Má Evolução Diretamente Relacionada a Prática Médica

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RAMON FÉLIX MARTINS FERNANDES; LUIS RENATO RODRIGUES ARNONI; LUCAS QUÁGLIA TIMBÓ; FELIPE MINGORANCE CREPALDI; GRAZIELLA LUCIANO ANTÔNIO; GUSTAVO JUNGES FILIU; SANDRA DI FELICE BORATTO; AFONSO OETTING JUNIOR. FACULDADE DE MEDICINA DO ABC, SANTO ANDRÉ - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A Fasciite Necrotizante (FN) é uma doença infecciosa severa e de rápida progressão que atinge pele, tecido celular subcutâneo até a fáscia muscular. A FN possui índices elevados de mortalidade, podendo chegar até 67% dos casos. A morbidade também é alta com longos períodos de internação, complicações sistêmicas e sequelas muitas vezes definitivas. Para a redução da morbimortalidade é necessário um diagnóstico precoce e rápida intervenção cirúrgica. Relato de caso: No presente estudo, foram analisados cinco (5) casos de pacientes diagnosticados e tratados no Centro Hospitalar Municipal de Santo André (CHMSA) que apresentaram um quadro de fasciite necrotizante. Questionou-se o número expressivo de casos relatados em um curto período de tempo (18/09 a 17/11) de uma doença com índices globais em declínio e se a má evolução da enfermidade está intrinsicamente relacionada a prática médica ou às características e epidemiologia da própria doença. É constatado na literatura uma prevalência no sexo masculino comparada ao sexo feminino (3:1) na Fasciite necrotizante. Em nosso estudo, 80% dos pacientes são do sexo masculino e 20% do sexo feminino. Além disso, doenças crônicas como Diabetes Mellitus (DM), uso abusivo de álcool e obesidade são relatadas como fatores predisponentes para a FN (56% dos indivíduos). Nossa casuística confirma estes dados, uma vez que 80% dos pacientes apresentaram DM, enquanto que 60% alegavam etilismo. A boa evolução do paciente está estreitamente relacionada ao diagnóstico precoce, desbridamento cirúrgico radical de todo o tecido necrótico, antibióticoterapia parenteral de amplo espectro e medidas de suporte agressivas. Caso a faciite progrida mesmo após a intervenção inicial, novos desbridamentos cirúrgicos são necessários. O tempo médio de internação é de 29 a 49 dias e o custo do tratamento e dos cuidados pós-hospitalares na FN são elevados. O tratamento cirúrgico é o principal para a fasciite necrotizante, com precoce fasciotomia e desbridamento da pele necrótica, assim como estabilização hemodinâmica. Conclusão: O presente estudo visa chamar atenção para intervenção precoce e agressiva em paciente portadores ou em desenvolvimento de faciite necrotizante, o que além de reduzir consideravelmente o custo para o sistema de saúde, é a única possibilidade de diminuição de morbimortalidade tão altas nesses pacientes.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2444

TÍTULO DO TRABALHO: Fasciíte necrotizante

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CLAUDIA THEIS; BRUNO LORENZO SCOLARO; GUSTAVO BECKER PEREIRA; RODRIGO BECKER PEREIRA; STEPHANIE THEISEN KONZEN. UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ, ITAJAÍ - SC - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Descrita em 1871, pelo cirurgião militar dr. Joseph jones, a fasciíte necrotizante (FN) é uma infecção grave e rara, caracterizada por necrose extensa e rapidamente progressiva. Acomete fáscia muscular e tecido celular subcutâneo. Não existem dados nacionais com relação a sua real incidência, mas o center for disease control (cdc), informa que são diagnosticados entre 500-1500 casos por ano nos eua, sendo então importante atentar aos seus fatores de risco. Entre os principais estão: doenças crônicas, malignas, imunossupressões, abuso de álcool, uso de drogas, lesões de pele, ulceras crônicas em pacientes acamados, como é o caso da paciente relatada, traumas abertos, etc. A taxa de mortalidade varia de 13-76%, sendo relacionado com o diagnóstico precoce e abordagem cirúrgica no tempo correto.Relato: paciente feminina, 67 anos, hemiparética, pouco comunicativa, com história de 5 aves há 8 anos, dá entrada em ps com quadro de edema, dor em região supra púbica e vulva, com aproximadamente 1 dia de evolução, informa febre há 1 dia com presença de hiperemia em local com piora à palpação. Ao exame físico da região pubiana/períneo: edema, vários pontos de equimose, hiperemia, calor local com sinais flogísticos, associado a flutuação e necrose de pele em região de vulva esquerda e fossa isquioanal. A paciente foi encaminhada à equipe da coloproctologia para avaliação, diagnosticando FN com acometimento de fossa isquioanal à esquerda, vulva bilateral, acometimento parcial de parede lateral esquerda de vagina, região supra púbica, púbica, fossa ilíaca esquerda, flanco esquerdo e região inguinal esquerda, onde observaram necrose de pele e partes moles, associado à enfisema subcutâneo. Realizada TC que evidenciou coleção enfisematosa em assoalho pélvico à esquerda, associado ao processo infeccioso. Realizado debridamento cirúrgico extenso, e remoção manual de fecaloma. O paciente foi a óbito em decorrência de choque séptico e falência de múltiplos órgãos.Conclusão: a FN é uma condição clínica gravíssima, que pode gerar rápida destruição de uma forma irreversível dos tecidos. Pode, também, evoluir com amputação de membros e até óbito, como o caso relatado. O diagnóstico precoce associado ao tratamento clínico e cirúrgico minimiza o potencial para evoluções desfavoráveis.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2950

TÍTULO DO TRABALHO: Fístula colocutânea abscedada: complicação rara e pouco lembrada da doença diverticular dos cólons

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BRUNA SANTANA1; ORLANDO CONTRUCCI FILHO2; MARCELO AUGUSTO F. RIBEIRO JR.2; DIEGO FERREIRA DE ANDRADE GARCIA2; OTTO MAURO DOS SANTOS-ROSA3; FABIANA DAMIANI KORSAKOFF2. 1. FACULDADE DE MEDICINA DE SANTO AMARO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 3. HOSPITAL GERAL DO GRAJAÚ, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
A fístula colocutânea decorrente da complicação da doença diverticular dos cólons (DDC) é um evento raro, que quando presente envolve o sigmóide, sendo pouco descrito na literatura casos de fístulas na região cecal. As complicações da DDC, secundárias a episódios de diverticulite aguda, apresentam em 25% dos casos formas complicadas, com as fístulas a representar 2%. Dentre elas, as fístulas colocutâneas são as formações menos encontradas. Relatamos um caso de abscesso de parede abdominal após a formação incomum de uma fístula colocutânea em região cecal decorrente de diverticulite perfurada secundária à doença diverticular dos cólons. J.S, masculino, 58 anos, apresentou saída de secreção purulenta associada a conteúdo fecalóide por orifício de drenagem de abscesso de parede abdominal, localizado em região de fossa ilíaca direita (FID). Realizada tomografia computadorizada (TC) de abdome para investigação do quadro, que revelou além da doença diverticular dos cólons a presença de trajeto fistuloso da região cecal até exteriorização na pele. A colonoscopia confirmou a doença diverticular dos cólons como causa única da formação fistular colocutânea em região de ceco e excluiu outros diagnósticos. No presente caso, foi de fundamental importância estabelecer o diagnóstico preciso para instalação imediata do tratamento adequado, reduzindo a morbimortalidade e prevenindo outras complicações. Destacamos as mudanças que a abordagem das patologias diverticulares têm sofrido ao longo dos anos, bem como a necessidade do reconhecimento das evoluções atípicas dos abscessos de parede abdominal, que podem ser complicações de fístulas.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 511

TÍTULO DO TRABALHO: FÍSTULA QUILOSA PÓS RETOSSIGMOIDECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA EM PACIENTE DE 39 ANOS COM ADENICARCINOMA OPERADO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE PELA CLÍNICA CIRÚRGICA B: UM RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANDREA NEVES SOARES1; IASMIN CAVA DE SÁ2; HELENA MANFRINATO KASTANOPOULOS2; RAFAEL MASSAO DA SILVA NAGATO2; HENRIQUE NEUBARTH PHILLIPS2; ANDREA POVEDANO2; GUILHERME DE ANDRADE GAGHEGGI RAVANINI2; PEDRO EDER PORTARI FILHO2; PEDRO PINHEIRO DE ALMEIDA NEVES2. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; 2. UNIRIO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO A Fístula Quilosa é uma complicação incomum de cirurgias abdominais e é de difícil manejo. A abdominal tem melhor prognóstico e como consequência de cirurgia colorretal é extremamente rara. Sem tratamento adequado expõem o paciente a um alto risco de mortalidade.O tratamento clínico consiste em dieta com alto teor de proteína e baixo de gordura, nutrição parenteral total e administração de somatostatina.Temos como objetivo relatar um caso de FQ pós retossigmoidectomia que foi tratada apenas com manejo dietético. RELATO DE CASO R.G.C, 39 anos, masculino, ex tabagista, com queixa de alteração do hábito intestinal de maio a novembro de 2016. Alternava períodos de constipação e diarreia, evacuações eram líquidas ou pastosas e escurecidas, evacuava diversas vezes ao dia e em pouca quantidade. Além disso, referia dor em hipogastro em cólica sem irradiação e que atenuava ao evacuar, flatos e perda ponderal de 7kg. Relatava ainda astenia associada a esse quadro intestinal. Negava náuseas, vômitos, febre, hiporexia, hematoquezia, obstrução, histórico de câncer na família e etilismo.Foi submetido à Colonoscopia em 09/11/2016 que evidenciou lesão vegetante, estenosante e friável em sigmóide, ocupando toda circunferência e sem demais alterações. Durante o exame foi realizada biópsia cujo laudo foi amostra compatível com adenocarcinoma moderamente diferenciado. Assim, optou-se por realizar uma retossigmoidectomia videolaparoscópica.Cirurgia em 23/11/2016 sem intercorrências. Paciente evoluiu bem e teve alta após 3 dias. Retornou ao serviço 4 dias após a alta com queixa de secreção em grande quantidade de aspecto leitoso e inodora no dreno, sem demais queixas. Foi readmitido e realizou-se análise bioquímica que evidenciou ser secreção proveniente de FQ. Assim, prescreveu-se dieta com baixo teor de gordura para tratamento. Paciente evoluiu com diminuição débito da fístula e teve alta no dia seguinte. CONCLUSÃO Devido à baixa frequência das FQ não existem dados definitivos quanto ao tratamento que ainda é um desafio terapêutico nos dias atuais. O tratamento inicial deve consistir em medidas dietéticas e/ou nutrição parenteral, deixando-se o tratamento cirúrgico para os casos refratários.Uma dieta com pouca gordura e suplementação de triglicerídeos de cadeia média reduziu a produção e fluxo do quilo. No caso em questão apenas as medidas dietéticas foram suficientes

CODIGO DO TRABALHO: 1980

TÍTULO DO TRABALHO: HÉRNIA PERINEAL ? REPARO COM ABORDAGEM PERINEAL

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOHANNA JOHANN1; LUANA BRINGHENTI2; TATIANA MIE MASUKO1; DIEGO INÁCIO GOERGEN1; FERNANDO JOSÉ SAVÓIA DE OLIVEIRA1; RODRIGO DE PIERI COAN1; FRANCISCO JAVIER DAVILA SALAMEA1; RAISA BRINGHENTI3. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 2. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, SANTA MARIA - RS - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A amputação abdominoperineal do reto é uma cirurgia de grande porte e com índices de complicações pós-operatórias elevados, estando a hérnia perineal presente em 0,6% a 1% dos casos. Dor ou desconforto pelo abaulamento na região perineal, obstrução intestinal, erosão cutânea e até mesmo dificuldade na micção podem exigir a reparação cirúrgica do defeito. A abordagem pode ser realizada por via abdominal (laparoscópica ou laparotômica), perineal ou mista. CASO: masculino, 62 anos, história de tumor de reto baixo operado há 6 anos em outro serviço, encaminhado por abaulamento em períneo. Negava outras comorbidades, eutrófico, realizando seguimento oncológico e sem evidência de recidiva. Submetido a uma amputação abdominoperineal evoluiu um ano após com abaulamento em períneo, referia dor e incomodo principalmente ao sentar, e episódios de suboclusão. Ao exame com abaulamento em períneo posterior, redutível, cerca de 10cm. A tomografia computadorizada confirmou a hipótese de hérnia perineal com presença de alças de intestino delgado no saco herniário, sem presença de obstrução ou sofrimento. Técnica cirúrgica: posicionado em litotomia, realizada uma incisão elíptica, dissecção cuidadosa do saco herniário, o conteúdo foi reduzido e o saco herniário mantido. O diâmetro do defeito era de aproximadamente 7x7cm. Realizada identificação e exposição dos ligamentos sacroespinhosos bilateralmente, do ligamento anococcigeo posteriormente e o corpo perineal como ponto de reparo anterior. O conteúdo do saco foi reduzido, o remanescente dos músculos elevadores do ânus foram aproximados com pontos simples de Vicryl 00 e o saco herniário interposto entre as alças e a tela. Uma tela de polipropileno com cerca de 10x10cm foi fixada nos reparos anatômicos descritos com pontos simples de fio Prolene 00. Fechamento do subcutâneo com Vicryl 3.0 e pele com Mononylon 4.0. Não foi deixado dreno. Apresentou boa evolução, tendo alta no 2º pós-operatório. O paciente não apresentou recorrência da hérnia em 24 meses de seguimento. CONCLUSÃO: A via perineal parece ser uma opção segura para paciente com contraindicação à anestesia geral, inúmeras laparotomias prévias e quando não se tem disponível a tela orgânica, como no caso relatado. Relatamos a abordagem via perineal como uma técnica segura e efetiva e que pode ser realizada com complicações mínimas, principalmente em paciente com risco cirúrgico elevado.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1622

TÍTULO DO TRABALHO: IMPORTÂNCIA DA ELETROMANOMETRIA NO DIAGNÓSTICO DE ANISMUS- RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARIA VITÓRIA CURY VIEIRA SCATIMBURGO1; MARCELINO QUAGLIA MORATO2; PATRICIA DE TOLEDO DAMITO2; RONALDO NONOSE2; JULIANA SANTOS VALENCIANO2. 1. USF, DOIS CÓRREGOS - SP - BRASIL; 2. USF, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A constipação intestinal pode ser definida como menos de três evacuações por semana, ou evacuação com dificuldade, incompleta ou prolongada. Ela pode ser classificada em dois tipos: trânsito colônico lento e evacuação obstruída (EO). Está última relaciona alterações anátomo-funcionais dinâmicas do assoalho pélvico resultando numa dificuldade para expelir as fezes. A disfunção do assoalho pélvico (DAP), em alguns casos, associa-se às alterações anatômicas, entretanto, em sua maioria, a disfunção do assoalho pélvico ocorre apenas pela incoordenação funcional da musculatura esfincteriana, ou seja, uma contração paradoxal da musculatura esfincteriana voluntária, denominada Anismus, que é definido como incoordenação entre a musculatura abdominal e a pélvica durante esforço evacuatório. RELATO DE CASO: Homem, 44 anos, apresenta dificuldade para evacuação há 15 anos, que intensificou nos últimos cinco anos. Hábito intestinal de uma vez a cada três dias, com necessidade de métodos laxativos. Refere boa ingesta hídrica e de fibras. Apresenta puxo e hematoquezia e exames complementares (colonoscopia e enema opaco) dentro dos limites de normalidade. Veio ao nosso serviço com proposta cirúrgica de colectomia, porém após manometria e cinedefecografia, concluiu-se que o Anismus é a causa da sua constipação crônica, sendo então adotada o tratamento não invasivo (terapia de biofeedback). CONCLUSÃO: Anismus é a principal causa de evacuação obstruída, sendo feito seu diagnóstico através da eletromanometria. As terapias mais efetivas e atuais encontradas são a associação entre uma dieta adequada e a terapia de biofeedback e o uso da toxina botulínica, sendo esta última de uso controverso devido a sua variabilidade da resposta. Por apresentar grande interferência na qualidade de vida do portador e por ter um tratamento não invasivo, essa patologia deve ser sempre investigada após exclusão de causas anatômicas de constipação intestinal.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1790

TÍTULO DO TRABALHO: IMPORTÂNCIA DO SCREENING DE LESÕES PRÉ-CÂNCER DO CANAL ANAL EM DETERMINADOS GRUPOS POPULACIONAIS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DANILO NADAL RODRIGUES1; HENRIQUE AUGUSTO LINO2; BIANCA LISA DE FARIA1; FÁBIO MONTEIRO MOTA1. 1. FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE ITAÚNA, DIVINÓPOLIS - MG - BRASIL; 2. FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE ITAÚNA, ITAÚNA - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O câncer de ânus possui baixa incidência na população geral, porém elevada incidência em determinados grupos populacionais.As pessoas que praticam sexo anal receptivo estão particularmente sujeitas a essa malignidade, sendo associado ao HPV (vírus do papiloma humano) e ao HIV (vírus da imunodeficiência humana), assim como mulheres com câncer de cérvice e vulva.A incidência no grupo dos homens por 100.000 pessoas/ano é de 131 no HIV soropositivo que faz sexo com homens, 42 nos HIV soropositivos e 2 nos HIV soronegativos.No grupo das mulheres há 30 novos casos por 100.000/ano nas HIV soropositivas e nenhum nas HIV soronegativas. Nas mulheres com HPV genital há um risco relativo de 20,5 de adquirirem a infecção anal. A prevalência de neoplasia anal em mulheres com neoplasia genital é 10,4%.OBJETIVO: Analisar a importância da realização do screening para lesões pré-malignas em determinados grupos populacionais.MÉTODO: Revisão bibliográfica com descritores MeSH ?screening?, ?anus? e ?Human papillomavirus? nos bancos de dados PubMed, ACCESSSS e Cochrane Library. Selecionados 7 revisões de literatura, 6 estudos experimentais e epidemiológicos e 3 relatos de caso.RESULTADOS: O carcinoma cervical e o anal compartilham fatores de risco como infecção por subtipos oncogênicos do HPV, tabagismo, múltiplos parceiros e infecção pelo HIV assim como a presença de lesões precursoras como a lesão intra-epitelial de alto grau (LIEAG). A infecção pelo HPV é assintomática na maioria dos pacientes, mas 10% apresentam papilomas, displasia e neoplasia intraepitelial anal que podem evoluir para carcinoma de células escamosas (CEC). Em alguns pacientes o HPV é espontaneamente eliminado pelo corpo, porém a elevada expressão de oncogenes e a imunodeficiência contribuem para sua persistência. As oncoproteínas E6 e E7 inibem as proteínas supressoras de tumor p53 e pRB. O estágio de LIEAG e carcinoma in situ podem ser assintomático contribuindo para o atraso do diagnóstico, que compromete o prognóstico e dificulta o tratamento. O screening de lesões pré-malignas é feito pela citologia e pela colposcopia anal, com uso de ácido acético a 5% e azul de toluidina a 1%.CONCLUSÕES: O aumento da incidência de CEC anal devido à maior sobrevida dos pacientes HIV soropositivos torna o rastreio de lesões induzidas por HPV necessário em grupos de risco. O CEC anal é passível de prevenção por ter lesões pré-malignas passíveis de tratamento.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1837

TÍTULO DO TRABALHO: INCIDÊNCIA DO CÁNCER COLORRETAL EM JOINVILLE - SC

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RODOLFO FREDERICO GAZZONI DEGRAZIA HOWES; GUILHERME PINHEIRO PRADO; LUIS CARLOS FERREIRA. HOSPITAL MUNICIPAL SÃO JOSÉ, JOINVILLE - SC - BRASIL.

RESUMO:
O câncer colorretal é uma doença silenciosa, que poderia facilmente ser diagnosticada em fazes iniciais pelo estudo anatomopatológico obtido por colonoscopia e retosigmoidoscopia, muitas vezes é diagnosticada em estágios avançados. O objetivo deste trabalho é encontrar a incidência, idade média acometida, relação entre gêneros e topografia das lesões entre 2010 e 2015 em Joinville, alem de comparar resultados com trabalho semelhante em 2003. Estudo do tipo coorte retrospectivo, realizado inteiramente na cidade de Joinville ? SC. Os participantes foram selecionados através da revisão do banco de dados dos três laboratórios de anatomia patológica de Joinville, selecionando todas as amostras compatíveis com câncer colorretal em indivíduos maiores de 18 anos de ambos os sexos entre 2010 e 2015, os laudos foram tabulados com a idade, data de nascimento, data da obtenção da amostra, topografia da amostra, sexo e diagnóstico, os indivíduos foram identificados apenas pelas iniciais para preservar suas identidades. Foram encontradas um total de 1337 amostras compatíveis com câncer colorretal entre jan/2010 e dez/2015, foram removidas as duplicatas chegando a um resultado de 1055 indivíduos. Os resultados apontam para um predomínio pelo gênero feminino com 510 indivíduos do sexo masculino (48%) e 545 indivíduos do sexo feminino (52%). A população mais acometida se encontra entre a quinta e a sétima década de vida. Entre 18-39 anos:49 indivíduos (5%); 40-49 anos:119 indivíduos (11%); 50-59 anos:275 indivíduos (26%); 60-69 anos:278 indivíduos (27%); 70-79:230 indivíduos (22%); 80-89 anos:99 indivíduos (9%); mais de 99 anos:5 indivíduos (aprox. 0,1%). A incidência se manteve relativamente estável nos últimos 5 anos, com discreto aumento entre 2012 e 2014. A Incidência foi baseada no último censo 2010 para cidade de Joinville que pode ser encontrada no site do IBGE. 2010: 157 casos (20,4 por 100 mil habitantes); 2011: 157 casos (30,4 por 100 mil habitantes); 2012: 199 caos (38,6 por 100 mil habitantes); 2013: 181 casos (35,1 por 100 mil habitantes); 2014: 184 casos (35,7 por 100 mil habitantes); 2015: 175 caos (33,9 por 100 mil habitantes); 2 casos foram obtidos sem data registrada. As topografias encontradas foram: Cólon 694 casos (66%); cólon e reto 114 casos (11%); reto e canal anal: 236 casos (22%) e metástases em cavidade abdominal: 11 casos (1%). Concluímos que o trabalho alcançou todos os objetivos propostos e que houve aumento na Incidência nos últimos anos.

CODIGO DO TRABALHO: 1125

TÍTULO DO TRABALHO: INTUSSUSCEPÇÃO COLO-COLÔNICA IDIOPÁTICA EM ADULTO: UM RELATO DE CASO.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PEDRO OLIVEIRA DE MENEZES QUITETE DE CAMPOS; OTTO MAURO DOS SANTOS-ROSA; MARCELO AUGUSTO F. RIBEIRO JR.; STEPHANIE SANTIN; PAULA BERGAMASCO DA SILVA; BETINA NOVAES LISBOA; ISABELLA HELENA MARTINS TEODORO. UNISA-SP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução A intussuscepção é uma afecção incomum em pacientes adultos, correspondendo apenas 3-5% de todos os casos relatados. É mais associada a uma lesão secundária do intestino, que é identificável em 90% dos casos, enquanto apenas 10% são idiopáticas. O diagnóstico da intussuscepção é difícil devido à inespecificidade da sintomatologia da doença, sendo utilizados exames de imagens para auxiliar a identificação clínica, entre eles a ultrassonografia (USG) e a tomografia computadorizada (TC). Em adultos, a intussuscepção, normalmente, requer tratamento cirúrgico com ressecção da alça do intestino afetado.Apresentação do caso W. L. F., 41 anos, sexo masculino, procurou serviço médico com queixa de dor abdominal há 4 dias, em região de mesogástrio, de início súbito, intercalando períodos de remissão e piora do quadro álgico. Paciente refere que concomitantemente com a dor apresentou um episódio de vômito. Negava outras alterações. No exame abdominal apresentava dor em região de flanco e fossa ilíaca direita (FID), sem massa palpável. Na entrada, o paciente apresentava Hemoglobina de 17,5 g/dL, Hematócrito de 55,9%, Leucócitos de 13,3 mil/mm3 com 75% de segmentados. Apresentava função renal preservada e Proteína C-reativa de 4. A radiografia de abdome evidenciava uma alça parética em região de FID de aspecto inespecífico. A TC de abdome com contraste venoso evidenciou a intussuscepção em região de íleo ceco e cólon ascendente, conforme figuras 1 e 2. A cirurgia confirmou a intussuscepção colo-colônica e, devido à possibilidade de um processo neoplásico, realizou-se uma hemicolectomia direita. A anatomia patológica evidenciou quadro de serosite fibrinoleucocitária, sem presença de doença maligna. O paciente evoluiu de maneira satisfatória, recebendo alta hospitalar no terceiro dia pós operatório.Conclusão A intussuscepção intestinal é uma doença rara e desafiadora para o cirurgião. O diagnóstico pré-operatório pode ser difícil devido à inespecificidade do quadro clinico, sendo a TC de abdome a modalidade de imagem diagnóstica mais sensível. A intussuscepção deve ser aventado como diagnostico diferencial nos casos de abdome agudo obstrutivo. O tratamento cirúrgico é sempre a melhor escolha e no adulto, normalmente, está associada à uma condição maligna.

CODIGO DO TRABALHO: 1669

TÍTULO DO TRABALHO: Intussuscepção intestinal íleo-cólica

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: SAULO RENAN SILVA SANTOS1; REMO JOGAIB SALCIARINI2; JHON RONALD AROSQUIPA TORRES2; CELIA MARIA GOUVEIA DE FREITAS2; LUIS ANTONIO VANNI GUERRA2; MIGUEL CHAVES FILHO3. 1. HOSPITAL ORÊNCIO DE FREITAS, CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM - ES - BRASIL; 2. HOSPITAL ORÊNCIO DE FREITAS, NITERÓI - RJ - BRASIL; 3. HOSPITAL ORÊNCIO DE FREITAS, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: DESCRITA PELA PRIMEIRA VEZ EM 1674 POR BARBETTE DE AMESTERDÃO, A INVAGINAÇÃO INTESTINAL REPRESENTA UMA FORMA RARA DE OBSTRUÇÃO INTESTINAL NO ADULTO. A INVAGINAÇÃO INTESTINAL NO ADULTO REPRESENTA 5% DE TODOS OS CASOS DE INVAGINAÇÃO SENDO RESPONSÁVEL POR APENAS 1% -5% DAS OBSTRUÇÕES INTESTINAIS NO ADULTO. QUASE 90% DOS CASOS NOS ADULTOS SÃO SECUNDÁRIAS A UMA CONDIÇÃO PATOLÓGICA QUE SERVE COMO PONTO DE PARTIDA, DAS QUAIS SE DESTACAM OS CARCINOMAS, PÓLIPOS, DIVERTÍCULO DE MECKEL, DIVERTÍCULO DO CÓLON, ESTENOSES OU NEOFORMAÇÕES BENIGNAS, CONSTATADAS GERALMENTE INTRA-OPERATORIAMENTE. EM VIRTUDE DO RISCO SIGNIFICATIVO ASSOCIADO DE MALIGNIDADE, APROXIMADAMENTE DE 65%, A DESCOMPRESSÃO RADIOLÓGICA NÃO ESTÁ INDICADA. POR ISSO, 70 A 90% DOS CASOS DE INVAGINAÇÃO INTESTINAL NOS ADULTOS EXIGEM TRATAMENTO DEFINITIVO, SENDO A RESSEÇÃO CIRÚRGICA, NA MAIORIA DOS CASOS, O TRATAMENTO DE ESCOLHA. RELATO DE CASO: PACIENTE E.L.M., DO SEXO MASCULINO, 34 ANOS, NEUROPATA, FOI TRANSPORTADO AO HOSPITAL ORÊNCIO DE FREITAS, NITERÓI, PARA REALIZAÇÃO DE COLONOSCOPIA DEVIDO A ALTERAÇÕES DO HÁBITO INTESTINAL, VÔMITOS E MASSA PALPÁVEL EM QUADRANTE INFERIOR ESQUERDO. COLONOSCOPIA EVIDENCIOU INTUSSUSCEPÇÃO ÍLEO-CÓLICA COM FOCO DE NECROSE, SENDO O PACIENTE LEVADO AO CENTRO CIRÚRGICO PARA TRATAMENTO. À LAPAROTOMIA FOI ENCONTRADA VOLUMOSA INTUSSUSCEPÇÃO ÍLEO-CÓLICA, SENDO REALIZADA A DESINVAGINAÇÃO E ENCONTRADA UMA TUMORAÇÃO EM CECO. PROCEDEU-SE À ÍLEOCOLECTOMIA DIREITA COM ÍLEOTRANSVERSO ANASTOMOSE TÉRMINO-TERMINAL PRIMÁRIA. O INVENTÁRIO DA CAVIDADE NÃO ENCONTROU SINAIS DE METÁSTASE. PACIENTE EVOLUI BEM EM PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO E AGUARDA EXAME HISTOPATOLÓGICO. CONCLUSÃO: A INVAGINAÇÃO INTESTINAL DO ADULTO É UMA ENTIDADE NOSOLÓGICA RARA. O DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO GERALMENTE É DESAFIADOR E MUITAS VEZES ATRASADO, EM VIRTUDE DA INESPECIFICIDADE SINTOMATOLÓGICA E APRESENTAÇÃO NORMALMENTE SUBAGUDA, AO CONTRÁRIO DO QUADRO CLÍNICO PATOGNOMÔNICO DE INVAGINAÇÃO QUE DECORRE NA CRIANÇA. A TOMOGRAFIA COMPUTORIZADA ABDOMINAL É CONSIDERADA COMO O GOLD STANDARD PARA O DIAGNÓSTICO IMAGIOLÓGICO DESTA ENTIDADE, PERMITINDO DIAGNOSTICAR A PRESENÇA OU AUSÊNCIA DE UM PONTO DE PARTIDA. EM VIRTUDE DE A MAIORIA DOS CASOS APRESENTAREM UMA CAUSA ORGÂNICA SUBJACENTE, FREQUENTEMENTE MALIGNA, A RESSEÇÃO SEGMENTAR CURATIVA ESTÁ INDICADA. A REDUÇÃO DE UMA INVAGINAÇÃO DO INTESTINO DELGADO PODE SER TENTADA, DESDE QUE O SEGMENTO ENVOLVIDO APRESENTE VIABILIDADE VASCULAR E A MALIGNIDADE SEJA REFUTADA.

CODIGO DO TRABALHO: 2896

TÍTULO DO TRABALHO: Intussuscepção intestinal secundária a angiolipoma de colon: Um relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CAMILA FABRES PEREIRA; TIAGO CYPRIANO DUTRA; ANDRE LUIZ PICOLI MATTAR; SAMELA NUNES ALECRIM DE SOUZA. HOSPITAL EVANGÉLICO DE CACHOEIRO, CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM - ES - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoOs angiolipomas são neoplasias benignas com uma composição variável de tecido gorduroso, células de musculatura lisa e vasos sanguíneos. São mais encontrados no tecido celular subcutâneo, sendo raros no trato gastrointestinal. Quando reportadas nessa localização, se encontram principalmente no estômago e duodeno, sedo ainda mais infrequentes as lesões de cólon. Segundo revisão de literatura publicada no World Journal of Surgical Oncology em 2014, apenas 22 casos de lipoma foram relatados no trato gastrointestinal, sendo que, destes, um se localizava no esôfago, três no estômago, dois no duodeno, seis no intestino delgado, três na válvula ileocecal, 5 no colon e dois no reto. Ainda mais raro, vimos os casos associados a intussuscepção e obstrução intestinal, sendo que até 2014 apenas dois casos foram descritos.Relato de CasoPaciente masculino, 42 anos, apresentava queixa de distensão abdominal, dificuldade para evacuar e de ingesta da dieta se restringindo a alimentação pastosa. Procurou o serviço de cirurgia geral após 15 dias do início dos sintomas. Solicitado tomografia de abdome total que evidenciou formação expansiva de origem lipomatosa na perede do colon descendente com alças intestinais com aspecto em alvo sugerindo intussuscepção intestinal. Realizado colonoscopia com biópsia dois dias após a tomografia que confirma lesão polipóide com 6cm de diâmetro em cólon esquerdo, com laudo de biopsia inconclusivo. Paciente foi submetido a hemicolectomia esquerda, e biópsia de peça cirurgica confirmou angiolipoma intestinal submucoso, extensamente ulcerado, medindo 70x45x40 mm.Dentre as terapêuticas disponíveis para o lipoma gastrointestinal encontramos a terapêutica endoscópica ou cirúrgica, sendo a endoscópica reservada para tumores menores que 3cm e com pequena base de implantação devido ao risco de sangramento e perfuração. A videolaparoscopia se destina aos pacientes com diagnóstico firmado previamente por biopsia.ConclusãoO angiolipoma de colon é uma doença benigna e extremamente rara. Pouquíssimos casos são relatados na literatura. Apresenta sintomatologia de acordo com o tamanho da lesão e o respectivo comprometimento intraluminal da alça intestinal, podendo levar a quadros de suboclusão ou mesmo obstrução intestinal. O tratamento é a ressecção cirurgica da lesão, seja por via endoscópica, aberta ou laparoscópica, sendo a escolha da via de ressecção dependente do tamanho do tumor e sua base de implantação. O diagnóstico é hitopatológico.

CODIGO DO TRABALHO: 1799

TÍTULO DO TRABALHO: ISQUEMIA MESENTÉRICA PÓS RESSECÇÃO DE ADENOCARCINOMA DE CÓLON: IDENTIFICAÇÃO E TRATAMENTO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: WALTER BATISTA DE SANTANA NETO; CARLOS MAGNO QUEIROZ DA CUNHA; RACHEL BEZERRA CARVALHO; ANTONIA ARYANNA FLORENTINO DOS SANTOS PEIXOTO; TAYNARA NOGUEIRA BANDEIRA; ANA KAROLINA BEZERRA FACUNDO; ERIKA FEITOSA QUEIROZ; JOSÉ NEY PRIMO FEITOSA. UNIVERSIDADE DE FORTALEZA, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A maioria dos cânceres colorretais surgem de pólipos adenomatosos, sendo que 5% dos casos evoluem para o câncer colorretal (CCR) em 10 a 15 anos. Contudo, apesar de a maioria serem assintomáticos, é importante lembrar que pólipos adenomatosos são lesões pré-malignas, o que gera a necessidade de sua retirada seja por via endoscópica ou cirúrgica, a qual sempre gera um trauma biológico no paciente bem como tem riscos de complicações, sendo as mais comuns: hemorragias, trombose venosa profunda, peritonite e prejuízo para órgãos adjacentes ao cólon, como bexiga e intestino delgado. Assim, este trabalho objetiva relatar um caso de paciente submetido à colectomia total por adenocarcinoma de cólon descendente que evoluiu com isquemia mesentérica por uso prolongado de vasopressina devido à instabilidade hemodinâmica, o que acarretou nova abordagem cirúrgica para ressecção de segmento necrosado e nova confecção de ileostomia.Relato de Caso: Paciente, masculino, 71 anos, cardio e nefropata (ASA II), admitido em serviço de coloproctologia, onde foi identificado após colonoscopia lesão vegetante a 50 cm da fenda anal, sendo biopsiada com resultado de adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Realizou-se colectomia total e ileostomia, na qual o paciente evoluiu bem no pós-operatório imediato, contudo no 7º dia pós operatório (PO) houve deiscência da ferida cirúrgica o que somado ao seu histórico de comorbidades fez o mesmo ser admitido na UTI. Ademais paciente fez uso prolongado de vasopressina devido à instabilidade hemodinâmica, o que gerou como complicação a isquemia mesentérica. Foi necessário nova abordagem cirúrgica, na qual foi retirado o segmento afetado pela isquemia, refez-se a ileostomia. A evolução não teve intercorrências, sendo liberado após 26º PO.Conclusão:Pode-se inferir a necessidade de um rastreio precoce do câncer colorretal, evitando cirurgias mais complexas ou mesmo com maiores riscos para o paciente, como no caso. Ademais, conclui-se que a reabordagem cirúrgica no manejo de complicações pós colectomias se faz necessária em algumas situações, mesmo em pacientes com outras comorbidades, como no presente estudo.

CODIGO DO TRABALHO: 429

TÍTULO DO TRABALHO: LEIOMIOMA PERIANAL PRIMÁRIO SINCRÔNICO: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: IGOR ARANTES DE OLIVEIRA GÓES; PAULA CRISTINA STEFFEN NOVELLI; GUSTAVO ADOLFO KURIYAMA MASSARI; RODRIGO SADER HECK; CAROLINE ABBUD PAVANI; KAREN MAYURI KATO; ROBERTA LAIS DOS SANTOS MENDONÇA MATOS; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: o desenvolvimento de leiomiomas primários na região perianal é uma possibilidade extremamente rara, com menos de 10 casos publicados até a presente data. Revisão da literatura não identificou casos publicados de desenvolvimento sincrônico de leiomiomas primários na região perianal. Relato de Caso: Mulher, 69 anos, procurou Serviço especializado com queixa do crescimento lento de duas nodulações na região perianal há 5 anos, acompanhado de incômodo e dificuldade para sentar-se. No exame proctológico havia presença de duas nodulações em parede lateral perianal. Ao toque retal os tumores deslocavam à luz do canal anal sem sinais de comprometimento mucoso. À ressonância magnética confirmou presença das lesões, porém sem evidências de comprometimento de linfonodos no mesorreto e região inguinal. Optou-se por excisão local de ambas as nodulações. A doente apresentou boa recuperação recebendo alta hospitalar no primeiro pós-operatório. O exame histopatológico mostrou duas neoplasia isoladas de origem mesenquimal. O painel imunohistoquímico confirmou neoplasia de músculo liso de comportamento biológico incerto, a ausência de pleomorfismo, necrose e escassez de figuras de mitose sugerem comportamento biológico benigno possibilitando o diagnóstico de leiomiomas perianais em ambas as lesões. Conclusão: Apesar do quadro clínico e exames de imagem poderem corroborar com o diagnóstico de leiomioma perianal primário, seu diagnóstico só é possível com estudo histológico e imunohistoquímico. O tratamento preconizado é a ressecção local total do tumor, podendo recorrer em até 40%, sendo que 10% podem se tornar malignos (leiomiossarcoma).

CODIGO DO TRABALHO: 1242

TÍTULO DO TRABALHO: Leiomioma perianal: Relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCUS VINICIUS CARNEIRO TORRES DE PAULA1; BRUNO FREIRE FERNANDES BORGES2; ARTUR DE SOUSA LEITE JÚNIOR1; KAROLINA HERMÍNIO COLARES1; ALISOM MICHEL CAMPOS AZEVEDO1; BÁRBARA NARCISO DUARTE1; ANDREZA LUIZA DE SOUSA LOBATO1; CLEANTO HENRIQUE MEDEIROS DE SOUSA TÔRRES1. 1. UNIVERSIDADE POTIGUAR, NATAL - RN - BRASIL; 2. GASTROCENTRO - NATAL/RN, NATAL - RN - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Leiomiomas são tumores benignos derivados de células tronco mesenquimais e têm um padrão histológico epeliióde ou de células fusiformes, lembrando o músculo liso. Podem ocorrer em qualquer local onde o músculo liso esteja presente, apresentando-se no trato gastrointestinal predominantemente no esôfago, cólon e reto. Os leiomiomas representam 3,8% de todas as tumorações benignas e a sua fisiopatologia permanece obscura. Relato de caso: O presente caso aborda uma mulher de 35 anos que evoluiu com dor que piorava à defecação e tumoração perianal em três meses. O exame físico evidenciou massa circular homogênea enducerecida de aproximadamente 2 cm em região pararretal posterior. Foi realizada Ressônancia Nuclear Magnética da Pelve que evidenciou na região perianal direita imagem nodular subcutânea com contornos regulares e realce homogêneo pelo meio de contraste medindo 2,7 x 2,6 cm. Procedeu-se com abordagem cirúrgica, realizando-se incisão pararretal arcifome com disseção de lesão ovalada e aparentemente encapsulada de coloração pardacenta e consistência elástica. Preservou-se o esfíncter anal. O anatomopatológico da peça evidenciou leiomioma. A paciente evoluiu sem intercorrências e teve alta hospitalar no primeiro dia pós-operatório. Manteve-se em seguimento ambulatorial por um ano, sem sinais de recidiva. Conclusão: Os leiomiomas devem ser ressecados quando tornarem-se sintomáticos, crescerem para além de 1cm, apresentarem mudanças arquiteturais no seguimento ou quando houver suspeita de malignidade. Não há técnica operatória padrão-ouro e essa depende do tamanho e localização do tumor, devendo o cirurgião minimizar complicações pós-operatórias e perdas funcionais. Referências: STURIALE, Alessandro; FABIANI, Bernardina; NALDINI, Gabriele. A rare case of leiomyoma of the internal anal sphincter. International Journal Of Surgery Case Reports, [s.l.], v. 23, p.4-7, 2016. Elsevier BV. http://dx.doi.org/10.1016/j.ijscr.2016.03.048. Disponível em: . Acesso em: 01 fev. 2017; ÓMEZ, Jaime Alonso et al. Real Anal Leiomyoma: a Case Report. Journal Of Gastrointestinal Cancer, [s.l.], v. 42, n. 1, p.54-56, 15 out. 2012. Springer Nature. http://dx.doi.org/10.1007/s12029-010-9219-z. Disponível em: . Acesso em: 01 fev. 2017.

CODIGO DO TRABALHO: 1273

TÍTULO DO TRABALHO: Lesão perineal de 4ªgrau pós-parto normal: Relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GRAZIELLY COSER DE ASSIS1; GERSON DE ALMEIDA CORREIA SANTOS2; TAIANE RANGEL DE AQUINO3; MARIANA RANGEL DE ALMEIDA3; VINICIUS CUNHA FAGUNDES3; GIOVANNI JOSÉ ZUCOLOTO LOUREIRO3; FELIPE SAMPAIO SOARES ASPAHAN4; JAYME MENDONÇA RAMOS5; MARCELA GIURISATTO DUTRA3. 1. HOSPITAL UNIVERSITARIO CASSIANO ANTONIO DE MORAES- HUCAM, VILA VELHA - ES - BRASIL; 2. UFES, VILA VELHA - ES - BRASIL; 3. UFES, VITÓRIA - ES - BRASIL; 4. HUCAM, VITORIA - ES - BRASIL; 5. UFES, VITORIA - ES - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: No Brasil muitas mulheres sofrem algum tipo de trauma perineal pós-parto vaginal, seja por episiotomia ou lacerações espontâneas. Lesões perineais são classificadas em 1º a 4ºgrau, sendo lesões de 3º e 4ºgrau consideradas lacerações graves que envolvem esfíncter anal e mucosa retal. Incontinência anal/fecal, incontinência urinária e fístulas retovaginais podem ser complicações das lacerações perineais graves. Os fatores de risco e de proteção nos casos de trauma perineal ainda são incertos.Objetivo: Relatar caso de paciente com lesão complexa do perineo (grau 4) pós-parto vaginal evoluindo com incontinência fecal; realizar revisão sobre o tema, avaliando fatores de risco para trauma perineal e suas principais consequências, bem como resultados funcionais após tratamento cirúrgico.Resultado: Paciente de 18 anos, primípara com lesão perineal de 4º grau pós-parto vaginal, evoluindo com quadro de fistula retovaginal, lesão de septo retovaginal e incontinência fecal. Submetida a cirurgia de esfincteroplastia e reconstrução perineal com avaliações funcionais progressivas.Métodos: Estudo descritivo do tipo relato de caso com revisão bibliográfica.Conclusão: O caso relatado encontra-se dentre os fatores de risco significativamente encontrados para ocorrência de dano perineal grave como primígesta e feto na posição occipitoposterior no parto. Lesão perineal de terceiro ou quarto graus podem levar a incontinência fecal ou até mesmo estar associada a fístulas entre o ânus ou o reto e a vagina. Os resultados funcionais foram satisfatórios através da reconstrução perineal associado a sessões de biofeedback.

CODIGO DO TRABALHO: 2178

TÍTULO DO TRABALHO: LINFOMA INTESTINAL COMO CAUSA DE INTUSSUSCEPÇÃO ILEO-ILEAL: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RENATO DE CASTRO PEREIRA ROBERTO; GLEYDSON CESAR DE OLIVEIRA BORGES; ALEXANDRA MANO ALMEIDA; ANA PAULA FARIA MAIA PORTUGAL; ANDERSON CARLOS BRASIL VASCONCELOS. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A INTUSSUSCEPÇÃO CONSISTE NA INVAGINAÇÃO DE UM SEGMENTO PROXIMAL DE INTESTINO PARA DENTRO DO LÚMEN DO SEGMENTO DISTAL. O LINFOMA INTESTINAL É UMA ETIOLOGIA EXTREMAMENTE RARA DESTA PATOLOGIA. A CONFIRMAÇÃO DA INTUSSUSCEPÇÃO É BASEADA EM ACHADOS CIRÚRGICOS.RELATO DE CASO: PACIENTE MASCULINO, 47 ANOS, TABAGISTA, ETILISTA, PROCEDENTE DE FORTALEZA, PROCUROU ATENDIMENTO MÉDICO POR DOR ABDOMINAL HÁ 2 MESES LOCALIZADA EM EPIGASTRO E HIPOCÔNDRIO ESQUERDO DE FORTE INTENSIDADE ASSOCIADA A EPISÓDIOS DE DIARRÉIA AQUOSA SEM MUCO OU PUS, HEMATOQUEZIA E PERDA PONDERAL DE 7KG. REALIZOU COLONOSCOPIA QUE EVIDENCIOU FISSURA ANAL. NEGA FEBRE NESSE PERÍODO. REFERE NÃO TER FATORES DE PIORA OU MELHORA ASSOCIADO AO QUADRO ÁLGICO. MELHORAVA PARCIALMENTE COM USO DE ANALGÉSICO COMUM. FOI REALIZADA TC DE ABDOME E PELVE QUE EVIDENCIOU INTUSSUSCEPÇÃO ÍLEO-ILEAL COM SINAIS DE SEMI-OCLUSÃO INTESTINAL À MONTANTE. PACIENTE EVOLUIU COM PIORA DA DOR ABDOMINAL PROGRESSIVAMENTE, PLENITUDE GÁSTRICA, NÁUSEAS E PERSISTÊNCIA DOS EPISÓDIOS DE DIARRÉIA. PACIENTE NEGA HISTÓRIA DE CANCER, NEGA DM OU HAS, NEGA CIRURGIAS PRÉVIAS.AO EXAME FÍSICO: EGR, ANICTÉRICO, AFEBRIL, HIPOCORADO, HIDRATADO, CONSCIENTE E ORIENTADO. ACP FISIOLÓGICO. ABDOME FLÁCIDO, PLANO, DOLOROSO À PALPAÇÃO SUPERFICIAL E PROFUNDA EM HCE E EPIGASTRO. LINFONODO PALPÁVEL E DOLOROSO EM REGIÃO INGUINAL DIREITA DE 3CM.PACIENTE FOI SUBMETIDO À CIRURGIA, ONDE FOI VISUALIZADA INTUSSUSCEPÇÃO A APROXIMADAMENTE 30CM DA VÁLVULA ILEOCECAL, SENDO REALIZADA ENTERECTOMIA SEGMENTAR E ANASTOMOSE ENTERO-ENTERO. RESULTADO DE HISTOPATOLÓGICO EVIDENCIOU LINFOMA NÃO-HODGKIN DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B. PACIENTE EVOLUIU BEM CLINICAMENTE NO PÓS-OPERATÓRIO, NÃO APRESENTANDO INTERCORRÊNCIAS. RECEBEU ALTA HOSPITALAR NO 10º PO COM MELHORA CLÍNICA E ENCAMINHADO PARA SEGUIMENTO AMBULATORIAL.CONCLUSÃO: A INTUSSUSCEPÇÃO É QUASE SEMPRE ASSOCIADA À LESÃO ORGÂNICA E REQUER TRATAMENTO CIRÚRGICO. O DIAGNÓSTICO TORNA-SE DIFÍCIL DEVIDO A SINTOMATOLOGIA INESPECÍFICA. A POSSIBILIDADE DE MALIGNIDADE JUSTIFICA A RESSECÇÃO ONCOLÓGICA EM MONOBLOCO.

CODIGO DO TRABALHO: 1349

TÍTULO DO TRABALHO: Linfoma MALT acomentendo o reto

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCOS LANNA BICALHO; FABIO GONTIJO RODRIGUES; TARCISIO VERSIANI AZEVEDO FILHO; AMANDA FERREIRA NAZARETH MARQUES; RAPHAEL SEGATO VAZ DE OLIVEIRA; RAFAEL ALVES CARVALHO; RODRIGO GUIMARÃES CORRADI; PABLO SILVA DOS ANJOS. HOSPITAL JULIA KUBITSCHEK, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O linfoma MALT (mucosa associated lymphoid tissue) retal é de ocorrência rara e a marioria das publicações são relatos de casos, sem grandes séries publicadas. As opções terapêuticas na literatura incluem a erradicação do Helicobacter Pylori, ressecçao endoscópica ou cirúrgica, utilização de terapia adjuvante ou a combinação dessas modalidades.Relato de caso: Paciente de 46 anos, do sexo feminino, com história pregressa de depressão leve controlada e miomatose uterina; foi encaminhada para investigação de dor abdominal recorrente em cólica há 08 meses e perda ponderal de 8kg no mesmo período. Revisão laboratorial foi normal. Exames de ultrassom e tomografia computadorizada abdominais também não mostraram alterações. A paciente foi submetida a colonoscopia, durante a qual foi ressecada lesão polipoide séssil do reto, que media cerca de 05 mm de diâmetro. Exame histológico mostrou mucosa colônica com infiltrado de células linfoides atípicas, que sugeriram o diagnóstico de linfoma do tipo não Hodgkin. Foi então realizado exame imunohistoquímico que mostrou se tratar de linfoma MALT. Paciente encontra-se em seguimento ambulatorial, sendo acompanhada em conjunto com equipe de oncologia.Conclusão: O linfoma MALT acometendo o reto é uma entidade rara e ainda não dispomos de consenso na literatura definindo a terapêutica ideal.

CODIGO DO TRABALHO: 903

TÍTULO DO TRABALHO: LINFOMA NÃO HODGKIN PRIMÁRIO RETAL: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DIEGO PALMEIRA RANGEL; LAERCIO ROBLES; ALEXANDER DE SA ROLIM; HUGO HENRIQUES WATTE; ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; ROGÉRIO FREITAS LINO DE SOUZA; EDUARDO AUGUSTO LOPES; JANAINA WERCKA. HOSPITAL SANTA MARCELINA, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O linfoma não Hodgkin com lesão primária retal é bastante raro na literatura. O número limitado de casos descritos dificulta a formulação de uma estratégia terapêutica adequada para cada caso. O tratamento cirúrgico, assim como o tratamento clínico exclusivo quimioterápico/radioterápico, já foi proposto, com bons resultados.Objetivo: Relatar caso de paciente com diagnóstico de Linfoma não Hodgkin primário de reto com tratamento quimio-radioterápico exclusivo.Relato de caso: Paciente 77 anos, feminino, osteoartrose em joelho esquerdo, apresentou quadro de hematoquezia intermitente por 6 meses, iniciada há 2 anos, ao exame físico, descorada 1+/4+, eupnéica, afebril, abdome flácido, indolor a palpação, sem linfonodomegalias palpáveis, exame proctológico normal. Realizou colonoscopia sendo evidenciado em reto a 8 cm da borda anal, lesão elevada, de aspecto infiltrativo, esbranquiçada, com áreas de neovascularização de 3 x 3 cm, sendo biopsiado. O resultado anátomo patológico e imunohistoquímico evidenciou Células grandes difusas tipo B ? sugere Linfoma não Hodgkin. Após realizado exames de estadiamento foi classificado no estadiamento de Ann Arbor como Estágio I. Paciente então seguiu acompanhamento com Equipe de Hematologia e Coloproctologia do Hospital Santa Marcelina/SP, e foi submetido a tratamento quimioterápico e radioterápico exclusivos, com esquema CHOP-R (ciclofosfamida, doxorrubicina, vincristina, prednisona e o anticorpo monoclonal rituximabe) e radioterapia com 4500cGY. Paciente realiza seguimento ambulatorial regular, com exames de imagem (ultrassonografia / radiografia tórax) e hematimétricos sem alterações, e colonoscopia anual com resultados normais.Conclusão: O tratamento cirúrgico colorretal não é isento de complicacões, apresentando morbidade não desprezível. O tratamento clínico em pacientes com Linfoma não Hodgkin do reto deve ser considerado, podendo ser reservado o tratamento cirúrgico para casos mais complicados e de falha ao tratamento clínico.

CODIGO DO TRABALHO: 1245

TÍTULO DO TRABALHO: Lipoma de ceco mimetizando apendicite aguda

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RAIZA SAMEICA ESPER1; JOAO HENRIQUE BOTTO DE OLIVEIRA1; RODRIGO CAMPOS OCARIZ1; FLORA SPECIAN SARTORI1; LUCIANA REGINA MOREIRA2; EVERTON CAZZO3. 1. CENTRO MÉDICO DE CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL; 2. MULTIPAT, CAMPINAS - SP - BRASIL; 3. UNICAMP, CAMPINAS - SP - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoLipomas do cólon são encontrados em cerca de 0,25% das autópsias e apesar de raros são as neoplasias mesenquimais mais comuns doTGI. A maioria são pequenos e assintomáticos, sendo que os maiores de 3cm podem ser sintomáticos, e maiores que 4cm são sintomáticos em 75% dos casos. Tumores sintomáticos totalizam 6% dos casos. Suas localizações mais comuns são o ceco e o cólon ascendente e 90% são submucosos. O diagnóstico pré-operatório pode ser feito com CT ou RM, mas é difícil, sendo na maioria das vezes feito a partir de análise histopatológica. Como podem apresentar margens irregulares, linfonodomegalias associadas e intussuscepção, lipomas maiores podem ser confundidos com tumores malignosDescrição do casoSCSK, feminina, branca, 49anos, iniciou com dor abdominal difusa associada a fezes amolecidas e anorexia há 2dias e há 1 dia localização da dor em fossa ilíaca direita. Hemograma de entrada sem alterações. US: líquido livre e aumento da ecogenicidade de gordura em fossa ilíaca direita; apêndice não visualizado e CT: apêndice cecal com 13mm de diâmetro associado a aumento da densidade de gordura peri-apendicular, espessamento de parede do ceco e líquido livre em cavidade. Indicada cirurgia, sendo optado por ileotiflectomia devido à extensa inflamação local e espessamento importante de ceco e base de implantação do apêndice. Não houve intercorrências pós-operatórias; a dieta oral foi reintroduzida no 3ºdia e a paciente recebeu alta hospitalar no 5º dia após a cirurgia. Paciente foi acompanhada por 6 meses sem intercorrências O exame histopatológico revelou apêndice cecal com intensa reação inflamatória com exsudato neutrofílico ocupando todas as camadas da parede intestinal, inclusive ocupando extensamente a adventícia com exsudato fibrinopurulento e presença de lipomatose submucosa do ceco em área irregular de 2,5x1,5 cm, com oclusão parcial do óstio apendicular.Conclusões: Lipomas do cólon apesar de raros são as neoplasias mesenquimais mais comuns do TGI. A maioria são pequenos e assintomáticos. O diagnóstico geralmente é feito por análise histopatológica. Neste caso, foi feito um achado incomum de sintomatologia associada a lipoma menor que 2,5cm, cursando com apendicite aguda, devido à sua localização no óstio do apêndice, causando obstrução. A cuidadosa avaliação diagnóstica pré-operatória e indicação cirúrgica precisa são importantes para evitar a evolução para quadros graves de apendicite com perfuração e contaminação extensa da cavidade.

CODIGO DO TRABALHO: 432

TÍTULO DO TRABALHO: LIPOSSARCOMA RETRORRETAL: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: IGOR ARANTES DE OLIVEIRA GÓES; KAREN MAYURI KATO; PAULA CRISTINA STEFFEN NOVELLI; RODRIGO SADER HECK; VITOR RAFAEL PASTRO; DENISEGRAFFITTI D?AVILA; DANIEL DE CASTILHO DA SILVA; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O desenvolvimento de tumores retrorretais (TR) em adultos é uma evento raramente descrito com incidência estimada em 1:40.000 habitantes. Os tumores localizados no espaço retrorretal podem ser divididos em 5 grupos: congênitos, ósseos, inflamatórios, neurogênicos e miscelânea, sendo os tumores congênitos os mais comuns, representando 55-70% dos casos. Os lipossarcomas são tumores malignos, que se enquadram neste grupo, sendo um dos mais raros a serem descritos. Relato do caso: Mulher, 57 anos, com queixa de dor na região lombo-sacra com irradiação para membros inferiores há 1 ano, evoluindo com seguidos episódios de retenção urinária necessitando de sonda vesical de demora; constipação progressiva em uso de laxativos e aplicação de clisteres para evacuar; acompanhada de perda ponderal de 14 quilos. Ao exame físico: REG, emagrecida, descorada; abdome com massa visível e palpável, endurecida, de aproximadamente 20cm de diâmetro na região pélvica que se estendia para o abdômen anterior atingindo a cicatriz umbilical; toque retal com parede posterior do reto deslocada anteriormente pela presença de tumoração retrorretal de consistência fibroelástica, 2 cm acima da linha pectínea. Na RM de abdômen e pelve, presença de volumosa massa que se iniciava na região retrorretal acima dos músculos elevadores do ânus, ocupando toda a pelve comprimindo anteriormente o reto e a bexiga e estendendo-se pelo retroperitônio para a região posterior do abdome; plano de clivagem com órgãos adjacentes e linfonodomegalia retroperitoneal. A imagem pesada em T2 mostrava que a superfície interna do tumor apresentava características de tecido gorduroso com áreas de fibrose e necrose. Como conduta optou-se por retossigmoidectomia anterior, panhisterectomia e linfadenectomia retroperitoneal e intercavoaórtica até as veias renais em monobloco. Ao exame histopatológico confirmou-se o diagnóstico de lipossarcoma de alto grau com componente fibroso suportado pelo painel imunoistoquímico com CD34 positivo. Após o tratamento cirúrgico, a doente foi encaminhada para tratamento quimioterápico adjuvante tendo realizado até o momento 8 ciclos com Cisplatina e atualmente encontra-se em acompanhamento ambulatorial. Conclusão: Como o prognóstico está diretamente relacionado com a ressecção efetiva da lesão primária, o estudo dos TR se torna primordial, principalmente em tumores malignos, como os lipossarcomas, já que seu diagnóstico e tratamento precoce podem melhorar seu prognóstico.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1544

TÍTULO DO TRABALHO: LITÍASE VESICAL MÚLTIPLA EM PORTADOR DE DIVERTICULITE COMPLICADA DO CÓLON SIGMOIDE COM FÍSTULA SIGMÓIDE-VESICAL ASSOCIADA A CÂNCER DE RETO. A PROPÓSITO DE UM CASO.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARINA FANELLI LUCHIARI MILANI1; DANILO TOSHIO KANNO1; DANIELLE DE CAMPOS PESETO2; DENISEGRAFFITTI D?AVILA2; VITOR RAFAEL PASTRO3; MURILO ROCHA RODRIGUES2; LUCAS PUGLIESI SMIRNE GOI1; FABIO GUILHERME C. M. DE CAMPOS4; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ2. 1. UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO NA PROVIDÊNCIA DE DEUS, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL; 3. HOSPITAL SÃO FRANCISCO NA PROVIDÊNCIA DE DEUS, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL; 4. FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
A presença de fístula colovesical em portadores de diverticulite aguda é complicação relativamente comum. Todavia, a concomitância de fístula colovesical, litíase múltipla da bexiga e câncer de reto é achado excepcional. Objetivo: O objetivo deste pôster é relatar caso de doente com diverticulite complicada do sigmoide com formação de fístula colo-vesical e cistolitíase que apresentava, simultaneamente, câncer do reto. Relato do caso: Homem, 78 anos, com queixa de emagrecimento de 20 kg em um ano, acompanhada de astenia, mudança do hábito intestinal, tenesmo e hematoquesia. Há mais de um ano apresentava dor abdominal nas regiões lombar e fossa ilíaca esquerda e episódios recorrentes de infecção urinária. Na admissão estava descorado, emagrecido, febril, com dor a palpação do abdômen inferior. O toque retal era normal. Com suspeita de neoplasia colorretal foi submetido à colonoscopia que detectou a presença de lesão vegetante localizada na transição entre o reto e sigmoide que não permitia a progressão do aparelho. A tomografia computadorizada de abdômen e tórax mostrou espessamento da parede do cólon na transição entre o reto e o sigmoide, sem plano de clivagem com a cúpula da bexiga. Havia presença de pneumatúria. Notava-se ainda, presença de linfonodomegalia regional sem presença de metástases hepáticas ou pulmonares. Os exame laboratoriais mostravam piúria maciça, hematúria, leucocitose com desvio à esquerda, creatinina de 3,8 mg/mL, uréia de 80 mg/mL e os níveis séricos do CEA e Ca 19.9 eram de 2,3 ng/mL e 23,2, respectivamente. Após estabilização clínica e antibioticoterapia com a hipótese diagnóstica de infecção urinária decorrente de adenocarcinoma de transição retosigmoideana fistulizado para a bexiga, foi indicada cirurgia. A laparotomia confirmou a suspeita clínica realizando-se em monobloco retossigmoidectomia abdominal a Hartmann, linfadenectomia regional, cistectomia parcial e enterectomia. Foram retirados do interior da bexiga cinco cálculos o maior deles com 5 cm de diâmetro. O exame histopatológico confirmou presença de adenocarcinoma moderadamente diferenciado do reto, com invasão da serosa, sem comprometimento neoplásico em 43 linfonodos ressecados e presença de diverticulite do cólon sigmoide com formação de fístula para a bexiga. O doente evoluiu no pós-operatório com agravamento do quadro clínico vindo a falecer no 12º. pós-operatório em decorrência de septicemia.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2447

TÍTULO DO TRABALHO: MEGACÓLON ? CIRURGIA DE DUHAMEL LAPAROSCÓPICA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GABRIELA MOREIRA COSTA1; LUCAS HENRIQUE SANCHEZ CAVALHEIRO1; REGINA GREILBERGER RIBEIRO2; GUILHERME ZUPO TEIXEIRA2; IVNA HOLANDA VIANA2; ANTONIO JOSE TIBURCIO ALVES JUNIOR2; JOSÉ ALFREDO DOS REIS JÚNIOR2; JOSE ALFREDO DOS REIS NETO2. 1. PUC CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL; 2. CLINICA REIS NETO, CAMPINAS - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O megacólon chagásico é uma moléstia endêmica no Brasil. Devido suas frequentes complicações, a indicação cirúrgica eletiva é geralmente feita nos casos avançados ou com má resposta ao tratamento clínico. Dentre as diversas técnicas operatórias descritas, a cirurgia de Duhamel tem obtido os melhores resultados a curto e a longo prazo. Objetivo: Analisar 56 casos de pacientes com megacolon tratados com cirurgia de Duhamel via Laparoscopia Metodologia: Foram operados 56 pacientes com a técnica de Duhamel modificada com acesso pela via laparoscópica, com ampla anastomose da parede anterior do cólon abaixado à parede posterior (mucosa) do reto no mesmo tempo cirúrgico em que se anastomosa a parede posterior do cólon abaixado ao canal anal, sendo a peça retirada pela incisão perineal, evitando estender a incisão de um dos trocartes. Resultados: O tempo cirúrgico médio foi de 142 minutos, com tempo médio de internação hospitalar de 3 dias. Foram observadas as seguintes complicações: um sangramento sacral (1,78% dos casos); uma perfuração de sigmoide, requerendo conversão cirúrgica para a via laparotômica (1,78%). Houve 2 casos (3,57%) foi necessária uma incisão complementar de Pfannenstiel para retirada da peça. Relatada uma incidência de 3,57% de infecção urinária e de 1,78% de trombose venosa profunda. Três pacientes (5,35%) apresentaram incontinência parcial temporária (gases e fezes líquidas) por um período máximo de quatro meses, ficando assintomáticos após esse período de tempo. Com o seguimento de 49 pacientes, evidenciado um (1,78%) com necessidade de uso esporádico de laxativos. Não houve deiscência do fechamento da ampola retal, nem necrose do cólon abaixado. Conclusão: Os resultados observados em 56 pacientes quanto à cura da obstipação são similares aos registrados na cirurgia convencional, porém com um menor índice de morbidade, seja intra ou pós-operatória. A abordagem laparoscópica é uma via de acesso válida para a realização da técnica de Duhamel para o tratamento do megacólon.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1250

TÍTULO DO TRABALHO: MEGACÓLON TÓXICO POR ADENOCARCINOMA DE CÓLON DESCENDENTE: UMA URGÊNCIA COLOPROCTOLÓGICA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: WALTER BATISTA DE SANTANA NETO1; DANIEL LINHARES CARDOSO1; DAVI ROCHA MACAMBIRA ALBUQUERQUE1; JOSÉ EVERARDO SILVEIRA NETO1; ADAUTO CAPISTRANO ABREU DA PONTE2; JOSÉ NEY PRIMO FEITOSA2; MARCOS ANTÔNIO ARAGÃO DE MACÊDO2. 1. UNIVERSIDADE DE FORTALEZA, FORTALEZA - CE - BRASIL; 2. SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL SÃO RAIMUNDO, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O câncer colorretal (CCR) tem grande importância epidemiológica, visto ser o 3º tipo mais incidente no Brasil. Apesar da grande prevalência, a mortalidade pelo CCR vem caindo cerca de 3% ao ano desde os anos 1990, especialmente, devido aos protocolos de rastreio e aprimoramento do tratamento, porém essa redução é questionada por alguns trabalhos. Nesse contexto, a porção colônica mais acometida é o Sigmóide (25% dos CCRs) e o local de menor incidência é o cólon descendente (5% dos CCRs). Com efeito, esse câncer pode se apresentar desde uma forma assintomática até com quadro obstrutivo grave, caracterizando uma urgência proctológica, como no presente estudo. Dessa forma, a correta indicação cirúrgica e a detecção precoce são a chave para o sucesso terapêutico desses pacientes. Relato: Paciente 65 anos, masculino, foi admitido no serviço de Coloproctologia, relatando perda ponderal de aproximadamente 12% de seu peso passado e alterações dos hábitos intestinais nos últimos 3 meses, com redução do calibre das fezes e presença de sangue e muco. Paciente sem comorbidades ou história de cancer colorretal na família bem como sem cirurgias prévias. Ao exame físico, paciente encontrava-se consciente, orientado, hipocorado e em regular estado geral. Abdome globoso, hipertimpânico, ruídos hidroaéreos hipoativos, levemente doloroso à palpação de flanco esquerdo, não foi palpado massas. Ao toque retal, percebeu-se sangue discreto e sem fezes. Procedeu-se com a realização de colonoscopia, em que foi visualizada lesão tumoral em cólon descendente totalmente obstrutiva, o que impossibilitou a progressão do colonoscópico. Foi biopsiada e o histopatológico revelou adenocarcinoma. Optou-se pelo tratamento cirúrgico. No intaoperatório, observou-se extensa dilatação de alças colónicas com risco iminente de perfuração principalmente de ceco. Assim, foi realizada colectomia total mais linfadenectomia e confecção de ileostomia. Paciente evoluiu bem no pós-operatório, tendo alta hospitalar em 7 dias. Conclusão: Dessa forma, apesar de menos prevalente, adenocarcinoma de cólon descendente é uma realidade e por ser, muitas vezes, assintomático, o paciente só é diagnosticado quando há crescimento da massa, que pode estar associada a complicações, destacando-se no presente estudo o megacólon tóxico, em que a abordagem cirúrgica rápida e invasiva foi necessária e efetiva para a resolução de tal urgência coloproctológica e garantia de um melhor prognóstico para o paciente.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2758

TÍTULO DO TRABALHO: MELANOMA PRIMÁRIO DE CANAL ANAL

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LEONARDO SILVA SOARES1; NATALIA GOMES CARDOSO E SILVA2; VANESSA DA SILVA AZAMBUJA RIBEIRO2; HELIO MACHADO VIEIRA JUNIOR2. 1. HOSPITAL ISRAELITA ALBERT SABIN, SÃO BERNARDO DO CAMPO - RJ - BRASIL; 2. HOSPITAL ISRAELITA ALBERT SABIN, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O melanoma anorretal é uma neoplasia rara que representa cerca de 0,5 ? 2% dos tumores anorretais. Correspondem a 1% de todos os melanomas e possui pior prognóstico quando comparado ao cutâneo. Apresentações comuns para melanoma anorretal incluem sangramento transanal, dor, alteração nos hábitos intestinais ou uma massa retal que pode se exteriorizar pelo ânus. O diagnóstico diferencial com outras doenças orificiais é comum sendo o diagnóstico definitivo sempre dependente da análise histopatológica e imuno-histoquímica do material. A principal modalidade terapêutica é o tratamento cirúrgico, sendo a amputação abdominoperineal ou a excisão local ampla as abordagens mais comuns. ?RELATO DE CASO: Relatamos um homem de 73 anos, hipertenso e etilista crônico apresentando massa na região anal com sangramento ativo que evoluiu com sub oclusão intestinal. Foi submetido a ressecção local ampla da lesão com preservação do esfíncter e diagnóstico histopatológico de melanoma primário de canal anal confirmado por estudo imuno-histoquímico com marcadores HMB45 e Melan A positivos. CONCLUSÃO: Não há consenso na literatura sobre qual abordagem cirúrgica é favorável. O prognóstico é ruim devido ao diagnóstico tardio e a maioria dos pacientes morrem portadores de metástases. As terapias adjuvantes e neo-adjuvantes não fornecem um benefício significativo para o paciente e as suas indicações ainda são muito restritas sem existir um protocolo de tratamento bem definido.

CODIGO DO TRABALHO: 999

TÍTULO DO TRABALHO: METÁSTASE CEREBRAL E CÂNCER COLORRETAL: UMA EVOLUÇÃO SOMBRIA. RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: IGOR LUIZ ARGANI; LUIS RENATO RODRIGUES ARNONI; RAMON FÉLIX MARTINS FERNANDES; THOMAS EDUARDO JERUSALMY; LUIZ GUSTAVO MARTINS BURANELLO; SANDRA DI FELICE BORATTO; ARTHUR MEDEIROS ÁLVARES DA SILVA. FACULDADE DE MEDICINA DO ABC, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O câncer colorretal possui alta prevalência em ambos os sexos, segundo dados do INCA. Os sítios mais frequentes de metástase são fígado e pulmão. Embora metástases cerebrais sejam relativamente raras (2% a 12% dos casos), apresentam impacto importante no prognóstico do paciente com tal condição. A sobrevida média daqueles com lesão metastática cerebral é de 2-4 meses, além dos acometimentos envolvendo funções como a linguagem, mobilidade e cognitiva. Mesmo que a investigação rotineira de metástase cerebral para câncer colorretal usualmente não seja empregada, esta deve ser considerada, já que o tratamento adequado e precoce pode elevar substancialmente a sobrevida dos pacientes.Relato de caso: Em nosso estudo de caso, relatamos o caso de uma paciente do sexo feminino com diagnóstico de adenocarcinoma de reto médio que durante o preparo para tratamento radioterápico e quimioterápico passou a apresentar sintomas de comprometimento neurológico, sendo então diagnosticada com metástase cerebral, o que foi o fator determinante para falha terapêutica e morte precoce. Após o diagnóstico endoscópico de adenocarcinoma de reto médio, o estadiamento clínico demonstrou sinais de metástases pulmonares bilateralmente. Não foram achados sinais de metástase hepática. Somente após a paciente começar a apresentar parestesia rapidamente progressiva de membro superior direito foi realizada ressonância magnética encefálica evidenciando lesão cerebral. Em 65% dos casos de metástase pulmonar, estão associadas metástases em outros sítios, como o sistema nervoso central. O tratamento com cirurgia seguida de radioterapia cerebral total pode elevar substancialmente a sobrevida dos pacientes, passando de uma sobrevida média de 4 meses para 13 meses de acordo com estudos recentes, quando o diagnóstico da metástase é precoce. Desta forma, apesar dos altos custos da realização de tomografia em sistemas públicos de saúde, a pesquisa ativa de metástase cerebral deve ser levada em consideração.Conclusão: Em virtude do exposto, racionalizando o custo para o sistema de saúde de diagnósticos precoces e tardios, e sabendo que metástases cerebrais são mais comuns para neoplasias de reto médio e inferior, parece adequado incluir no estadiamento inicial desses doentes uma tomografia ou ressonância cerebral como uma questão de saúde pública, apenas para neoplasia de reto médio e inferior.

CODIGO DO TRABALHO: 3104

TÍTULO DO TRABALHO: METÁSTASE CUTÂNEA DE NEOPLASIA COLORRETAL: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FELIPE DE SOUZA DE BARROS CORREA1; PATRÍCIA MORAES2; ARETUSA KRUCHINSKI1; RAFAEL FELIX SCHLINDWEIN1; MARIA GABRIELA LAZCANO ALVES FERREIRA SCHLINDWEIN1; MURILO DALLA COSTA1; JOEL ANTONIO BERNHARDT1; MARILIA HIRTH RIBAS1. 1. HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN, BALNEÁRIO CAMBORIU - SC - BRASIL; 2. HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN, CAÇADOR - SC - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O câncer colorretal é a terceira neoplasia mais comum quando não consideramos o câncer de pele não melanoma[1]. Metástases cutâneas de neoplasias internas são raras, ocorrendo em 0,7 a 9,0% de todos os casos. As neoplasias que mais frequentemente metastatizam para a pele são o câncer de mama e o de pulmão[2]. A metástase cutânea do câncer colorretal é raríssima e geralmente aparece nos primeiros dois anos após a ressecção do tumor primário. É um sinal de lesão agressiva, com estadiamento avançado e com prognóstico ruim[3].Descrição: M.E., feminino, de 53 anos, com diagnóstico de adenocarcinoma pouco diferenciado de reto inferior por biópsia realizada via colonoscopia, evidenciando lesão úlcerovegerante em parede anterior do reto inferior. Estadiamento clínico cT4N1M0, com invasão do septo retovaginal. Submetida a sigmoidostomia em alça um mês após o diagnóstico, por obstrução intestinal, enquanto aguardava início da terapia neoadjuvante. Realizou tratamento neoadjuvante com quimioterapia e radioterapia com término 5 meses após o diagnóstico. Encaminhada para cirurgia com intenção curativa 8 semanas após termino do tratamento neoadjuvante, sendo constatado no transoperatório implantes secundários nos segmentos hepáticos V e VI, nodulação de aproximadamente 3 cm no mesentério e impressão de lesão fixa na pelve. Foi observada também nodulação cutânea em topografia de hipocôndrio direito, na parede abdominal, de consistência endurecida e hiperemia da pele adjacente. Optado por realizar biópsia excisional da lesão cutânea e incisional dos implantes hepáticos, com envio para análise anatomopatológica por congelação, sendo constatado adenocarcinoma de padrão intestinal em ambas as peças. Diante desses achados o procedimento foi interrompido e mantida a sigmoidostomia em alça. Paciente evoluiu com piora do estado geral no pós-operatório, foi a óbito no 13° dia após a cirurgia devido à sepse de foco abdominal.Conclusão: A presença de metástase cutânea do câncer colorretal indica uma doença avançada, com prognóstico reservado. A lesão cutânea não tem aspecto definido, porém, na maioria dos casos apresenta aspecto inflamatório, com dimensões menores de dois centímetros e é indolor. Normalmente é identificada durante o seguimento dos pacientes com neoplasia colorretal e é incomum ser a manifestação primária dessa doença.

CODIGO DO TRABALHO: 2689

TÍTULO DO TRABALHO: METÁSTASE DE ADENOCARCINOMA COLORRETAL PARA TIREÓIDE: uma raridade ou uma doença subdiagnosticada?

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FILIPE NACLE TOLEDO GANNAM1; CLARA YOUNG KIM2; MARIANA CARNEIRO RAIO2. 1. BENEFICIENCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO, SÃO LOURENÇO - MG - BRASIL; 2. BENEFICIENCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO:O adenocarcinoma é o tipo histológico que mais acomete o cólon, sendo a terceira neoplasia mais incidente no mundo.No Brasil,é o quarto tumor mais incidente.Há cinco vias de disseminação conhecidas.O tratamento é remoção cirúrgica com margem de segurança e ressecção dos linfonodos correspondentes à sua drenagem;podendo complementar com quimioterapia, radioterapia e imunoterapia.Apresentamos um caso de metastáse do tumor colorretal para tireóide e revisão da literatura,para contribuir na discussão do tema,fornecendo uma base que possibilite uma visão mais clara da doença.RELATO DE CASO:O.A.S,56 anos,feminino,hipertensa,dislipidêmica,iniciou aumento de volume abdominal com náuseas,vômitos e obstipação intestinal.Submetida à laparotomia exploradora com colectomia direita por tumor.O exame histopatológico confirmou adenocarcinoma infiltrativo em cólon direito,de 7,5 cm com margens livres e 5 linfonodos sem comprometimento(pT3, PN0, pMx).Em 10/2014,realizou TC de tórax,abdome e pelve,com imagem nodular hipodensa em lobo esquerdo de tireoide,de 2,4 x 1,8 centímetros,opacidades nodulares pelo parênquima pulmonar bilateral, formações nodulares esparsas no lobo direito hepático com contornos irregulares e margens mal definidas,realce heterogêneo após administração de contraste,com wash out precoce.Em novembro/2014,foi realizada PAAF nos nódulos tireoidianos,que evidenciou carcinoma pouco diferenciado,com necrose.Submetida a tireoidectomia radical e esvaziamento recorrencial bilateral,com diagnostico imuno-histoquímico:lobo esquerdo-carcinoma folicular encapsulado,minimamente invasivo,de 1,6 cm,presença de metástase de adenocarcinoma de 2 mm em nódulo tireioidiano.Após quimioterapia,os nódulos hepáticos diminuíram,sendo biopsiados em 03/2016 sem sinais de malignidade.Após seis meses,evidenciou-se nódulos esparsos nos pulmões e nódulo calcificado no lobo inferior direito com linfonodos calcificados no hilo.Fígado com piora no numero e dimensões dos nódulos.O paciente em quimioterapia adjuvante,aguarda investigação pulmonar.CONCLUSÃO:A metástase do câncer colorretal para tireoide apresenta número restrito de casos na literatura e pode ser subdiagnósticada devido à falta de sintomas e à inalteração na sobrevida em dez anos em pacientes operados ou não. Alerta-se a alta incidência de metástases para tireóide não diagnosticadas,descobertas por autopsia.Observa-se que o fato de diagnosticar ou não,parece não exercer efeito na sobrevida em 10 anos.

CODIGO DO TRABALHO: 1559

TÍTULO DO TRABALHO: Metástase esplênica isolada de carcinoma de cólon.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RODRIGO PETERSEN SAADI; RODRIGO FURIAN EL AMMAR; THIAGO PICOLLI MORSCH; RAFAEL COSTA E CAMPOS; MARCELO GARCIA TONETO. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoMetástases esplênicas solitárias são achados extremamente raros. Até 2016, apenas 18 casos de metástases esplênicas únicas secundárias à neoplasia colorretal haviam sido relatados na literatura. As apresentações mais comuns de metástase esplênica são de tumores primários de pulmão, ovário, colo uterino, estômago, cólon, mama, bexiga e pele. O objetivo dos autores é apresentar um caso de metástase esplênica de câncer de cólon diagnosticada 4 anos após o tratamento do tumor primário.Relato de casoHomem, 74 anos, assintomático, com história prévia de neoplasia colorretal, traz resultado de tomografia computadorizada de controle com lesão hipodensa de 2,1cm no baço. Acompanhamento mostrou aumento da lesão para 6 cm em nove meses. Neste momento, o paciente foi encaminhado para equipe cirúrgica, e indicada a esplenectomia. O laudo anatomopatológico foi adenocarcinoma com produção de muco extracelular. Paciente segue em acompanhamento ambulatorial, sem sinais de metástases 18 meses após o procedimento de esplenectomia.ConclusãoMetástase esplênica de câncer colorretal é um achado extremamente incomum, e pouco se sabe sobre sua epidemiologia e comportamento biológico. No acompanhamento de pacientes com câncer colorretal deve-se prestar atenção em massas esplênicas, visto que a esplenectomia precoce parece aumentar a sobrevida desses pacientes.

CODIGO DO TRABALHO: 910

TÍTULO DO TRABALHO: METÁSTASE PULMONAR TARDIA DE ADENOCARCINOMA DE RETO APÓS 9 ANOS DE SEGUIMENTO ONCOLÓGICO REGULAR: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DIEGO PALMEIRA RANGEL; LAERCIO ROBLES; ALEXANDER DE SA ROLIM; HUGO HENRIQUES WATTE; ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; ROGÉRIO FREITAS LINO DE SOUZA; EDUARDO AUGUSTO LOPES; JANAINA WERCKA. HOSPITAL SANTA MARCELINA, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A recidiva do câncer colorretal pode ocorrer em meses ou anos após o tratamento, sendo descrito na literatura recidiva em 40% dos pacientes em até 2 anos. Metástases pulmonares são apresentações raras de recidiva, sendo as metástases hepáticas e locorregionais as mais frequentes.Objetivo: Relatar caso de paciente em seguimento oncológico a longo prazo após tratamento cirúrgico para adenocarcinoma de reto alto, apresentando recidiva pulmonar tardia.Relato do caso: Masculino, 42 anos, hipertenso, história prévia de hematoquezia iniciada há 10 anos associado a perda ponderal de 7 kg em 3 meses no período, buscou atendimento médico, sendo realizado colonoscopia que progrediu até ileo terminal, evideciando tumoração ulcero-vegetante, friável a 12 cm da borda anal, com anátomo-patológico revelando adenocarcinoma. Apresentava exames de imagem de estadiamento com espessamento em transição retosigmoideana, sem sinais de doença a distância, e antígeno carcinoembrionário (CEA) de 1,4ng/ml. Foi submetido a retossigmoidectomia com confecção de ileostomia em alça protetora com anastomose colorretal a 6cm da borda anal. A análise histopatológica revelou adenocarcinoma de reto, com 10 linfonodos ressecados, sem acometimento neoplásico, T3N0M0. Realizou Quimioterapia e Radioterapia adjuvante e foi submetido a fechamento de ileostomia em alça protetora, permanecendo em seguimento oncológico ambulatorial regular com Equipes de Coloproctologia e Oncologia Clínica, sem sinais de recidiva por exames de imagem, marcadores tumorais e colonoscopias. Após 9 anos de seguimento paciente referiu quadro de tosse persistente, trazendo CEA alteraldo de 171ng/ml (último de 1,2ng/ml), sendo realizado exames de imagem e colonoscopia, com Tomografia de Tórax evidenciando tumoração irregular medindo 7 cm em região apical a esquerda com sinais de invasão mediastinal, englobando artéria pulmonar esquerda e nódulos pulmonares bilaterais. Paciente foi submetido a broncoscopia com resultado anátomo-patológico e imunohistoquimico revelando adenocarcinoma em mucosa brônquica que sugere origem de cólon/reto. Conclusão: O seguimento oncológico regular no câncer colorretal é de extrema importância para o diagnóstico precoce e tratamento adequado da recidiva colorretal. A possibilidade de recidiva tardia, como relatado no caso, demonstra a prudência em adotar um tempo de seguimento prolongado no tratamento do paciente com câncer colorretal.

CODIGO DO TRABALHO: 921

TÍTULO DO TRABALHO: MIÍSE EM PROLAPSO RETAL: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LUCIANNE THAIS ALVES NOGUEIRA1; BRUNO CEZAR PASSOS SANTANA1; WAGNER VILLAR LIGNANI KASCHER1; RICARDO ANTONIO DELLA LUCIA1; DANIEL MATEUS CABRAL PINTO1; LUIZ FELIPE MOREIRA NOGUEIRA1; RENATO MOKDECI KHOURI1; MARCELO HENRIQUE ALVES NOGUEIRA2. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA, VIÇOSA - MG - BRASIL; 2. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOA miíase é uma zoodermatose caracterizada pelo acometimento de órgãos ou tecidos do homem e de outros animais. A principal forma de apresentação é a infecção cutânea, seguida pelo acometimento cavitário de áreas desnudas - ouvidos, olhos, boca e nariz. Raros são os relatos de lesões em ânus e vagina, em virtude do uso de vestimentas. Ocorre com frequência em países tropicais, acometendo mais habitantes da zona rural. Em áreas urbanas, a infestação acomete, na maioria das vezes, as regiões expostas do corpo, em indivíduos com hábitos precários de higiene, baixo nível de instrução, distúrbios psiquiátricos, etilistas e imunodeprimidos. As manifestações clínicas variam de acordo com o sítio infectado apresentando-se, geralmente, com prurido e dor. O tratamento consiste na remoção mecânica das larvas e desbridamento cirúrgico dos tecidos desvitalizados a fim de evitar infecção bacteriana secundária e reação inflamatória.RELATO DE CASOJ.O, 64 anos, masculino, lavrador, proveniente da zona rural, buscou atendimento no pronto socorro do Hospital São Sebastião em Viçosa-MG com queixa de dor, prurido e secreção serosa em região anal iniciado há 01 mês. À inspeção perianal, foram visualizadas numerosas larvas de miíase, descontinuidade da mucosa anal e prolapso retal. O paciente foi encaminhado ao bloco cirúrgico para retirada mecânica de aproximadamente 30 larvas e desbridamento cirúrgico, sob raqui anestesia. Feito curativo local oclusivo com vaselina e administrada dose única de Ivermectina 6mg, 02 comprimidos via oral. Durante os dias de internação ainda houve eliminação de larvas e com a melhora do quadro recebeu alta hospitalar. Manteve segmento no ambulatório de coloproctologia e, após 6 meses, foi submetido a cirurgia de correção do prolapso retal, sob técnica de Delorme.CONCLUSÃO O acometimento da miíase retal em prolapsos é raro e deve ser prontamente diagnosticado e tratado. Na literatura atual não há dados referentes à incidência da infestação por miíase em prolapso retal. Alguns relatos de casos foram eventualmente descritos. O prolapso retal extenso, em pacientes que evacuam sem saneamento básico, pode deixar a mucosa retal exposta a bactérias e larvas facilitando a infestação por larvas de miíase. Este é o possível mecanismo fisiopatológico do caso estudado. Este relato reforça a necessidade contínua da educação em saúde e enfatiza a importância dos hábitos de higiene na população para prevenção e promoção da saúde.

CODIGO DO TRABALHO: 523

TÍTULO DO TRABALHO: Mortalidade por câncer cólon e reto no município de João Pessoa, Paraíba: análise de 2012 a 2016.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: HOMERO MEDEIROS DE OLIVEIRA JUNIOR1; MARLA MIKAELY DANTAS DE MEDEIROS2. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA, JOAO PESSOA - PB - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA, BOA VISTA - RR - BRASIL.

RESUMO:
Objetivos: Identificar as características e distribuição da mortalidade por câncer de cólon e reto, nos últimos 05 anos, no município de João Pessoa, Paraíba.Método: realizou-se estudo transversal retrospectivo para estimar freqüência de mortalidade por câncer de colorretal, de 2012 a 2016, estratificando os dados por sexo, faixas etárias e raça/cor; através do banco de dados TABNET-PB, Sistema de Informação de Mortalidade, da secretaria municipal de saúde deste município, que possui atualização semanal.Resultados: a mortalidade por esta neoplasia aumentou em 44%, após 5 anos, o que corresponde a 22 casos a mais, de um total de 278 óbitos registrados. O sexo feminino foi o mais afetado, representando 65% dos casos. Entre a população declarada parda encontramos 52,5% dos casos, seguido da branca com 39,2% e dos negros com 5,03%. Entre faixas etárias, há maiores taxas de óbitos em maiores de 80 anos (23%), seguido dos usuários entre 60-69 e 70-79, com frequencia de 20,8%; 50-59 com 17,6%; 40-49 com 9,7%; e 8,0% tinham menos de 40 anos.Conclusões: Ao contrário das estimativas brasileiras e mundiais, em nosso estudo, encontramos maiores índices de mortalidade entre a população masculina, uma vez que a incidência da neoplasia é semelhante entre os sexos, mas a mortalidade é maior entre homens. É a quarta causa de morte entre as neoplasias malignas no Brasil.Como doença relacionada ao estilo de vida, além de fatores genéticos, encontramos maiores taxas de mortalidades a partir da sexta década de vida, assim como as estimativas mundiais da doença.Bibliografia:DATASUS. Sistema de Informações sobre mortalidade. Disponível em: http://tabnet.saude.pb.gov.br/tabnet/deftohtm.exe?tabdo/sim_estado.def . Acessado em 06/02/2017.INCA. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva ? Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf. Acessado em 09/02/2017.MENEZES CCS et al. Câncer Colorretal na População Brasileira: Taxa de Mortalidade no Período de 2005-2015. Revista Brasileira Em Promoção Da Saúde . Abr-Jun2016, Vol. 29 Issue 2, P172-179. 8p.

CODIGO DO TRABALHO: 2267

TÍTULO DO TRABALHO: NEOPLASIA MUCINOSA DE BAIXO GRAU: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOSÉ CALIXTO DA SILVA NETO1; MARINA DANTAS HENRIQUE2; CAMILLA DE ALMEIDA FRANCA FALCÃO2; KARINE ABREU TAVARES2; MARCELO GONÇALVES SOUSA3; MARILIA MEDEIROS DA SILVA2; JOSÉ GERALDO TENÓRIO DE BRITO BARBOZA2; VINICIUS BEZERRA GUERRA1. 1. FAMENE, JOAO PESSOA - PB - BRASIL; 2. FAMENE, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 3. UFPB, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOAs neoplasias mucinosas de apêndice abrangem tumores que acumulam material mucoide no órgão. Correspondem a 1% das neoplasias colorretais, tendo uma prevalência igual para homens e mulheres após os 50 anos. A maioria das mucoceles de apêndice surgem secundária à obstrução da via de saída do apêndice, produzindo acúmulo do muco intraluminal. As neoplasias mucinosas de apêndice são divididas em: Adenocarcinoma Mucinoso e a Neoplasia Mucinosa de Baixo Grau. Os tumores mucinares apendiculares de baixo grau, com crescimento lento, incluem aqueles que estão confinados à mucosa e que são classificados como adenomas e aqueles que exibem invasão expansiva que podem se disseminar na cavidade peritoneal, com acúmulo de células neoplásicas secretoras de mucina dentro da cavidade peritoneal. Ainda há duvida na melhor opção cirúrgica no intraoperatório e após o anatomopatológico.RELATO DE CASOIdoso, 69 anos, com queixa de nictúria e massa móvel e indolor em hipocondrio direito com aproximadamente 15 cm. Ultrassom mostrou um cisto mesentérico em flanco direito. Para melhor avaliação foi solicitado uma tomografia computadorizada de abdômen inferior, com um diagnóstico de formação expansiva sólido-cística na região de flanco direito, 10,5 x 5,6 x 4,8 cm, com origem idefinida e colonoscopia que apresentava uma compressão e um adenoma com displasia de baixo grau em ceco. Submetido a videolaparoscopia que evidenciou massa grande apendicular com mais ou menos 15 cm, sendo móvel e sem infiltração. Submetido a apendicectomia por videolaparoscopia com uso de grampeador 45mm e margem de 2 cm, sem sinais de implantes em peritônio. Anatomopatológico evidenciou neoplasia mucinosa de baixo grau de apêndice medindo 15,0 cm no maior eixo, com margem cirúrgica livre. No pós-operatório o paciente apresentou boa evolução, sem queixas e com padrões hemodinâmicos e clínicos estáveis. CONCLUSÃOPacientes com neoplasia mucinosa de baixo grau confinados ao apêndice, o envolvimento da margem do apêndice por epitélio neoplásico ou mucina acelular não prevê a recorrência da doença, mesmo sem cirurgia adicional. Uma abordagem conservadora para o manejo desses pacientes pode ser justificada. Diferentemente dos tumores originados a partir de um adenocarcinoma apendicular, não há indicação de realizar de uma colectomia direita. A intervenção cirúrgica, na maioria das vezes, é curativa e o prognóstico favorável.

CODIGO DO TRABALHO: 2664

TÍTULO DO TRABALHO: Neoplasias mucinosas de apêndice: relato de caso e revisão de literatura

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCELA SILVA VIEIRA1; PERICLES JOSE OLIVEIRA1; EDUARDO LAFAYETTE MONTEIRO1; LETÍCIA AIRES BENJAMIN1; THIAGO ALEXANDRE MACEDO DE AZEVEDO1; INNARTHA LISLEY MANIÇOBA XAVIER1; ANA CELI LEANDRO NOBREGA DE ALMEIDA2; SAMAYA SHELDAN LOPES BARBOSA2. 1. HOSPITAL MUNICIPAL SANTA ISABEL, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
Neoplasias mucinosas de apêndice: relato de caso e revisão de literaturaMarcela Silva Vieira; Péricles José Carvalho de Oliveira; Thiago Alexandre Macedo de Azevedo; Letícia Aires Benjamin; Eduardo Lafayette Monteiro; Innartha Lisley Maniçoba Xavier; Ana Celi Leandro Nóbrega de Almeida; Samaya Sheldan Lopes BarbosaInstituição: Hospital Municipal Santa Isabel, João Pessoa/PBIntrodução Essa patologia tem poucos achados específicos, se aproximando do quadro clínico de apendicite aguda ou como achado acidental radiológico, raramente sendo diagnosticado no pré ou intraoperatório. A maioria das mucoceles de apêndice surge secundária à obstrução da via de saída do apêndice, produzindo acúmulo de muco intraluminal. A etiologia das neoplasias mucinosas não é bem esclarecida, porém estudos sugerem fatores relacionados ao de estilo de vida e dieta, mais comumente diagnosticadas em pacientes com doença inflamatória intestinal. Sua incidência varia entre 0,2-0,5% de todos os tumores do TGI e, aproximadamente, 1% das neoplasias colorretais. O prognóstico, em geral, é bom. Relato de Casos M.L.S.C, 62, feminino, assintomática, foi atendida em 09/2016 após ser submetida a ultrassonografia (US) abdominal solicitada em consulta de rotina. Nega perda ponderal, alteração do hábito intestinal, sangramento digestivo ou outras queixas. Sem antecedentes para neoplasias. A US evidenciava formação expansiva sólido-cística na região de FID, com predomínio de conteúdo sólido, paredes finas e regulares, medindo 6x2cm. A TC de abdome com contraste mostrou o mesmo achado da US. O CEA não foi solicitado. Devido à natureza inespecífica dos achados foi submetida à VDL diagnóstica. O achado cirúrgico foi um apêndice aumentado de volume, sem linfonodos ou sinais macroscópicos de tumor; não foram observadas alterações em cavidade abdominal ou pélvica, a peça foi retirada intacta. A massa media aproximadamente 7x2cm e apresentava uma fina parede fibrosa e conteúdo mucoide hemorrágico viscoso sem lesão mucosa. A histologia mostrou-se tratar de um adenocarcinoma mucinoso com margem comprometida. Após 15 dias do primeiro procedimento, paciente foi submetida à hemicolectomia direita. O exame anatomopatológico da peça revelou ausência de neoplasias e linfonodos livres de tumor. Após a alta hospitalar, a paciente foi encaminhada ao serviço de Oncologia onde se encontra em acompanhamento clínico. Hoje, 5 meses após a cirurgia, não apresenta sinais clínicos e radiológicos de metástases ou tumores sincrônicos. Conclusão Devido a pouca especificidade dos sintomas, diagnóstico pré-operatório pouco frequente, sendo a maioria dos casos diagnosticados após apendicectomia, tendo em vista os pacientes serem assintomáticos. A cirurgia é o tratamento de eleição, sendo a via laparoscópica uma opção possível, desde que medidas de segurança sejam seguidas rigorosamente.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 430

TÍTULO DO TRABALHO: NEUROFIBROMATOSE ASSOCIADA A NEOPLASIA COLORRETAL: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: IGOR ARANTES DE OLIVEIRA GÓES; KAREN MAYURI KATO; PAULA CRISTINA STEFFEN NOVELLI; RODRIGO SADER HECK; DENISEGRAFFITTI D?AVILA; VITOR RAFAEL PASTRO; DANILO TOSHIO KANNO; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A neurofibromatose (NF) é uma patologia autossômica dominante causada pela mutação do gene NF1, com penetrância completa, acometendo igualmente ambos sexos. A alteração do gene acarreta na incapacidade de síntese de neurofibromina, moduladora da atividade de crescimento e diferenciação de células na vida intrauterina. Essa mutação predispõe os pacientes portadores dessa patologia ao desenvolvimento de neoplasias benignas ou malignas. A NF foi primeiramente descrita por Von Recklinghausen em 1882, apresentando a incidência de 1/3000 nascidos vivos. A literatura mostra que a NF1 reduz a expectativa de vida em 10 anos, sendo as neoplasias malignas as causas mais comuns de morte, com cerca de 3 a 15%, sendo o trato gastrintestinal um dos mais prevalentes. Relato do Caso: Homem, 70 anos, de ascendência nipônica, com queixa de hematoquezia há 8 meses, e alteração do hábito intestinal. Negava perda ponderal ou demais queixas. Antecedente pessoal: hipertensão arterial, gastrectomia subtotal B2 por doença ulcerosa péptica há 30 anos (endoscopia de controle dentro da normalidade) e etilista, negava tabagismo. O exame físico evidenciava múltiplos neurofibromas cutâneos, principalmente em dorso. Exame proctológico dentro da normalidade. O exame endoscópico evidenciou lesão ulcerada infiltrativa em sigmoide, com resultado anátomo patológico de adenocarcinoma moderadamente diferenciado de sigmoide. O paciente foi estadiado e submetido a retossigmoidectomia anterior por via convencional e biópsia de algumas lesões cutâneas. Como resultado anatomopatológico veio T3N0M0 (30 linfonodos isolados) e neurofibroma cutâneo. Não foi proposto terapia adjuvante pelo departamento da Oncologia. O paciente segue em acompanhamento ambulatorial há 18 meses. Conclusão: Idenfica-se a correlação da neurofibromatose com neoplasia do trato gastrintestinal. No presente caso, relatamos um caso de paciente idoso portador de NF1 confirmado por exame patológico e submetido a ressecção cirúrgica de adenocarcinoma de cólon sigmoide. Isso demonstra a necessidade de investigação nos pacientes portadores de NF1 devido ao risco adicional de desenvolvimento de neoplasias, principalmente com sintomatologia, e, reforça a literatura que aponta a coexistência de múltiplas manifestações clínicas da NF1 e aparição de adenocarcinomas em fases tardias.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1489

TÍTULO DO TRABALHO: O impacto da colostomia na vida de seus portadores

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: KARIS DE CAMPOS AMARAL1; LUIZ HENRIQUE BENITES BOT1; PRISCILA ARGENTO REBELO1; ANDY PETROIANU2; IVONE PANHOCA1. 1. UNIVERSIDADE DE MOGI DAS CRUZES, MOGI DAS CRUZES - SP - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: É bastante importante pensar que além das alterações anátomo-fisiológicas que o indivíduo colostomizado sofre, há as alterações psico-sociais e emocionais (SALOMÉ et al., 2014). Problemas sexuais, depressão, insatisfação com a aparência e com os sons da ostomia são algumas dificuldades encontradas por seus portadores (VONK-KLAASSEN, 2016). Portanto, há o isolamento do indivíduo e la percepção deste que as pessoas com quem ele convivia se afastam (SOUSA, 1999). Assim, há necessidade de o médico que vai dar assistência a esse indivíduo estar consciente das alterações que o afligem devido à colostomia (HIRANO et al., 2013). OBJETIVO: avaliar o impacto emocional, psíquico, sexual, social e profissional, pré e pós colostomia, em indivíduos colostomizados. MÉTODO: foi realizado em duas etapas com participação de 15 indivíduos em um hospital. Na primeira houve avaliação dos aspectos citados no momento pré-operatório à cirurgia de colostomia. Na segunda foram avaliados os mesmos aspectos seis meses após a cirurgia. Tal avaliação se deu pela aplicação de um questionário com 16 questões objetivas. RESULTADOS: Dos entrevistados, 53,64% diminuíram a vontade de sair e fazer atividades fora do lar, com significância estatística de p = 0,001. Quanto ao ambiente instalado, em 53,85% dos entrevistados apresentaram percepção de piora do ambiente. Em relação à atividade física, 66,65% dos participantes apresentaram diferença no desempenho da atividade física pós-colostomia, sendo este dado estatisticamente significante com p = 0,001. O ambiente esportivo não mudou para 50% dos participantes. A sexualidade do paciente evidenciou grande decaimento com significância estatística (p=0,008). CONCLUSÃO: Foi perceptível o impacto que a colostomia gerou na vida de seus portadores nos aspectos avaliados, sendo de grande importância a indicação criteriosa desse procedimento ao paciente. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Hirano HKM, Seid VE, Galvão FHF, D?Albuquerque LAC. Transplante anorretal como proposta terapêutica. Rev Med. 2013;92(1):34-42.Salomé GM, Almeida SA, Silveira MM. Quality of life and sel-esteem of patiens with intestinal stoma. J coloproctol. 2014;34(4):231-39.Sousa SMA. Qualidade de vida em clientes ostomizados. Text Cont Enferm. 1999;8(3):162-82.Vonk-Klaassen SM, de Vocht HM, den Ouden ME, Eddes EH, Schuurmans MJ. Ostomy-relates problems and their on quality of life colorectal câncer ostomates: a systematic review. Quality Life Research.2016;25(1):125-133.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2358

TÍTULO DO TRABALHO: OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR HÉRNIA INTERNA E VOLVO CECAL (CECO MÓVEL)

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANNA LUIZA SOUZA; JOAO BATISTA VIEIRA DE CARVALHO; ANA LUCIA CARVALHO; ALINE STIVANIN TEIXEIRA; JESSICA DANIELE MARQUES; ALEX SILVA ALMEIDA; HENRIQUE AMANCIO FERREIRA; LARA VARINI SOARES. UNIFENAS, ALFENAS - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O ceco móvel é uma variação anatômica embriológica do cólon ascendente e/ou do ceco, resultante da descida incompleta desse segmento do intestino grosso e da sua não fixação no peritônio da goteira parieto-cólica direita. A falta dessa fusão permite movimentação do ceco e/ou do cólon ascendente facilitando a torção sobre seu eixo longitudinal ou a dobra medial do ceco sobre si permanecendo aposto em sua borda medial à borda medial do cólon ascendente, ocorrendo em 10 a 30% das pessoas.RELATO DE CASO: Paciente de 19 anos de idade, sexo masculino, deu entrada no Serviço de Cirurgia do HUAV com quadro de dor abdominal em cólica, difusa, queda do estado geral, febril, vômitos incoercíveis de início há doze horas. Apresentava-se desidratado, taquicárdico e hipocorado (+/4+). Ao exame físico, observou-se presença de massa palpável em fossa ilíaca esquerda e epigástrio, além de peristaltismo de luta visível à inspeção. Toque retal sem alterações. Exames laboratoriais: Presença de leucocitose de 15.500 com 70% de segmentados. Rx de abdome: Presença de níveis hidroaéreos e distensão gasosa de alças do grosso intestino e delgado. Ultrassonografia abdominal: Inconclusiva. TC de abdome: compatível com volvo colônico. Paciente conduzido ao bloco cirúrgico e submetido à laparotomia exploradora que revelou hérnia interna do ceco que se encontrava móvel com pedículo mesentérico alongado e posterior as alças de jejuno e mesentério, cianótico, extremamente distendido. Feito redução da hérnia interna (volvo do ceco e cólon ascendente), aspiração do conteúdo entérico por enterotomia descompressiva. Fixação do ceco ao peritônio da goteira parieto-cólica direita com pontos de Prolene 30, lavagem exaustiva da cavidade e laparorrafia. Paciente evoluiu bem no pós-operatório com retorno da dieta em 4º dia pós-operatório e alta no 10º dia pós-operatório.CONCLUSÕES: No presente caso o diagnóstico foi feito com base no exame clínico com auxílio dos exames de imagem (Radiografia, TC de abdome). O tratamento cirúrgico é imperativo, com redução da hérnia de ceco móvel e fixação ao peritônio da fossa ilíaca direita, conduta adotada no presente paciente.BIBLIOGRAFIA: 1. Marques dos Santos, CH; Marão, RF; Bezerra, FMM. Síndrome do Ceco Móvel-Manifestações Clínicas e Avaliação Radiológica da Mobilidade do Ceco e Cólon Ascendente em Pacientes com Queixa de Constipação Crônica. Rev bras Coloproct, 2007.

CODIGO DO TRABALHO: 1239

TÍTULO DO TRABALHO: ORQUIECTOMIA ESQUERDA E URETRORRAFIA POR SÍNDROME DE FOURNIER

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: WALTER BATISTA DE SANTANA NETO1; DANIEL LINHARES CARDOSO1; DAVI ROCHA MACAMBIRA ALBUQUERQUE1; JOSÉ EVERARDO SILVEIRA NETO1; BRUNO GABRIELE COSTA1; MARCOS ANTÔNIO ARAGÃO DE MACÊDO2; ADAUTO CAPISTRANO ABREU DA PONTE2; JOSÉ NEY PRIMO FEITOSA2. 1. UNIVERSIDADE DE FORTALEZA, FORTALEZA - CE - BRASIL; 2. SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL SÃO RAIMUNDO, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A Síndrome de Fournier é uma forma de fasceíte necrotizante do períneo que possui uma progressão fulminante, podendo se estender à parede abdominal. Causada, principalmente, por bactérias anaeróbias e aeróbias, ou seja, por infecções polimicrobianas, as quais possuem predominância de origem anorretal e genitourinária. Ademais, é importante frisar que idade, imunossupressão e diabetes são fatores predisponentes de tal comorbidade. Seu diagnóstico é clínico, contudo a mortalidade ainda é elevada, de 30 a 50%, variando de acordo com outras condições prévias do paciente. Relato: Paciente, masculino, 85 anos, etilista e fumante, admitido no serviço de Coloproctologia no dia 14/08/2016 com queixa principal de ´´dor anal?? sic. Referiu que há 4 dias iniciou quadro de dor em região perianal, progressiva, e que no primeiro dia melhorava com o uso de dipirona. Além disso, relatou febre de 39 graus e calafrios há um dia. No momento da admissão paciente encontrava-se com instabilidade hemodinâmica, apresentando hipotensão arterial sistêmica, taquidispneico, febril e desidratado. Ao exame proctológico: Inspeção- observou-se extenso abaulamento de região perineal e secreção purulenta no saco escrotal; Dígito pressão- endurecimento de região perineal. Paciente foi internado, e assim iniciada antibióticoterapia com Ciprofloxacina e Metronidazol, bem como estabilizado hemodinamicamente. Com efeito, o mesmo foi submetido à cirurgia no dia seguinte (12 horas após internamento), na qual encontrou-se extensa necrose de pele e tecido subcutâneo de toda região perineal principalmente esquerda projetando-se para testículo, havendo necessidade de extenso debridamento de todo tecido necrótico inclusive com realização de orquiectomia esquerda, e comprometimento de uretra, necessitando de uretrorrafia. Além do procedimento cirúrgico, foi submetido a 10 sessões de oxigenioterapia e então após 45 dias é realizado enxerto, tendo como área doadora a coxa esquerda. Observou-se completa cicatrização da ferida cirúrgica após 3 meses do primeiro procedimento. Conclusões: Diante do caso, pode-se inferir a importância do conhecimento do profissional sobre a Síndrome de Fournier, que tem diagnóstico essencialmente clínico e conclui-se que em algumas situações o extenso debridamento do tecido necrosado associado a estratégias como a orquiectomia e/ou uretrorrafia se faz necessário para melhor prognóstico do paciente e redução da mortalidade por tal afecção, como no presente estudo.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2711

TÍTULO DO TRABALHO: PARACOCCIDIOIDOMICOSE INTESTINAL SIMULANDO NEOPLASIA DE CÓLON

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LUCAS VIANA FAISANO1; MARIANA INACIO VILELA2; FANNY GONÇALVES MORAIS LEITE2; REINALDO NEVES JUNIOR2. 1. HUGOL, GOIANIA - GO - BRASIL; 2. HUGOL, GOIÂNIA - GO - BRASIL.

RESUMO:
Resumo A paracoccidioidomicose é uma importante infecção fúngica causada por um fungo dimórfico, conhecido como Paraccocidioides brasiliensis. Acomete predominantemente os pulmões, mucosas das vias aéreas superiores, e raramente envolve o trato gastrointestinal. Pode se manifestar ainda mais infrequentemente de forma intestinal isoladaIntrodução Micose sistêmica endêmica, a paracoccidioidomicose (PCM) é causada pelo fungo dimórfico Paracoccidioides brasiliensis, saprófita de plantas e do solo. A porta de entrada mais freqüente é o trato respiratório superior, através da inalação de conídios, sendo os pulmões e as vias aéreas superiores, os sítios mais acometidos. A partir daí pode haver disseminação do fungo para outros locais, tanto por via hematogênica e linfática. (1,2) Relato de Caso M.M.A, sexo feminino, 62 anos, residente na zona metropolitana de Goiânia-Go, porém com relato de residência e moradia por mais de 25 anos em zona rural. A paciente em questão procurou assistência em emergencia médica com relato de dor abdominal tipo cólica há 4 dias, de início agudo, associada a distensão abdominal com parada da eliminação de fezes e flatos. Relatando ainda história de perda de peso, porém sem quantificar em números. Na hipótese de abdome agudo obstrutivo fora realizado tomografia de abdome, onde foi evidenciado imagem sugestiva de intussucepção intestinal em topografia de sigmoide causando obstrução. Considerando a obstrução intestinal de origem neoplasica foi indicada laparotomia exploradora com realização de retossigmoidectomia ressecando o segmento acometido com margens de segurança e enviado ao estudo anatomopatológico onde posteriormente foi encontrada lesão consistente com reação granulomatosa pseudotumoral associada a paracococcidioidomicose. Conclusão Concluimos portanto que a a infecção intestinal pode ainda produzir quadros obstrutivos ou simular neoplasias e ainda ser exclusivamente intestinal, como neste relato de casoReferências Shinakai-Yasuda MA, Telles Filho FQ, Mendes RP, et al. Consenso em paracoccidioidomicose. Rev Soc Bras Med Trop. 2013; 39:297-310. Veronesi R,Focaccia. Veronesi:Tratado de infectologia. 9a ed. São Paulo, SP: Atheneu, 2012: 1081?11 Costa MAB, Carvalho TN, Araújo Júnior CR, et al. Manifestações extrapulmonares da paracoccidioidomicose. Radiol Bras. 2005;38:45-52.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2431

TÍTULO DO TRABALHO: PERFIL DOS PACIENTES SUBMETIDOS À RECONSTRUÇÃO DE TRÂNSITO INTESTINAL NO ANO DE 2015 NO HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JEFFERSON MENEZES VIANA SANTOS; FRANCISCO DE ASSIS COSTA; HILTON AGUIAR CANUTO; VALDENOR NEVES FEITOSA JUNIOR; LUCAS BRUNO BORGES; LUCAS DE OLIVEIRA LIMA; YILON LIMA CHENG; FRANCISCO EUGÊNIO DE VASCONCELOS FILHO. HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Uma ostomia é uma abertura artificial do trato intestinal ou urinário à parede abdominal. As técnicas de realização de uma colostomia foram desenvolvidas para proporcionar uma cura ou paliação para doenças benignas ou malignas, ou fornecer desvio dos resíduos até que sejam atingidas condições que permitam o restabelecimento da continuidade intestinal normal. OBJETIVO: Traçar o perfil dos pacientes submetidos à reconstrução de trânsito intestinal no ano de 2015 no Hospital Geral de Fortaleza. METODOLOGIA: Trata-se de estudo observacional, retrospectivo, descritivo e analítico realizado a partir da revisão de prontuários médicos. No período de janeiro a dezembro de 2015, foram selecionados 27 pacientes que se submeteram a reconstrução de trânsito intestinal. Os seguintes parâmetros foram analisados: idade, sexo, tempo decorrido entre a cirurgia índice e a reconstrução, causa da ostomia, tempo de internação, complicações, tipo de ostomia e tempo de início da dieta. RESULTADOS: Esse estudo foi realizado com 27 pacientes, 16 do sexo masculino (59%) e 11 do sexo feminino (41%). A média de idade dos pacientes foi de 58 anos. As principais indicações de ostomia foram por diverticulite (26%), obstrução intestinal por neoplasia de cólon (22%), hérnia inguinal estrangulada (11%) e colite isquêmica (11%). O tempo médio de internação para reconstrução de trânsito intestinal foi de 16 dias. O tempo médio de espera entre a cirúrgica índice e a reconstrução de trânsito intestinal foi de 19 meses. Os tipos de ostomias mais prevalentes foram a Colostomia à Hartmann (59,3%), ileostomia terminal (18,6%), ileostomia à Mikulicz (7,4%), ileostomia em alça (7,4%), colostomia em alça (3,7%) e a colostomia à Mikulicz (3,7%). O tempo médio de início da dieta no pós operatório foi de 4,8 dias. CONCLUSÃO: As operações para reconstituição do trânsito intestinal não são desprovidas de complicações, sendo necessário restringir as indicações das colostomias. Ao final do estudo, constatamos que os paciente submetidos a ostomias ficam por longos períodos a espera de cirurgia de reconstrução de trânsito, acarretando prejuízo econômico (devido aos gastos com os cuidados com a ostomia) e o prejuízo social causado pela presença da ostomia. Bibliografia: David R. Flum, M.D., M.P.H. Acute Appendicitis ? N Engl J Med 2015; 372:1937-1943 May 14, 2015; Talan DA, Saltzman DJ, Amii R, DeUgarte DA, Wu JX, Moran GJ; Olive View?UCLA Appendicitis Study Group. Ann Emerg Med. 2016 Dec 11.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1749

TÍTULO DO TRABALHO: Perfil Epidemiológico de pacientes atendidos no ambulatório de Doenças Inflamatórias Intestinais em Hospital Universitário de Belém-PA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LARA COCHETE MOURA FÉ1; ADRIANO EDUARDO COSTA DE FIGUEIREDO2; GERALDO ISHAK2; SERGIO FIGUEIREDO DE LIMA JÚNIOR2. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ, BELÉM - PA - BRASIL; 2. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO, BELÉM - PA - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo ? Descrever aspectos epidemiológicos, clínicos e cirúrgicos de pacientes atendidos no ambulatório de Doenças Inflamatórias Intestinais (DII) do Serviço de Cirurgia Geral e do Aparelho Digestivo no Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), em Belém-PA. Método ? Estudo retrospectivo dos prontuários dos pacientes atendidos no ambulatório de DII do HUJBB entre janeiro/2015 e dezembro/2016. Estudo aprovado no Comitê de Ética do HUJBB com o parecer nº 1.842.529. Resultados ? No período estudado, foram atendidos no ambulatório 73 pacientes, porém, 26 foram excluídos por não serem portadores de DII. Dos 47 pacientes com DII, 26 (55,32%) são do sexo feminino e 21 (44,68%) masculino. A idade variou de 16 a 78 anos (média de 46,77 anos). 38 (80,85%) pacientes têm diagnóstico de Retocolite Ulcerativa (RCU) e 9 (19,15%) de Doença de Crohn (DC). As cores auto-declaradas foram: parda (72,34%), preta (10,64%), branca e amarela (ambas 4,25%); 4 não declararam. 31 (65,96%) residem em Belém e 16 em outras cidades do Pará, sendo 5 residentes em zona rural. Sobre o tratamento atual, 14 (29,79%) utilizam biológicos: Adalimumab (n = 8), Infliximab (n = 5) e Vedolizumabe (n = 1). 20 (42,55%) utilizam Azatioprina, 22 (46,81%) Mesalazina, 3 (6,38%) corticoides e 4 (8,51%) outras medicações. 19 (40,42%) tomam associação de 2 medicações, 3 (6,38%) tomam 3 medicações, e 1 (2,13%) toma 4 medicações. 10 (21,28%) já realizaram cirurgia, sendo 1 colectomia total, 2 colectomia parcial, e 7 outra cirurgia (hemorroidectomia, fistolotomia e colostomia). Conclusões ? As características epidemiológicas encontradas no HUJBB foram semelhantes às encontradas na região Nordeste1, com maior prevalência de RCUI. Além disso, não foi encontrada diferença estatisticamente significante entre gênero feminino e masculino, concordando com estudos internacionais2,3. Bibliografia ? 1. Parente JML. Características demográficas e fenótipos clínicos das doenças inflamatórias intestinais no Nordeste do Brasil. Campinas. Tese [Doutorado em Ciências Médicas] ? Universidade Estadual de Campinas; 2014. 2. Molodecky, NA. et al. Increasing incidence and prevalence of the inflammatory bowel diseases with time, based on systematic review. Gastroenterology. 2012;142(1):46-54.. 3. M?Koma, AE. Inflammatory bowel disease: an expanding global health problem. Clin Med Insights Gastroenterol. 2013;6:33-47.

CODIGO DO TRABALHO: 1511

TÍTULO DO TRABALHO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS SUSPEITOS DE APENDICITE AGUDA ADMITIDOS NA EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DO INTERIOR DO CEARÁ DURANTE UM ANO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CLARA QUEIROZ DOS SANTOS1; CARLOS ALEFE SOUSA NASCIMENTO1; LORENA ALVES TRAJANO1; FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES2. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, SOBRAL - CE - BRASIL; 2. INSTITUTO DOUTOR JOSÉ FROTA, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Traçar o perfil epidemiológico de 171 pacientes com suspeita de apendicite aguda, admitidos na emergência de um hospital de referência do norte do estado do Ceará no ano de 2013, a partir de variáveis, como sexo, idade, classificação na triagem e conduta tomada. Levando em consideração que a apendicite aguda é a emergência cirúrgica geral mais comum. Método: Foi realizado um estudo epidemiológico com caráter transversal, analítico e observacional. Os dados foram coletados a partir e uma plataforma gerada pelo Departamento de Tecnologia da Informação do hospital, a qual continha os dados referentes a todos os 38.890 atendimentos da emergência durante o ano de 2013. Dessa forma, foram dispostos em uma planilha todos os 171 atendimentos a suspeitas de apendicite aguda do ano. A partir daí, utilizou-se filtros, como sexo, idade, classificação na triagem e conduta. Resultados: Com a análise dos dados, observou-se 171 suspeitas de apendicite aguda durante o ano de 2013, uma média de 1 atendimento a cada 2 dias. Destes, 89(52,04%) eram referentes a pacientes femininos e 82(47,96%) a pacientes masculinos. A faixa etária mais acometida foi de 21-30 anos, com 32,16% (55) do total. Ademais, 6,43% (11) dos pacientes com suspeita tinham idade entre 0-10 anos; 26,31% (45) entre 11-20 anos; 14,61% (25) entre 31-40 anos; 9,35% (16) entre 41-50 anos; 4,67% (8) entre 51-60 anos e 6,43% (11) acima de 60 anos. No que se refere a classificação na triagem, 54,38% (93) foram classificados com a cor verde, 44,44% (76) com amarelo, 1,16% (2) com vermelho. A conduta tomada para 39,76% (68) dos casos suspeitos de apendicite aguda foi alta ainda na emergência, 58,47% (100) deles foram para internação e 1,75% (3) foram transferidos para outra unidade de saúde. Conclusões: A partir dos resultados supracitados, pode-se concluir que, a faixa etária mais acometida foi de 21-30 anos, concordando com a literatura com a máxima de que há um pico de incidência entre 10 e 30 anos de idade. Ademais, não há preferência por gênero, uma vez que os números de pacientes foram semelhantes. É de suma importância, contudo, ressaltar que 58,47% dos casos corresponderam realmente à suspeita na triagem, ou seja dos 171 casos que foram admitidos na triagem como apendicite aguda, 100 corresponderam fielmente à suspeita. Bibliografia: Sabiston, et al. Tratado de Cirurgia. 19ª Edição. New York: Elsevier, 2012.

CODIGO DO TRABALHO: 2696

TÍTULO DO TRABALHO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES PORTADORES DE NEOPLASIA MALIGNA DE CÓLON NO ESTADO DA BAHIA NO PERÍODO DE 2010 A 2015: UM ESTUDO DE SÉRIE TEMPORAL.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: OSANA JULIANA VALERIANO LOPES DE ALMEIDA1; ANA PAULA CARDOSO DE QUEIROZ1; LORENA CHAGAS DAMACENO1; LAÍS FRANCIELE SANTANA PORTELA1; MYLLA REGINA CARNEIRO SANTOS1; MARCIO RIVISON SILVA CRUZ2. 1. ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, SALVADOR - BA - BRASIL; 2. UFBA, SALVADOR - BA - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Descrever o perfil do comportamento epidemiológico da Neoplasia Maligna de Cólon na Bahia no período de 2010 a 2015, na busca por dados que evidenciem o crescimento desta comorbidade tornando necessário o acompanhamento do seu desenvolvimento. Método: O estudo tem uma abordagem descritiva, realizado por meio de um estudo ecológico com dados secundários. As informações utilizadas foram extraídas do Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Foram utilizados os indicadores de mortalidade por causas e taxa de internamentos/100.000 habitantes, estratificados por sexo, faixa etárias e macrorregiões. Resultados: De acordo com os dados coletados, foram registrados 4864 internamentos na Bahia entre 2010 e 2015. A média de internamentos durante este período foi de 5,51/100 mil habitantes, na qual a taxa média de mulheres foi de 5,63/100 mil habitantes e a de homens foi de 4,95/100 mil habitante. A faixa etária que apresentou taxas de internamento mais elevadas foi 80 anos ou mais com média de 70,23/ 100mil habitantes. Quanto as macrorregiões, as taxas mais elevadas foram encontradas na macrorregião Leste apresentando média de 9,49/100 mil habitantes. O total de óbitos registrados entre 2010 e 2015 foi de 543. Foi possível perceber que a a mortalidade acompanhou os resultados encontrados nos internamentos, onde a população do sexo feminino com 80 anos ou mais que reside na macroregião Leste foi a que apreesentou maior mortalidade. Conclusões: Os resultados encontrados evidenciaram que os internamentos e a mortalidade apresentam uma progressão no decorrer dos anos, sendo superiores no sexo feminino e nas faixa etárias mais elevadas. Desta forma, devemos atentar a medidas preventivas na busca da redução desses índices, redirecionar investimentos em medidas diagnósticas precoces e nas regiões onde a população foi mais acometida. Bibliografia: 1) Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde. [Internet]. Rio de Janeiro: DataSUS: 2017. [citado em 9 de fev de 2017]. Dísponível em: http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203. 2) Brasil. Ministério da Saúde; Instituto Nacional do Câncer. Estimativas 2014: neoplasia maligna de cólon e reto [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2016 [citado em 9 fev de 17]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/mapa.asp?ID=6 3) Pestana JSG, Martins SFF. J. Coloproctol. (Rio J.) vol.36 no.4 Rio de Janeiro Oct./Dec. 2016.

CODIGO DO TRABALHO: 1929

TÍTULO DO TRABALHO: Perfuração colônica espontânea em paciente portador de doença de crohn.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CLAUDIA THEIS; ANA PAULA MICHELS COSTA; LUCIANE LUCAS LUCIO; BRUNO LORENZO SCOLARO; EVERSON FERNANDO MALLUTA; FANGIO FERRARI; GUSTAVO BECKER PEREIRA; STEPHANIE THEISEN KONZEN. UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ, ITAJAÍ - SC - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoA doença de crohn (DC) é uma doença inflamatória intestinal transmural recidivante, que acomete todo trato gastrointestinal. Associa-se a fatores de risco como etnia (mais comum em judeus), idade (incidência maior entre 15-40 anos e 50 aos 80 anos), história familiar e tabagismo. Estima-se que ao menos 60-70% dos pacientes possam recorrer a tratamento cirúrgico ao longo da vida devido à complicações da doença, como perfurações, abscessos ou fístulas. Perfuração intestinal espontânea pode ocorrer na história natural da DC é a uma das indicações de cirurgia de emergência. Predominando em íleo terminal, os fatores que contribuem para a perfuração na dc são obstrução e dilatação tóxica. Este relato tem como objetivo mostrar um caso de paciente diagnosticada com doença de crohn que evoluiu com quadro de abdome agudo perfurativo espontâneo devido a complicação da doença.RelatoPaciente feminino, 56 anos, portadora de doença de crohn desde 1995, tratada com azatioprina e adalimumabe, procura pronto socorro devido a quadro de dor abdominal súbita, difusa, intensa e persistente, com sinais de peritonite, onde fora diagnosticada com abdome agudo perfurativo e indicada laparotomia. Durante o ato cirúrgico foi diagnosticada perfuração espontânea de cólon transverso. Foi realizada a transversostomia e limpeza da cavidade com melhora do quadro agudo. Após o manejo cirúrgico paciente foi encaminhada ao ambulatório especializado, onde fora realizado o estudo do quadro e constatado o não controle clínico com a medicação em uso, haja vista haverem outras áreas de doença ativa em delgado e região anorretal. Optou-se então por troca da medicação para infliximab e em um ano e meio a reconstrução do trânsito foi realizada após a estabilização e remissão da doença.ConclusãoÉ de suma importância a atencão ao controle clínico do paciente com doença de crohn, através das suas queixas e de exames complementares. O manejo inadequado pode resultar em complicações com grande morbi-mortalidade. A evolução para formas diversas de abdome agudo exige do cirurgião experiência e atenção no momento cirúrgico, evitando extensas ressecções e possíveis complicações futuras ao paciente. Neste caso relatado fora optado pela não ressecção do segmento e apenas desvio do trânsito, afim de possibilitar um controle clínico futuro preservando ao máximo a anatomia da paciente.

CODIGO DO TRABALHO: 2201

TÍTULO DO TRABALHO: PERFURAÇÃO COLÔNICA PÓS POLIPECTOMIA ENDOSCÓPICA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CLAUDIA THEIS; BRUNO LORENZO SCOLARO; NATASHA CAMILO DIAS; STEPHANIE THEISEN KONZEN; GUSTAVO BECKER PEREIRA; FANGIO FERRARI. UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ, ITAJAÍ - SC - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOAtualmente o número de colonoscopias diagnósticas e terapêuticas vem crescendo, haja vista a importante conscientização referente às medidas preventivas frente ao câncer colorretal. Este método é o procedimento de escolha para o diagnóstico e terapêutica frente aos tumores e suas lesões precursoras, os pólipos. A colonoscopia é um procedimento com baixa incidência de complicações graves, ocorrendo em cerca de 5/1000 exames. A mais comum é a perfuração intestinal, a qual pode evoluir com complicações graves como peritonite fecal, sepse, etc. A perfuração intestinal iatrogênica, ocorre raramente (aproximadamente 0,65% a 3% em exames diagnósticos e terapêuticos respectivamente), podendo ocasionada por força mecânica ou por procedimentos terapêuticos. Estes acontecimentos predominam em pacientes com doença diverticular e obstrução, principalmente, no cólon sigmóide e reto.RELATO DE CASOFeminino, 51 anos, com hipotireoidismo, depressão, hipercolesterolemia. História pregressa de colecistectomia, submetida à colonoscopia diagnóstica eletiva. Durante o procedimento foram observados 2 pólipos sésseis localizados no cólon transverso (5mm) e no cólon ascendente medindo (10mm) os quais foram submetidos a polipectomia com alça diatérmica. Após o procedimento a paciente mantinha quadro de dor, porém foi liberada. Cinco horas após o procedimento, a mesma procurou o pronto atendimento com queixa de vômito em grande quantidade, lipotímia, dor intensa localizada em hipocôndrio direito, distensão abdominal e desconforto em região cervical. Foi submetida a tomografia evidenciando pneumoperitôneo. O RX de tórax demonstrou enfisema de partes moles no 1/3 superior do tórax. A paciente foi submetida a laparotomia e rafia da lesão, porém evoluiu com deiscência no 4º dia de pós-op, necessitando de nova abordagem cirúrgica para confecção de colostomia. A paciente encontra-se bem e aguarda cirurgia para reconstrução do trânsito. CONCLUSÃOA prevalência de complicações durante ou após os procedimentos colonoscópicos, apesar de infrequentes, não devem ser esquecidas, subestimadas e muito menos negligenciadas. Por serem raras as descrições de perfurações em procedimentos endoscópicos, o presente relato se faz imprescindível, afim de reforçar a importância do contato próximo com estes pacientes e da realização do diagnóstico precoce, minimizando assim, a morbimortalidade inerente a estes eventos.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1821

TÍTULO DO TRABALHO: PERFURAÇÃO DE CECO POR OBSTRUÇÃO EM ALÇA FECHADA EM ADENOCARCINOMA DE CÓLON SIGMÓIDE

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JEFFERSON SING TOLEDO JUNIOR1; MARLEY MOREIRA CORREIA1; EDUARDO FUKAMACHI KIFER2; RAFAEL RODRIGUES COUTINHO2; MATEUS MENDES OROSKI3; DIEGO DE FARIA MAGALHÃES TORRES2. 1. UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ - CURSO DE MEDICINA, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ - FACULDADE DE MEDICINA, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, NITERÓI - RJ - BRASIL.

RESUMO:
A obstrução intestinal é uma das principais causas não traumática de procura a emergência de cirurgia geral, no Brasil. Essa condição pode ser classificada em: completa ou incompleta; aguda ou crônica; mecânica, vascular ou funcional.E.S.S., feminino, 62 anos, carioca, deu entrada na emergência alegando constipação de quinze dias. Relata também febre e vômitos com conteúdo fecalóide nos últimos dois dias. No exame físico apresentava-se lúcida, orientada no tempo e espaço, regular estado geral, anictérica, afebril, eupneica. Abdome distendido, difusamente doloroso a palpação superficial e profunda, hipertimpânico, com timpanismo em loja hepática presente. Sem alterações dignas de nota nos demais sistemas. Nega comorbidades e afirma ter realizado três cesarianas como história cirúrgica prévia. Foi realizado diagnóstico sindrômico de OI, sendo realizada TC abdominal e exames laboratoriais. Leucograma de 13.400 com 8% de bastões, Htc= 37%; Glicose= 88; Ur= 20; Cr= 0,8; Na= 136; K=4,0. Bioquímica pancreática e hepática sem alterações. TC evidenciou dilatação difusa do cólon, com ceco apresentando 12 cm de dilatação, e pneumoperitoneo, sendo indicada cirurgia.Realizada incisão xifopubiana, dissecção de planos até a cavidade abdominal. Ao inventário da cavidade, evidenciada perfuração puntiforme no ceco com saída de grande quantidade de fezes com a manipulação. Além disso, apresentava tumoração em um cólon sigmoide redundante. Realizada dissecção e ligadura do mesocólon e da artéria Ileocólica, seguida de ressecção do cólon sigmoide, descendente, transverso, ascendente, ceco e íleo terminal. Posteriormente foi feito o sepultamento do coto retal com prolene 3-0; colocação de dreno calhado na pelve à esquerda; lavagem abundante da cavidade e confecção de ileostomia de Brooke à direita. Laudo histopatológico: adenocarcinoma de cólon sigmoide, bem diferenciado sem infiltração da submucosa. Paciente permaneceu três dias na unidade de terapia intensiva, realizando antibioticoterapia com ciprofloxacino 400mg 12/12hrs e metronidazol 500mg 8/8h. Evidenciou-se melhora diária dos dados hematimétricos, gasométricos e bioquímicos e após cinco dias a mesma saiu do CTI e após dois dias na enfermaria teve alta hospitalar com encaminhamento para o serviço de oncologia.A ruptura de ceco é uma emergência cirúrgica que deve ser lembrada por todos os cirurgiões como possível complicação de quadros de obstrução intestinal em alça fechada por adenocarcinoma de cólon.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2901

TÍTULO DO TRABALHO: PERFURAÇÃO INTESTINAL SECUNDÁRIA À POLIPECTOMIA ENDOSCÓPICA - TRATAMENTO VIDEOLAPAROSCOPICO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANA CELIA DINIZ C. BARBOSA ROMEO1; MARCIO RIVISON SILVA CRUZ1; ANA CARLA SANTANA SANTOS2; THAINÁ GONÇALVES TOLENTINO DE FIGUEIREDO2. 1. HOSPITAL DO SUBÚRBIO, SALVADOR - BA - BRASIL; 2. ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA, SALVADOR - BA - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOA colonoscopia consiste em um exame endoscópico rotineiramente utilizado na atualidade considerado padrão ouro na triagem e no diagnóstico de câncer colorretal (PEREZ, 2017). Durante a colonoscopia, a perfuração iatrogênica pode ocorrer numa pequena fração dos pacientes submetidos a tal exame (SARICI, 2017). Principalmente nos pólipos colorretais, os quais consistem em estruturas que se projetam na mucosa intestinal podendo ser de caráter neoplásico ou não. O pólipo séssil é considerado mais vulnerável a perfuração iatrogênica durante a polipectomia endoscópica (NETO, 2011).RELATO DE CASOEMAM, 59 anos, masculino, hipertenso, admitido com história de dor abdominal há 24h associado à dor e distensão abdominal após realizar polipectomia em colon transverso por colonoscopia. Ao exame físico apresentava?se sem sinais de resposta inflamatória sistêmica com abdome flácido, ruídos hidroaéreos presentes, timpânico, doloroso à palpação superficial e profunda, sem sinais de peritoniteRealizou tomografia computadorizada de abdome que evidenciou presença de pneumoperitônio e liquido livre em cavidade abdominal. Ao inventário da cavidade foi evidenciada perfuração em cólon direito e realizada colectomia direita com ileotransverso anastomose por laparoscopia com evolução satisfatória no pós operatório, apresentando como intercorrência apenas seroma drenado através de abertura parcial de incisão abdominal.CONCLUSÃO: Colonoscopia é um procedimento rotineiro com eventuais complicações. Relatamos caso de paciente com perfuração colônica após polipectomia manejado através de laparoscopia com anastomose primária apesar de 24h de evolução entre o ocorrido e o tratamento definitivo, com boa evolução.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2323

TÍTULO DO TRABALHO: Pólipo retal em criança. Importância clinica e terapêutica.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: VICTOR DIAS DO AREAL SOUTO; GERSON SUGUIYAMA NAKAJIMA; VALÉRIA KARINE DE AZEVEDO FERREIRA; GUSTAVO DEMASI QUADROS DE MACEDO; REBECA CRISTINA MOTA DE VASCONCELOS DIAS; PAULO CÉZAR COSTA DUARTE; MÁRIO GABRIEL LUBE BATTILANI. UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS, MANAUS - AM - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Os pólipos de reto e cólon consistem em causa importante de retorragia em crianças, estando comumente associados a quadro de constipação, prolapso da lesão polipoide e ou hemorragia. Acometem com mais frequência a faixa etária dos 2 aos 4 anos e, em sua maioria, têm características histológicas de pólipos juvenis.Relato de caso: Menino de 12 anos, pardo, procurou atendimento médico com queixas de prolapso de lesão nodular e hematoquezia, especialmente quando as fezes estavam ressecadas. Ao exame físico especial proctológico, apresentava ausência de plicomas ou fissuras, esfíncter anal normotônico; observou-se em reto lesão nodular, móvel, indolor, a qual foi exteriorizada digitalmente: lesão polipoide, pediculada. Exames laboratoriais não evidenciaram anemia ou alterações na coagulação. Foi realizada polipectomia transanal com a transfixação do pedículo com fio Catgut cromado 2-0.Discussão: O pólipo Juvenil é uma condição benigna que causa exteriorização de lesão nodular (?caroço?) à evacuação e eventual retorragia, sem grandes comprometimentos clínicos ou necessidade de seguimento quando feita a polipectomia. Contudo, deve suscitar interesse médico cuidadoso por, mesmo que raramente, poder apresentar características adenomatosas de possível evolução maligna. Os quadros de múltiplos pólipos, representados pela Polipose Adenomatosa Familiar (PAF) e a Síndrome de Peutz-Jeghers, também devem ser diferenciados. O estudo endoscópico do intestino grosso (retossigmoidoscopia ou colonoscopia) e o estudo anatomopatológico da lesão ressecada são capazes de esclarecer tais questões. No entanto, o achado de pólipo juvenil é preditor de evolução satisfatória, tipicamente sem recidivas.Conclusão: O pólipo juvenil é uma entidade rara, de fácil diagnóstico e que merece acompanhamento clinico endoscópico para detecção de possíveis lesões suspeitas.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 990

TÍTULO DO TRABALHO: Polipose Adenomatosa Familiar

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: HELOIZA ARRAIS BANDEIRA TAVARES LEITE1; VALÉRIA CARDOSO PINTO1; ISABEL FERREIRA SAENGER1; VINICIUS ALVES FONSECA2; GABRIEL BROM ANDRADE1; RODRIGO KOUZAK MAYER1; DIMITRI CARVALHO HOMAR3; KATHARINNE INACIO VAZ LAURIANO1. 1. HRG, BRASÍLIA - DF - BRASIL; 2. HRG, BRSILIA - DF - BRASIL; 3. HRG, BRASILIA - DF - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO:A polipose adenomatosa familiar é uma doença hereditária autossômica dominante,100% de penetrância, causada por mutação do gene supressor de tumor APC. De incidência de 1:7 000 a 1 :16 000 nascidos vivos e representa 1 % dos cânceres colorretal.Manifesta-se pela presença de numerosos pólipos adenomatosos por todo o segmento do trato gastrontestinal. Surgem uma década antes dos sintomas e progride para câncer colorretal em media dos 35 aos 40 anos. A colectomia é o tratamento padrão para reduzir o risco de câncer colorretal. As opções cirugicas utilizadas incluem: colectomia total com ileorretoanastomose, proctocolectomia total com ileostomia terminal ou com bolsa ileal em ?J?.OBJETIVO:Realizar um comparativo de dois casos atendidos no serviço de Cirurgia Geral /Proctologia do HRG (anos de 2015 e 2017) com o consolidado em literatura.MÉTODO: Estudo descritivo retrospectivo de série de casos.RELATO DO CASO: J.B.F.,33anos,masculino, sem conhecimento de histórico familiar de polipose/ câncer colorretal. A Colonoscopia evidenciou >100 pólipos em todo o colón. Anatomopatológico mostrou que tratava-se adenoma tubular com neoplasia intraepitelial (displasia) de alto grau. Realizado Proctocolectomia total com bolsa ileal e ileostomia, sem intercorrências e com recuperação pós operatória em 7 dias. Após 3 meses e 13 dias foi submetido a reconstrução de trânsito intestinal , sem intercorrências.A.M.L,feminino, 58 anos,antecedente de filha portadora de Polipose Adenomatosa Familial . Colonoscopia com > 100 pólipos colorretais e mais 20 pólipos em reto. Anatomopatológico mostrou adenomas tubulares e displasia de baixo grau. A paciente foi submetida a proctocolectomia total com bolsa ileal J, anastomose ileoanal manual e ileostomia protetora.CONCLUSÃO:Tendo em vistas desafios diagnósticos em ambos os casos: o primeiro por não haver antecedentes familiares e o segundo por ter se apresentado em faixa etária pouco frequente, cabe ressaltar a importância da investigação complementar para o direcionamento final de um diagnóstico. A doença possui uma variedade de fenótipos, com especial atenção ao caso da paciente feminina que mesmo já tendo 58 anos no momento do diagnóstico e numero superior de 100 adenomas colorretais ainda não exibia câncer colorretal. Em conformidade com estudos atuais, se optou pela Proctocolectomia Restauradora com bolsa ileal e anastomose ileoanal manual,visando ressecar toda a mucosa colorretal e eliminar os riscos de câncer colorretal.

CODIGO DO TRABALHO: 2612

TÍTULO DO TRABALHO: Polipose adenomatosa múltipla de cólon: Relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LAISA ALVES DE SOUZA1; RICARDO DOS SANTOS VASCONCELOS2; MILENA AGRIZZI BOZI ALEXANDRE2; CLAUDIO LUIZ LOURENCO DE SOUZA2; BRUNO BERNABÉ LUBRAICO1; IGOR FECURY LIMA1; CAIO MONTEIRO PIMENTEL1; PAULO HENRIQUE RIBEIRO DE OLIVEIRA1. 1. HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA DE MACAÉ/HPM, MACAÉ - RJ - BRASIL; 2. HOSPITAL PÚBLICO DE MACAÉ - HPM, MACAÉ - RJ - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A Polipose colônica adenomatosa múltipla, se caracteriza pela presença de incontáveis pólipos espalhados pelo colón. Cada pólipo individual não tem uma maior propensão a sofrer degeneração maligna do que um pólipo esporádico. É o grande número de pólipos que faz com que o risco de malignidade seja alto. Aproximadamente 70% dos pacientes tem história familiar positiva para pólipos colorretais e câncer, sendo a polipose adenomatosa familiar (PAF) a forma mais conhecida e estudada geneticamente. Sem cirurgia profilática, mais de 90% dos pacientes desenvolvem câncer na terceira década de vida. Câncer duodenal e outros tumores podem vir associado, mesmo após colectomia total.Relato de caso: A.B.P.A., masculino, caucasiano, 26 anos, encaminhado ao ambulatório com quadro de sangramentos intestinais frequentes e recorrentes, sem outras queixas. Realizado retoscopia imediata, que evidenciou vários pólipos em reto distal. Solicitado colonoscopia, que demonstrou a presença de múltiplos pólipos, do ceco até o reto distal, com histopatológico de adenomas. Submetido eletivamente a proctocolectomia total, com ressecção de parede anterior do reto e anastomose íleo-anal em bolsa ileal em ?J? e ileostomia protetora. Paciente evoluiu sem anormalidades no pós-operatório, recebendo alta hospitalar no 7º dia. Retornou ao serviço quatro meses depois para fechamento da ileostomia, mantendo atualmente acompanhamento regular e orientação familiar, com evacuações pastosas 3 a 4 vezes por dia com uso eventual de loperamida.Conclusão: A Polipose Adenomatosa Múltipla é uma condição que oferece alto risco de desenvolvimento de câncer colorretal em pacientes jovens, portanto, a cirurgia profilática está recomendada nesses casos. Endoscopia Digestiva Alta periódica, é necessária após colectomia total, para vigilância e redução do risco de câncer ampular e duodenal. Há também a necessidade de investigação familiar, em parentes de primeiro grau, através de colonoscopia, por ser uma condição frequentemente genética.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1201

TÍTULO DO TRABALHO: PROCIDÊNCIA RETAL GIGANTE

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RAQUELI PERTEL; HEITOR SOARES MORAIS; JOAO CARLOS NEPOMUCENO GONCALVES; ELIELDER DIAS DIONIZIO; KETOLY PASCOAL COLATI; RAUL EDMO TEIXEIRA AMITI; ARTHURO TOSO ARRIVABENE. UNESC, COLATINA - ES - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Procidência retal é caracterizada como a exteriorização de todas as camadas do reto através do orifício anal, com maior frequência em idosos do sexo feminino. A causa não é completamente esclarecida, entretanto, existem fatores que predispõem o aparecimento: constipação intestinal, diarréia crônica, multiparidade, sigmóide redundante, diástase do músculo elevador do ânus, intussuscepção secundária à lesão do cólon, procedimento operatório, fibrose cística e condições associadas a anatomia. Dentre os sinais clínicos temos a protusão propriamente dita, incontinência fecal, hemorragia e descarga de muco. O diagnóstico é realizado através da história e exame físico. No exame proctológico pode-se identificar a lascidão esfincteriana, a intussuscepção do reto ou sua exteriorização. O tratamento é cirúrgico, os métodos utilizados são divididos em dois grupos: abordagem por via abdominal e por via perineal. Os procedimentos por via abdominal, devido a sua maior agressão, estão reservados para pacientes com risco cirúrgico menor, já os procedimentos por via perineal estão indicados para os doentes de alto risco, pelas condições clinicas e idade avançada. Relato de caso: VMS, sexo feminino, 86 anos, portadora de HAS, DPOC, com história de procidência retal há 10 anos. A ectoscopia evidenciou volumosa procidência retal de aproximadamente 40 cm, não redutível, sem sinais de sofrimento ou infecção. Sugerida a realização de cirurgia de correção com colonoscopia pré-operatória. A TC de abdome total demonstrou aparente espessamento parietal do reto, distensão gasosa de alças intestinais e sinais de coprostase, A colonoscopia evidenciou óstios diverticulares esparsos em cólon transverso e descendente, sem sinais de inflamação ou sangramento. Realizou-se a raquianestesia, a seguir a retossigmoidectomia por via perineal pela técnica de Altemeier. No pós-operatório apresentou-se estável hemodinamicamente, sem queixas e intercorrencias. A paciente recebeu alta hospitalar no 4° dia de pós-operatório. Conclusão: A escolha do procedimento mais adequado para cada paciente depende do profissional, que seleciona a técnica de acordo com o perfil do paciente, levando em consideração os aspectos físicos do problema. Faz-se mister alertar um caso de proporções de raquianestesia continua, idade significativa em paciente com múltiplas comorbidades sendo importante a escolha da técnica cirúrgica e anestésica mais adequada para o caso.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2397

TÍTULO DO TRABALHO: Procidência retal habitada por hérnia perineal: Relato de caso e tática operatória

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FLÁVIA YUMI ATAKA; SANDRA DI FELICE BORATTO; MARIANE ANTONIETA MENINO CAMPOS; LUIZ FELIPE VIANA VERAS GOULART. FACULDADE DE MEDICINA DO ABC, SANTO ANDRÉ - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO:A procidência retal (PR) é um transtorno da estática do reto e se manifesta pela exteriorização de todas as camadas teciduais deste segmento intestinal pelo ânus. É uma anomalia relativamente incomum, incapacitante e de etiologia pouco conhecida. São comuns sangramento retal e saída de secreção mucoide. Incontinência fecal é associada como resultado de um esfíncter enfraquecido, que permite que ocorra o prolapso. Mais comum em mulheres multíparas idosas ou pacientes cronicamente constipados, com distúrbios psiquiátricos ou obesidade. As hérnias perineais podem ser definidas como protrusão do conteúdo abdominal por causa de um defeito perineal e podem ser classificadas em primárias ou secundárias, sendo as primeiras resultantes da formação espontânea de um defeito na musculatura do assoalho pélvico e, as segundas, posteriores a procedimentos cirúrgicos, infecções da região e múltiplos partos normais.Têm epidemiologia semelhante à PR, com mulheres a partir de 50-60 anos, multíparas e uma frequência pós cirurgias entre 0,62 a 1% dos casos.Porém, a ocorrência das duas comorbidades não é frequente. Este caso apresenta a concomitância delas e tem como objetivo apresentar a tática operatória escolhida neste raro relato.RELATO DE CASO:Paciente feminina, 83 anos, admitida no PS por exteriorização progressiva do intestino há 3 anos, associada a episódios de sangramento e dor. Sem alterações do hábito intestinal e referia que porção exteriorizada aumenta em posição ortostática. É 3G3P0A, todos os partos realizados em casa. Estava em bom estado geral, estável hemodinamicamente.O abdome era flácido, globoso, indolor à palpação e com ruídos hidroaéreos presentes. À inspeção anal, encontrava-se saliência de cerca de 15 cm do orifício anal, avermelhada, em forma de cone, sem saída de secreção ou sinais de necrose e apresentando movimentos peristálticos; dolorida à palpação. Foi diagnosticada a PR e indicado tratamento cirúrgico. No momento operatório, evidenciou-se a presença de uma hérnia com conteúdo de delgado no interior da procidência. Optou-se pela incisão arciforme no reto com abertura até o mesoreto, ressecção da área protrusa, redução da hérnia, fechamento primário em 4 quadrantes e, por fim, cerclagem. Evoluiu-se sem intercorrencias.DISCUSSÃO:Devido à presença da fragilidade do assoalho pélvico como uma das etiologias das duas comorbidades, é importante questionar a associação entre elas em pacientes com diagnóstico inicial de procidência retal.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1798

TÍTULO DO TRABALHO: PROCTOCOLECTOMIA TOTAL POR POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CARLOS MAGNO QUEIROZ DA CUNHA1; WALTER BATISTA DE SANTANA NETO1; JÉSSICA GURGEL SANTOS1; THAÍS AGUIAR CUNHA1; NAIARA NOGUEIRA DE ARAÚJO MENESES1; ERIKA FEITOSA QUEIROZ1; FRANCISCO JULIMAR C. DE MENEZES1; JOSÉ NEY PRIMO FEITOSA2. 1. UNIVERSIDADE DE FORTALEZA, FORTALEZA - CE - BRASIL; 2. SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL SÃO RAIMUNDO, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A polipose adenomatosa familiar (PAF) é uma síndrome genética de herança autossômica dominante decorrente da mutação no APC, gene supressor de tumor responsável pelo controle do crescimento celular e pela regulação da apoptose. O fenótipo clássico é caracterizado pela presença de milhares de pólipos adenomatosos em todo trato gastrointestinal, principalmente no cólon. Esses pólipos predispõem ao câncer colorretal (CCR), sendo responsáveis por menos de 1% dos casos, com aparecimento por volta da faixa etária de 50-60 anos quando o tratamento adequado não é instituído. A maioria dos pacientes encontram-se assintomáticos ou com sintomas inespecíficos, sendo a história familiar fundamental para suspeita diagnóstica. São sintomas possíveis: sangramento intestinal, alteração do hábito intestinal, dor abdominal e emagrecimento. A partir da história familiar, quantidade e tamanho dos pólipos, determina-se a classificação e orienta-se o melhor tratamento. O rastreio precoce dos familiares em risco é essencial para prevenção ao CCR e para maior sobrevida dos pacientes. Este estudo objetiva apresentar a conduta cirúrgica resolutiva no tratamento de uma Polipose Adenomatosa Familiar (PAF), evidenciando-a como prevenção para o câncer. Todos os aspectos éticos foram respeitados.Relato de Caso: Paciente, 20 anos, admitido em serviço de coloproctologia com queixa de diarreia e sangramento anal. Negou comorbidades, porém o pai já havia realizado polipectomia por colonoscopia. Ao exame físico, paciente apresentava-se normocorado, anictérico e acianótico, abdome plano, sem visceromegalias e ao toque retal não observou-se alteração. Paciente foi submetido à colonoscopia, a qual evidenciou incontáveis pólipos maiores que 1 cm, desde o sigmóide à válvula ileocecal, sendo realizada biópsia de 3 pólipos à 25, 60 e 90 cm da fenda anal. O histopatológico revelou histologia vilosa com displasia de alto grau. O teste genético realizado demonstrou defeito na APC, confirmando diagnóstico de PAF. Assim, optou-se pela realização de proctocolectomia total com anastomose ileoanal. Paciente evoluiu bem no pós-operatório, sem intercorrências.Conclusões: O tratamento recomendado para redução do risco de CCR em pacientes com PAF é a cirurgia, a qual deve considerar as particularidades e individualidades de cada paciente. As opções cirúrgicas disponíveis incluem a colectomia total com ileorretoanastomose e a proctocolectomia total com ileostomia terminal ou com bolsa ileal em J.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 864

TÍTULO DO TRABALHO: PSEUDOMIXOMA PERITONEAL: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RAIZA SAMEICA ESPER1; JOAO HENRIQUE BOTTO DE OLIVEIRA1; RODRIGO CAMPOS OCARIZ1; FLORA SPECIAN SARTORI1; CAMILA MATSUNAGA DE ANGELIS2; MIRIAM TREVISAN2; LUCIANA REGINA MOREIRA2; FRANCISCO CALLEJAS NETO3; EVERTON CAZZO3. 1. CENTRO MÉDICO DE CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL; 2. MULTIPAT, CAMPINAS - SP - BRASIL; 3. UNICAMP, CAMPINAS - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O pseudomixoma peritoneal (PMP) é uma neoplasia incomum, de curso indolente, caracterizada pela presença de ascite mucinosa ou implantes na cavidade peritoneal. Comumente, origina-se de lesões primárias no apêndice cecal ou no ovário. Objetivo: Descrever um caso de PMP. Método: Relato de caso baseado em dados coletados através de prontuário médico e entrevista clínica. Revisão de literatura através de pesquisa on-line nas bases de dados Medline e Lilacs. Resultados: GCA, masculino, branco, 72 anos, há 6 meses com dor abdominal difusa associada à perda de 12 kg no período. Ultrassonografia revelou cistos renais simples. Colonoscopia mostrou 03 pólipos (adenomas tubulares com displasia de baixo grau). Após 3 meses, houve aumento da dor e piora das náuseas. Endoscopia digestiva alta não mostrou anormalidades. Ressonância magnética revelou: cistos renais simples; líquido livre em moderada quantidade na cavidade abdominal; espessamento omental difuso; espessamento peritoneal com formações nodulariformes esparsas; aparente aumento do calibre do apêndice cecal com possível conteúdo mucóide intraluminal. Biópsia guiada por tomografia revelou tecido fibroso de aspecto desmoplásico, infiltrado por extenso componente mucinoso, sugestivo de carcinoma mucinoso; estudo imunoistoquímico compatível com adenocarcinoma do trato digestivo. CEA com valor de 44,3ng/ml. À laparotomia, achado de grande quantidade de mucina intra-abdominal, omento endurecido e infiltrado, com múltiplos implantes em peritôneo parietal e apêndice roto com tumor de 4 cm e saída de mucina. Realizada cirurgia citorredutora com omentectomia, ressecção dos implantes e apendicectomia. Não houve intercorrências pós-operatórias; o paciente recebeu alta no 7º dia após a cirurgia. O anátomo-patológico revelou uma neoplasia de baixo grau infiltrando extensamente apêndice e omento (PMP pT4), sem invasão angiolinfática ou perineural. Conclusões: A neoplasia epitelial de apêndice constitui 1% dos canceres colorretais. A doença avançada na maioria das vezes é resultado de perfuração tumoral e semeadura de células tumorais, levando ao PMP. Metástases linfonodais e extraperitoneais são raramente percebidas. Devido à natureza indolente do PMP, os pacientes podem se apresentar com sintomas vagos de distensão abdominal e dor, muitas vezes levando retardo diagnóstico. Atualmente a tratamento padrão do PMP é a cirurgia citorredutora completa que aumenta o prognóstico de sobrevida do paciente.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 818

TÍTULO DO TRABALHO: PSEUDO-OBSTRUÇÃO COLÔNICA AGUDA (SÍNDROME DE OGILVIE) PÓS-GASTRECTOMIA SUBTOTAL NO ADENOCARCINOMA GÁSTRICO ? RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: AIRTON ZOGAIB RODRIGUES1; PAULO CEZAR DE GODOY JUNIOR2; TIAGO REZENDE SAVIAN2; LUCAS TRALDI JUBRAN2; MESSIAS ELIAS NETO1. 1. HOSPITAL ANA COSTA DE SANTOS, SANTOS - SP - BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA - UNIMES, SANTOS - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A pseudo-obstrução colônica aguda, também conhecida como síndrome de Ogilvie, é caracterizada por uma dilatação progressiva do cólon na ausência de obstrução mecânica distal do intestino. É uma afecção esporádica, muitas vezes sub-notificada e com compreensão incompleta sobre sua incidência. Tem prevalência em pacientes idosos, do sexo masculino, sendo uma complicação associada a múltiplos fatores entre os quais os procedimentos operatórios, comorbidades, infecções, distúrbios hidro-eletrolíticos e utilização de medicamentos específicos.Relato de caso: Trata-se de um caso de pseudo-obstrução colônica aguda pós-gastrectomia subtotal por adenocarcinoma gástrico, em paciente de 88 anos, do sexo masculino, com quadro de melena esporádica, anemia, epigastralgia em queimação, fraqueza geral e emagrecimento de 3Kg há 3 meses. A esofagogastroduodenoscopia revelou extensa lesão úlcero-infiltrativa em corpo e antro gástricos, cuja biópsia revelou adenocarcinoma ulcerado e invasivo. Paciente classificado como ASA III, realizou-se gastrectomia subtotal à D1 com reconstrução em ?Y de Roux? transmesocólica. Durante o ato operatório, foi notada distensão generalizada do cólon, sem sinais de obstrução mecânica, obrigando a uma descompressão do cólon esquerdo e sigmóide com sonda retal introduzida por via endoanal e retirada ao final da operação. No pós operatório paciente apresentou íleo paralítico, com distensão progressiva do cólon, que obrigou à descompressão gástrica. Diagnosticou-se pseudo-obstrução aguda do cólon por radiografia simples do abdome. Houve a necessidade de tratamento descompressivo colonoscópico, possibilitando alta-hospitalar no 14º dia de internação. Atualmente o paciente encontra-se bem e em seguimento ambulatorial.Conclusão: De fisiopatologia exata desconhecida, mas com potencial de morbi-mortalidade importante, a pseudo-obstrução aguda do cólon deve ter diagnóstico célere e o tratamento colonoscópico descompressivo, realizado por profissional experiente, é seguro e efetivo

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2155

TÍTULO DO TRABALHO: RADIOTERAPIA NEOADJUVANTE EM CÂNCER DE RETO BAIXO ESTÁGIO I ? CLÍNICA REIS NETO, CAMPINAS ? SP

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GABRIELA MOREIRA COSTA1; LORELLA MIRANDA AURICCHIO1; REGINA GREILBERGER RIBEIRO2; GUILHERME ZUPO TEIXEIRA2; ANTONIO JOSE TIBURCIO ALVES JUNIOR2; SÉRGIO OLIVA BANCI2; JOSÉ ALFREDO DOS REIS JÚNIOR2; JOSE ALFREDO DOS REIS NETO2. 1. PUC CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL; 2. CLINICA REIS NETO, CAMPINAS - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A taxa de mortalidade no câncer do reto baixo está relacionada com a incidência de recorrência local, nos primeiros 5 anos. Para os tumores estágio I, a excisão local vem sendo cada vez mais utilizada, mas estudos recentes mostraram uma maior taxa de incidência de recorrência local. Portanto, radioterapia pré-operatória deve ser considerada mesmo para estes tumores, como uma tentativa de prevenir a recorrência e fornecer cura.OBJETIVO: Mostrar a eficácia da radioterapia neoadjuvante em câncer de reto baixo estágio I em uma população de coorte.MÉTODO: Um estudo de coorte em um banco de dados prospectivo foi feito com um total de 75 pacientes considerados como o câncer de reto baixo estágio I. Radioterapia pré-operatória de longa duração 4500 cGy foi realizada neste grupo selecionado de pacientes e acompanhados por um período mínimo de cinco anos.RESULTADOS: O grupo estágio I / T1 teve 27 pacientes. Todos os pacientes apresentaram resposta completa ao tratamento e não houve necessidade de cirurgia. Em cinco anos de acompanhamento, não houve recorrência. O grupo estágio I / T2 tinha 48 pacientes. Após a radioterapia neoadjuvante, 8 pacientes tiveram de ser submetidos a cirurgia por lesão persistente. Estes foram submetidos a excisão local, mas o resultado anatomopatológico não mostrou nenhum caso de câncer residual. Apenas 1 paciente deste grupo apresentou recidiva (metástase pulmonar).CONCLUSÃO: Irradiação pré-operatória de 4500 cGy não só reduziu a taxa de recorrência e mortalidade local, mas também reduziu a indicação para cirurgia em pacientes com câncer de reto baixo no estágio I.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 700

TÍTULO DO TRABALHO: RARO CASO DE HEMATOMA INTRALUMINAL EM CÓLON SECUNDÁRIO A TRAUMA CONTUSO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANA CELIA DINIZ C. BARBOSA ROMEO1; GUSTAVO DOS SANTOS CERQUEIRA SILVA2; ALVARO NONATO DE SOUZA2; IGOR LOBÃO FERRAZ2; JORGE ALBERTO DE RESCALA2; MÁRCIO ANDRADE SILVA FREIRE2; ÁVIO MOTA BRASIL NETO2; ALAN FONSECA AIRES2. 1. HOSPITAL DO SUBÚRBIO, SALVADOR - BA - BRASIL; 2. HOSPITAL ANA NÉRI, SALVADOR - BA - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Relato de caso de paciente apresentado hematoma de cólon ascendente secundário a trauma contuso, conduta posterior e evolução.RELATO DE CASO: Paciente masculino, 18 anos, refere dor em fossa ilíaca direita, em cólica, de leve intensidade, após partida de futebol há 7 dias. com piora significativa da dor há 5 dias. Admitido com estabilidade hemodinâmica e queixa de dor importante em FID. Ao exame físico paciente em regular estado geral, normocorado, normocárdico, afebril. Abdome plano com ruídos hidroaéreos presentes, tenso, doloroso à palpação em fossa ilíaca direita e sem sinais de irritação peritoneal. Realizada tomografia computadorizada de abdome que evidenciou imagem alongada e heterogênea, intraluminal, em cólon ascendente e pequena quantidade de líquido livre em cavidade. Colonoscopia com achado de lesão subepitelial com ulcerações/necrose focais em cólon ascendente. Exames laboratoriais sem alterações. Paciente foi submetido a videolaparoscopia, sendo visualizada grande tumoração em parede de cólon ascendente, que poupava ceco e válvula ileocecal, porém estendia-se até a proximidade da flexura hepática do cólon, de paredes finas e algo friável, coloração violácea, sugestiva de hematoma. Devido a difícil mobilização de cólon, sem ser possível preensão do mesmo com pinças laparoscópicas, foi optado por conversão laparotômica. No intraoperatório foi visualizado pequena quantidade de liquido livre hemático e massa previamente descrita em cólon direito. Realizada hemicolectomia direita e confeccionada anastomose terminoterminal ileotransverso. Encaminhada peça cirúrgica para estudo anatomopatólogico que revelou hematoma colônico. Paciente evolui no pós-operatório com estabilidade clínica e hemodinâmica, recebeu alta no 5º DPO sem intercorrências. CONCLUSÃO: Apesar de descritas na literatura, lesões em cólon secundárias a trauma contuso são pouco frequentes na prática médica, possuindo alta incidência de morbidade e mortalidade. No trauma contuso o fígado e o baço estão entre os órgãos mais afetados. Casos de lesão em cólon durante esportes são ainda mais raros. Tomografia de abdome é o exame de escolha em pacientes vítimas de trauma contuso com estabilidade hemodinâmica. O tratamento optado foi hemicolectomia direita, considerando a extensão da lesão, com anastomose primária, com excelente evolução.

CODIGO DO TRABALHO: 1653

TÍTULO DO TRABALHO: Recidiva de Adenocarcinoma Primário de Cólon (T1) após Tratamento Cirúrgico com Intenção Curativa: Um Relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JULIANA ALVES DA SILVA1; EDUARDA VIDAL ROLLEMBERG2; MILHEM JAMELEDIEN KANSAON3. 1. UNIBH, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. UCB, BRASÍLIA - DF - BRASIL; 3. MATER DEI, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O câncer colorretal (CCR) é a neoplasia maligna mais comum do aparelho digestivo1. Os adenocarcinomas correspondem a cerca de 95% dos tumores colorretais3, os quais possuem como lesão precursora os pólipos adenomatosos. Ocorrem após alterações genéticas em combinação com mudanças ambientais, e num período de aproximadamente 10 anos evoluem para carcinoma invasivo. A intervenção terapêutica depende do estadiamento clínico do tumor e envolve tanto a cirurgia como a associação com quimioterapia adjuvante. O sistema de estadiamento mais utilizado atualmente é denominado Sistema TNM. Entretanto, cada vez mais tem se discutido este sistema, visto que pacientes com o mesmo estadio podem ter evoluções clínicas diferentes e prognósticos variáveis.Relato do caso: Paciente, 75 anos. Apresentou há 3 anos após colonoscopia, pólipo pediculado em cólon sigmoide com anatomopatológico da peça de polipectomia evidenciando adenocarcinoma sem especificação do nível de invasão. Realizado retossigmoidectomia, sendo que novo exame anatomopatológico não encontrou sinais de neoplasia em peça cirúrgica e 18 linfonodos sem sinais de metástases. Em controle oncológico regular, compareceu com queixa de dor pélvica. No PET-TC mostrou 2 lesões hipermetabólicas na pelve, uma em região de anastomose colorretal, colonoscopia sem alteração. Realizado exenteração pélvica com confirmação de recidiva/metástase retroperitoneal de adenocarcinoma colorretal em dois nódulos de 3 e 5 cm de diâmetro, presença de metástases da doença em 3 de 27 linfonodos dissecados e invasão angio-linfática e ?Tumor Budding?. Boa evolução pós-operatória.Conclusão: O sistema de estadiamento TNM possui limitações que podem não mostrar o real grau de agressividade dos tumores. Pacientes classificados como estadios iniciais I e II e que recebem apenas tratamento cirúrgico, podem evoluir desfavoravelmente. Considerar o Fenômeno do Brotamento Tumoral tem se mostrado cada vez mais adequado, por permitir que pacientes antes reservados apenas à cirurgia, se beneficiem da Quimioterapia Adjuvante, o que pode mudar a evolução clínica da doença e diminuir chances de recidivas. Eventos clínicos e macroscópicos também merecem ser contemplados em classificações prognósticas, pois quando aliados ao procedimento cirúrgico curativo e aos subsídios fornecidos pela microscopia podem melhor individualizar subgrupos de doentes com parâmetros semelhantes de sobrevida, influenciando na terapêutica aplicada e no prognóstico.

CODIGO DO TRABALHO: 1497

TÍTULO DO TRABALHO: Recidiva de neoplasia de cólon em portal de videolaparoscopia

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ISADORA ÍSIS FERNANDES VIEIRA1; ALEXANDRE CHARTUNI PEREIRA TEIXEIRA2; FERNANDO SABINO3; ADRIANO PAMPLONA3; SUELLEN VIEIRA DA SILVA4. 1. HOSPITAL REGIONAL DE SOBRADINHO, BRASÍLIA - DF - BRASIL; 2. HOSPITAL SANTA LÚCIA, BRASÍLIA - DF - BRASIL; 3. HSL, BRASÍLIA - DF - BRASIL; 4. HRS, BRASÍLIA - DF - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A cirurgia laparoscópica no tratamento da neoplasia colorretal faz parte da prática cirúrgica atual em diversos centros no Brasil e no mundo. Entretanto, a experiência inicial de vários autores relatava um número considerável de recidivas da neoplasia ressecada nos portais da laparoscopia. Isto levou a preocupações quando a técnica foi introduzida. Porém, estudos recentes e com grande número de pacientes submetidos a cirurgia colorretal laparoscópica não evidenciaram estes resultados ruins, e a recidiva nos locais dos portais tornou-se algo raro. Neste trabalho, relatamos o caso de um paciente com recidiva de neoplasia colorretal no portal da laparoscopia. Relato do Caso: Paciente do sexo masculino, 85 anos, com história de neoplasia de reto médio, submetido a retossigmoidectomia por videolaparoscopia há cerca de 2 anos. Em acompanhamento pós-operatório com PET-CT foi evidenciado nódulo hipercaptante do rádiofármaco em local da punção do trocater de 12 mm, em fossa ilíaca direita, compatível com recidiva tumoral. Não houve redução do tamanho nódulo ou da captação com o início da quimioterapia. O paciente foi então submetido a cirurgia de ressecção do portal, com margem adequada e reconstrução da parede abdominal com tela de polipropileno. Apresentou evolução pós-operatória excelente, recebendo alta no dia seguinte à cirurgia. Análise histopatológica confirmou o diagnóstico de adenocarcinoma. Conclusão: As recidivas de neoplasias nos portais de videolaparoscopia são raras atualmente. Sua incidência é maior no início da curva de aprendizado e passos técnicos e cuidados especiais devem ser tomados para se reduzir ainda mais a incidência desta complicação.

CODIGO DO TRABALHO: 683

TÍTULO DO TRABALHO: Reconstrução de Trânsito Intestinal após Cirurgia de Hartmann, um Relato de Caso.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FLAVIANY MARIA SANTIAGO FORTE; DANIEL HARDY MELO; SAMUEL SAMPAIO ALCÂNTARA; ELADIO PESSOA DE ANDRADE FILHO. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, SOBRAL - CE - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A cirurgia de Hartmann é um procedimento onde há a realização de uma colostomia terminal e o fechamento do coto distal do intestino grosso, visando reduzir a deiscência de anastomoses primárias. As taxas de morbimortalidade da operação de reconstrução do trânsito intestinal após procedimento de Hartmann variam em até 50%. RELATO DE CASO: M.J.S., 66 anos, refere que há 3 anos foi diagnosticada com adenocarcinoma de colón e foi submetida a colectomia parcial, onde foi retirada parte superior do segmento do reto e parte inferior do sigmoide, permanecendo com colostomia. Realizou quimioterapia adjuvante ao tratamento cirúrgico. Relata grande vontade de ?retirar a bolsa? (sic). Foi admitida para reconstrução de trânsito intestinal, após 3 anos da colostomia. Sem outras comorbidades. Ao exame físico encontrava-se sem alterações, abdome com colostomia à esquerda, sem sinas de inflamação e necrose. O procedimento cirúrgico de reconstrução de trânsito intestinal foi realizado após adequada assepsia e antissepsia, realizando descolamento de colostomia prévia em flanco esquerdo de parede abdominal, com fechamento transitório da alça terminal. Foi realizada incisão mediana xifopubiana sobre cicatriz cirúrgica prévia, diérese por planos com lise de bridas e aderências, identificação e preparo do coto retal, liberação e preparo do cólon da colostomia, com desbridamento de bordos, anastomose termino-terminal entre cólon descendente e colo retal com Prolene 3-0, sutura contínua, aposição de dreno e síntese por planos. Paciente evoluiu no 1º dia P.O. com vômitos e hipocorada, porém sem outros achados, fazendo uso de Metronidazol e Ciprofloxacino. Ao 4º dia P.O. referiu flatos, evoluindo para dieta líquida restrita com boa aceitação. Ao 10º dia P.O. referiu defecação, negava dores abdominais. Ao 12º dia de P.O iniciou dieta branda, com boa aceitação. Ao 14º dia P.O a paciente evolui sem queixas, aceitando bem a dieta, deambulando, com diurese fisiológica, flatos e evacuações presentes, tendo alta hospitalar. CONCLUSÃO: Concluímos que, apesar da grande morbimortalidade encontrada para a cirurgia de reconstrução de trânsito intestinal, ao realizar preparo e escolha adequada do paciente minimiza-se as complicações intra e pós-cirúrgicas. Juntamente com adequadas técnicas cirúrgicas e cuidados pós-operatórios, é possível obter um tratamento bem sucedido, auxiliando o paciente a alcançar um bem-estar físico e psíquico devido a reversão da colostomia.

CODIGO DO TRABALHO: 991

TÍTULO DO TRABALHO: RELATO DE CASO DE LACERAÇÃO DE ESFÍNCTER ANAL PÓS HEMORROIDECTOMIA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LIGIA GARCIA DOS SANTOS; VANESSA SCREPANTE FORTE; MARIA PIA GOMES DE OLIVEIRA FREDERICO; VANESSA PIRES MARUITI; GIOVANNA SABAGE; BRUNA CANSIAN. PUCPR - LONDRINA, LONDRINA - PR - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Lesões do tipo lacerações de esfíncter anal são causados por traumas obstétricos, cirúrgicos ou doenças colorretais como complicações de hemorroidectomias1. A incidência em alguns estudos chega a de 7,3% de lacerações de 3º e 4º graus sendo uma prevalência da lesão de 4-7% doze meses após o parto2 e de de 7.3-29% entre o segundo e sexto mês após o parto3. Por outro lado, a literatura referente à hipotonia com incontinência parcial, causada por complicação da hemorroidectomia, é escassa, mostrando uma prevalência de 3.3%4. Este tipo de lesão, causa constrangimento psicológico, social e profissional, e ainda gera desconforto em se expor ao procurar um especialista1,2.Objetivo: O relato objetiva demonstrar como a esfincteroplastia causa melhora no escore de Waxner de incontinência.Relato de caso: FDSM, F, 52 anos, relato de desconforto anal e queimação em região anal e perianal devido a incontinência fecal e de gazes desde hemorroidectomia há 10 anos. De início leve e perda de conteúdo liquido, após consulta foi indicado fisioterapia, que não foi realizada. Há três anos a incontinência tornou-se grave com necessidade de uso de forro constantemente. Ao exame óstio anal entreaberto e hipotonia esfincteriana e uma cicatriz anterior direita, da hemorroidectomia, e falha de tecido esfincteriano junto à cicatriz prévia, quadrante supero-direito. Classificação de lesão perineal de terceiro grau A e Escore de Wexner de 20. Indicado esfincteroplastia anal. A paciente realizou exames clínicos no pré-operatório, internamento na noite anterior da cirurgia para realização de limpeza intestinal baixa, sem preparo de cólon. Na indução anestésica recebeu dose de antibiótico-profilaxia padrão. Anestesia peridural. Incisão curvilínea, e uso de técnica de sobreposição, fio de vicryl. Realizada uma incisão curvilínea à margem anal anterior, liberado o tecido cicatricial e avançando no sentido lateral de modo a identificar as duas extremidades do esfíncter anal externo. Identificando as extremidades do esfíncter anal externo foram liberados e tracionados no sentido medial, por meio de técnica de sobreposição, com fio de vicryl, três pontos separados. A mucosa excedente foi retirada e suturada com fio absorvível. Após 6 meses de cirurgia: a paciente relatou grande melhora, porém com cuidados no tipo de alimentos. Escore de Wexner em 6 meses: 12 pontos. Em doze meses: 9.Conclusão: A cirurgia foi eficaz em diminuir o escore de incontinência.

CODIGO DO TRABALHO: 410

TÍTULO DO TRABALHO: Relato de caso de paciente com Polipose Adenomatosa Familiar (PAF) submetida a colectomia total vídeo laparoscópica.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: VITOR RAFAEL PASTRO; DENISEGRAFFITTI D?AVILA; ADRIELI HELOISA CAMPARDO PANSANI; IGOR ARANTES DE OLIVEIRA GÓES; CELENE BENEDITI BRAGION; DANIELLE DE CAMPOS PESETO; KAREN MAYURI KATO; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Entre os casos de câncer colorretal (CCR) associados a síndromes hereditárias destacam-se os casos de Polipose Adenomatose Familiar (PAF). Definida como uma doença cuja principal característica é a presença de um grande número de pólipos adenomatosos e que pode apresentar variações quanto ao grau de diferenciação dos mesmo, ao número de pólipos e às manifestações extracolônicas. Apesar de rara, correspondendo a cerca de 1 % dos casos de CCR da população, seu diagnóstico é fundamental afim de previnir novos casos de CCR em descendentes de pacientes com PAF. Relato de Caso: Mulher de 23 anos, com antecedente familiar de PAF associado a tumores desmóides (mutação no codon 1444 ? hotspot) como causa de morte. Apresentava quadro de hematoquezia sendo submetida a colonoscopia que evidenciou polipose preservando o reto. Medicada com Meloxican 30 mg/dia e indicada colecotomia total laparoscópica com ileorretoanastomose laterotermial, evoluindo bem com alta no quarto pós operatório.Conclusão: A PAF é uma doença rara, associada a cerca de 1% dos casos de CCR, podendo apresentar variações quanto ao número de pólipos, grau de diferenciação e presença ou não de manifestações extracolônicas. O diagnóstico e a abordagem precoce são fundamentais na prevenção de novos casos e a via laparoscópica mostrou-se segura e factível.

CODIGO DO TRABALHO: 2440

TÍTULO DO TRABALHO: Relato de caso de Tumor de Buschke-Löwenstein

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CLAUDIA THEIS; STEPHANIE THEISEN KONZEN; BRUNO LORENZO SCOLARO; GUSTAVO BECKER PEREIRA; RODRIGO BECKER PEREIRA. UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ, ITAJAÍ - SC - BRASIL.

RESUMO:
RESUMO: O tumor de Buschke-Löwenstein (TBL), condiloma acuminado gigante ou carcinoma verrucoso de Ackerman é uma doença epitelial benigna que afeta a região anogenital, sexualmente transmitida, a qual tem sido associada ao papiloma vírus humano, principalmente os subtipos 6 e 11. A incidência é de, aproximadamente, 0,1% na população geral. Histologicamente apresenta aspecto benigno, porém clinicamente demonstra comportamento de malignidade ao infiltrar tecidos adjacentes e apresentar alta recorrência após o tratamento (60-66%). Outros fatores implicados são má higiene, irritação crônica, prosmicuidade e imunossupressão. O rápido crescimento deste tumor costuma estar associado a deficiências da imunidade, como aids. A primeira linha de tratamento é a excisão radical da lesão associada ou não à quimioterapia adjuvante.RESULTADOS: Paciente masculino, 20 anos, com DM tipo I, procurou atendimento médico referindo apresentar há 2 meses proctalgia e sangramento anal vermelho vivo após evacuações evidenciado no papel higiênico em pequena quantidade. Relatava relação homoafetiva (passiva e ativa) há 3 anos e com parceiro fixo há 1 ano. Ao exame físico apresentava presença de múltiplas lesões condilomatosas em região perianal, circunferencial, variando de 1 a 4mm. À anuscopia apresentava lesão vilosa, irregular, acometendo circunferencialmente o canal anal, com 10cm de extensão. Realizado sorologias com resultado positivo para HIV. Realizado biópsias da lesão que evidenciaram carcinoma verrucoso e solicitado estadiamento oncológico com RNM de abdome total, TC de tórax e exames laboratoriais. Discutido caso com serviço de oncologia que iniciou processo para realização de QT/RT.CONCLUSÃO: Em razão da baixa incidência da patologia, o relato do presente caso se torna importante para o aprendizado médico.

CODIGO DO TRABALHO: 880

TÍTULO DO TRABALHO: RELATO DE CASO: ADENOCARCINOMA DE CÓLON SIGMÓIDE ASSOCIADO A CISTOADENOMA SEROSO MICROCÍSTICO DE PÂNCREAS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DIEGO PALMEIRA RANGEL; LAERCIO ROBLES; ALEXANDER DE SA ROLIM; HUGO HENRIQUES WATTE; ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; ROGÉRIO FREITAS LINO DE SOUZA; EDUARDO AUGUSTO LOPES; JANAINA WERCKA. HOSPITAL SANTA MARCELINA, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Tumores císticos do pâncreas são geralmente achados incidentais de exames de imagem, constituindo 5% das neoplasias pancreáticas. A variação mais frequente é a microcística, que consiste em lesão hipoecóica, heterogênea, com septos finos determinando aspecto em ?favo de mel?. Os cistoadenomas microcísticos serosos são 99% benignos e representam 15% dos tumores císticos do pâncreas, localizando-se na cauda e corpo do órgão. Tumores colorretais com lesões sincrônicas colônicas ou extra-colônicas ocorrem em cerca de 3 a 5% dos casos, devendo sempre ser investigados no estadiamento;Objetivo: Relatar achado incidental de cistoadenoma seroso de pâncreas e sua ressecção simultânea ao tratamento de neoplasia de cólon sigmóide.Descrição do caso: Feminina, 68 anos, branca, hipertensa e diabética. História de dor tipo cólica em hipogástrio, emagrecimento de 12% do peso corporal, hematoquezia intermitente e astenia há 6 meses. Exame físico abdominal não demonstrava alterações. Submetida a colonoscopia com achado de lesão estenosante, ulcerada e friável de 5 cm de extensão em sigmóide. A biópsia revelou Adenocarcinoma. Na avaliação tomográfica de tórax, abdômen e pelve observou-se espessamento concêntrico na transição retossigmóide de 6 cm e uma massa de 7x5x6 cm em cauda de pâncreas de aspecto sólido lobulado e heterogêneo com algumas calcificações de permeio e o antígeno carcinoembrionário foi de 1,6ng/ml. Realizou vacinação contra germes encapsulados e foi submetida à retossigmoidectomia por tumoração em sigmóide distal e pancreatectomia corpo-caudal com esplenectomia por lesão pancreática multicística. A histopatologia da retossigmoidectomia identificou adenocarcinoma moderadamente diferenciado vegetante e infiltrativo com microculcerações, com invasão até tecido gorduroso pericólico com margens livres, ausência de invasão perineural e linfática em 18 linfonodos (II-T4AN0M0). A pancreatectomia corpo-caudal com esplenectomia constatou cistoadenoma microcístico seroso do pâncreas de 7x7 cm com 3 linfonodos peripancreáticos com hiperplasia linfóide, baço sem anormalidades. A paciente teve boa evolução e alta ao sexto dia de pós-operatório.Conclusão: O estadiamento oncológico é essencial na avaliação pré-operatória do câncer colorretal, permitindo tratamento cirúrgico simultâneo e, por vezes, definitivo da doença oncológica e de outras lesões, como neste caso de cistoadenoma seroso de pâncreas.

CODIGO DO TRABALHO: 2205

TÍTULO DO TRABALHO: RELATO DE CASO: CÂNCER COLORRETAL EM INTERVALO DE RASTREAMENTO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCOS DANIEL DA SILVA1; FELIPE CUNHA MEZZOMO2; CAROLINA REINBRECHT BERNINI1; DANIELE ROBERTO1; THAÍS LEITE SECCHI1; MARIANA SILVEIRA SUÑE1; MARCELO ALEXANDRE PINTO DE BRITTO1. 1. UCPEL, PELOTAS - RS - BRASIL; 2. UFPEL, PELOTAS - RS - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O câncer colorretal (CCR) possui uma mortalidade anual de mais de 500 mil indivíduos e configura a quarta causa de morte por câncer no Brasil. A história natural do CCR baseia-se, principalmente, na sequência adenoma-carcinoma. A abordagem colonoscópica é o ?padrão ouro? para o diagnóstico e existem fortes evidências indicando intervalo padrão para a vigilância após uma colonoscopia que retirou pólipos. Apesar de muito incomuns, ocorrem casos de detecção de câncer após uma colonoscopia normal, dentro do tempo indicado de intervalo. Relato de caso: G. N. S., 74 anos, sexo feminino, branca, hipertensa, diabética. Paciente com diarreia aquosa, de grande intensidade por um período de 40 dias mesmo com o uso de medicações sintomáticas. Realizado colonoscopia que demonstrou pandiverticulose colônica e grande lesão de espalhamento lateral e superfície vilosa e granular ocupando cerca de 50% da circunferência colônica, sem área de ulceração. A biópsia revelou tratar-se de adenoma túbulo-viloso com displasia de baixo grau. Devido ao diagnóstico e as proporções do adenoma de ceco foi indicado tratamento cirúrgico (íleo-colectomia direita). Uma revisão dos exames anteriores da paciente revelou que ela havia realizado duas colonoscopias de rastreio previamente a colonoscopia diagnóstica, sendo a última há menos de 5 anos (ambas com resultados normais). Conclusão: Os casos de câncer após uma colonoscopia negativa são incomuns, chegando a 5% em alguns estudos. Isso pode ser explicado de duas formas: lesões que passaram despercebidas no exame colonoscópico ou lesões de crescimento acelerado que se desenvolveram após o rastreio. Em ambos os casos, as lesões são mais comuns em cólon direito e ceco. Lesões não identificadas ocorrem principalmente em ceco, flexura esplênica e reto, e isso se deve a alguns fatores como dificuldade de visualização do ceco, preparo inadequado ou inexperiência do examinador. Por outro lado, estudos mostram diferenças na expressão gênica de cânceres de cólon direito e esquerdo, podendo acarretar em crescimento acelerado de alguns tumores. A realização de rastreio de acordo com o protocolo e consequentemente a detecção precoce de pólipo/câncer são meios que podem reduzir a morbimortalidade da doença. No entanto, existem casos em que o progresso da doença difere do habitual, sendo de rápida evolução e não detectada no rastreio adequado.

CODIGO DO TRABALHO: 1976

TÍTULO DO TRABALHO: RELATO DE CASO: CÂNCER DE CÓLON TRANSVERSO COM METÁSTASE METACRÔNICA EM MESORRETO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LUANA BRINGHENTI1; JOHANNA JOHANN1; TATIANA MIE MASUKO1; FERNANDO JOSÉ SAVÓIA DE OLIVEIRA1; DIEGO INÁCIO GOERGEN1; RODRIGO DE PIERI COAN1; MONICA ALEXANDRA JIMENEZ ZERPA1; RAISA BRINGHENTI2. 1. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, SANTA MARIA - RS - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O câncer de cólon é um dos cânceres mais comumente diagnosticados em todo o mundo, sendo o terceiro câncer mais incidente em homem e o quarto em mulheres. Apresentamos um caso raro de câncer de cólon transverso com metástase metacrônica em mesorreto. Caso: Paciente masculino, 59 anos, hipertenso, com história de neoplasia em cólon transverso proximal em 2014, diagnóstico por colonoscopia. Estadiamento pré-operatório não demonstrou metástases a distância ou tumores sincrônicos. Níveis de antígeno carcinoembriônico (CEA) dentro da normalidade. Foi submetido a ressecção através de ileocolectomia com ileotransverso anastomose. Anatomopatológico evidenciou adenocarcinoma moderadamente diferenciado invadindo a gordura pericolônica (T4), com invasão angiolinfática e metástase em 1 linfonodo de 35 ressecados. Realizou adjuvância com 8 ciclos de capecitabina e oxaliplatina. Após dois anos de seguimento, realizou tomografia de controle que demonstrou nódulo perirretal a direita, de limites imprecisos e contornos irregulares, medindo 2,4x2,1cm, mais provavelmente relacionado à linfonodomegalia patológica. Colonoscopia, tomografia de tórax e abdome superior e níveis séricos de CEA não apresentavam alterações. Realizado controle radiológico em 3 meses que evidenciou aumento das dimensões da lesão para extensão de 4,1x3,5x3,8cm, junto a gordura perirretal. Devido a forte suspeita de recidiva neoplásica, foi submetido a laparotomia exploradora. Identificada lesão pélvica comprometendo a gordura mesorretal a direita, aderida fortemente a parede posterior da bexiga e ao sacro em região postero-lateral direita. Ao exame da cavidade abdominal, não foram observados sinais de recorrência. Realizada ressecção da lesão através de retossigmoidectomia com ressecção total do mesorreto e colostomia terminal. Anatomopatológico compatível com adenocarcinoma pouco diferenciado em tecido mesorretal com invasão da parede retal, sem comprometer a mucosa, com invasão angiolinfática e perineural e com limites circunferenciais e distal comprometidos. Avaliado pela oncologia e radioterapia que indicaram tratamento paliativo combinado. Conclusão: O caso apresentado tem sua importância, pois demonstra que a metástase metacrônica do câncer colônico para o mesorreto, que apesar de extremamente rara, é possível, devendo se dar atenção a essa região durante a avaliação de imagem pré-operatória dos tumores colônicos.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 908

TÍTULO DO TRABALHO: RELATO DE CASO: CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE CANAL ANAL ESTÁDIO IV

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOÃO AUGUSTO DOS REIS GUERRA1; TALITA VILA MARTINS2; NATHALIA SALVAGNI CASTRO3; RAPHAEL BRONZATO WINK3; RÔMULO GONÇALVES GOMES3. 1. UNOESC - UNIVERSIDADE DO OESTE DE SANTA CATARINA, JOAÇABA - SC - BRASIL; 2. UFPEL - UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS, PELOTAS - RS - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS, PELOTAS - RS - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O carcinoma epidermóide é a neoplasia maligna mais comum do canal anal, sua incidência vem aumentando devido à maior exposição aos fatores de risco, em destaque, o Papilomavírus Humano (HPV). O diagnóstico deve ser suspeitado quando o quadro clínico é compatível e confirmado pela biópsia da lesão. Porém, uma parcela da população não apresenta sinais e sintomas da doença, desse modo pode ser procedido o rastreio nos indivíduos de maior risco.RELATO DO CASO: J.B.M., masculino, 44 anos, tabagista 10 maços/ano, sem comorbidades prévias ou uso de medicações contínuas. Apresentou, inicialmente, tenesmo, evacuação dolorosa e fezes muco sanguinolentas. Foi submetido ao exame proctológico, com evidência de lesão vegetante, volumosa, na parede posterior do canal anal e reto inferior, e a biópsia que evidenciou carcinoma de células escamosas, invasivo, ulcerado, junto a linha pectínea, envolvendo o canal anal, indicativo de associação com HPV de alto risco. No estadiamento, foram identificados implantes neoplásicos secundários, no fígado, linfonodomegalia em cadeia ilíaca interna esquerda e aumento de linfonodos retroperitoneais, assim, foi definido um tumor T3N2M1 (estádio IV). Diante disso, foi realizado tratamento com quimioterapia e radioterapia, com vistas ao controle do sítio primário e mantida quimioterapia para implantes secundários. Na sequência, foi feita retossigmoidoscopia para avaliar resposta, que revelou extensa área escavada na mucosa, em parede posterior do reto e canal anal, medindo 4cm, a qual se estende da linha pectínea até o reto inferior, coberta por material brancacento, sem evidência de necrose ou sangramento. Havia também, na mucosa do reto, ectasias vasculares friáveis, algumas com sangramento espontâneo, compatível com retite actínica. O anatomopatológico revelou ausência de neoplasia nos cortes examinados.CONCLUSÃO: No Brasil, a infecção pelo HPV vem aumentando de forma exponencial, assim como a população de risco, entretanto não há protocolos para investigação de lesões percursoras de neoplasia do canal anal, disponíveis em todos os centros. Concluímos que há necessidade de rastreio desta patologia na população de risco. Uma alternativa com alta sensibilidade, baixo custo, pouca complexidade e fácil aplicação é a citologia, que pode ser instituída, em centros de menor complexidade, identificando a presença de condições predisponentes e referenciando esses doentes para centros especializados.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2665

TÍTULO DO TRABALHO: RELATO DE CASO: CISTOADENOMA DE APÊNDICE COMO CAUSA DE DOR ABDOMINAL CRÔNICA.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LUCAS ZAGO SCOPEL; FERNANDA ÁVILA; PRISCILA SORANZO ZAPPELINI; RAFAEL HARTOG RESSETTI; ROBERTA KRAUSE ROMERO; JOSÉ ANGELO MUNIZ; FERNANDA ZENI DA ROSA; CARLA LETICIA RIGO GRZYBOWSKI. HOSPITAL GERAL MATERNIDADE TEREZA RAMOS, LAGES - SC - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVO: O trabalho visa apresentar o relato de caso de um cistoadenoma mucinoso de apêndice, além de revisar conceitos básicos, diagnóstico, quadro clínico, tratamento e prognóstico. O objetivo é apresentar aspectos sobre essa rara condição, tendo em vista que o correto diagnóstico é muito importante para a seleção do tratamento cirúrgico adequado.MÉTODOS: Fora realizada a descrição de um relato de caso de uma paciente portadora de cistoadenoma de apêndice. A metodologia utilizada para discussão foi a revisão bibliográfica da técnica cirúrgica, de aspectos relacionados ao diagnóstico e tratamento da condição, bem como de sua apresentação histológica.RESULTADOS: Paciente de 68 anos com quadro de dor em fossa ilíaca direita (FID) há três anos, com exacerbação nas últimas semanas do diagnóstico, associada a náuseas, vômitos e inapetência. Os exames laboratoriais foram inespecíficos, sendo o diagnóstico sugerido por tomografia computadorizada (TC) e confirmada através do anatomopatológico após laparotomia exploradora, com evolução favorável no pós-operatório.CONCLUSÃO: A mucocele de apêndice é uma condição rara, com incidência de 0,2 a 0,7% dos achados anatomopatológicos em apendicectomias, sendo mais prevalente em mulheres (4:1) com mais de 50 anos. Não possui quadro clínico típico, geralmente apresentando-se como dor abdominal, mais proeminente em FID, podendo ser confundido com apendicite aguda. O diagnóstico geralmente é incidental durante o ato cirurgico ou exames de imagem; o tratamento é cirúrgico. Em relação a sobrevida, consta em literatura que o cistoadenoma mucinoso de apêndice apresenta de 91 a 100% em cinco anos.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1383

TÍTULO DO TRABALHO: RELATO DE CASO: DIVERTICULITE CECAL

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PAULO HENRIQUE NUNES FERREIRA A DE FARIA; CARLOS EDUARDO DE ARAÚJO PINHEIRO; CIBELLE MARION BERTOLLI; ALLISON TAKEO TSUGE. HOSPITAL RADAMES NARDINI, SAO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A doença diverticular dos cólons pode acometer 80% da população com mais de 80 anos de idade, e é pouco frequente em pacientes com menos de 40. Costumam respeitar a seguinte distribuição anatômica: 80% em cólon descendente e sigmóide, 10% em cólon transverso, 4% em ascendente e reto, e cerca de 2% em ceco.Em geral o divertículo de ceco se apresenta como lesão única benigna, e acredita-se ser congênito. Surge na 6ª semana de gestação como uma projeção sacular de ceco, o que o torna um divertículo verdadeiro por ter todas as camadas da parede colônica. Já os divertículos múltiplos acometem mais a população asiática e costumeiramente são pseudodivertículos.A diverticulite de ceco é uma rara patologia, de difícil diagnóstico, muitas vezes confundida com apendicite aguda. Curiosamente, foi descrita primeiramente por Potier em 1912 em uma moça de 32 anos. Apresenta baixa prevalência na população ocidental, com discreta dominância em descendentes asiáticos.Objetivo: Apresentar um caso incomum de diverticulite de ceco.Método: Análise de prontuário, entrevista de paciente, acesso a exames de imagem e laboratoriais, além de literatura médica pertinente.Resultados: Paciente masculino, 33 anos de idade, ingressou em nosso pronto socorro com dor em abdome superior e posterior migração à fossa ilíaca direita (FID). Referia evacuações habituais, sem diarréia ou vômitos. Estava em bom estado geral, abdome distendido, ruídos hidroaéreos presentes porém diminuídos, dor a palpação profunda de FID com peritonismo. Exames laboratoriais mostravam Hb=17,5g/dL, Ht=53,9%, leucócitos totais=16mil/mm³ sem desvio a esquerda, e PCR=70,16mg/L. A suspeita era de abdome agudo inflamatório, provável apendicite aguda, e fora internado com indicação cirúrgica de urgência. No intraoperatório foram achados vários divertículos em ceco, sendo que um, em base de apêndice, estava inflamado, perfurado e bloqueado, com saída de fecalito. Apresentava também processo inflamatório inicial em apêndice por contiguidade. A opção foi apendicectomia clássica, sutura de divertículo perfurado junto à base do apêndice com poliglactina 4-0 e posterior confecção de bolsa de Ochsner com invaginação de coto apendicular junto do divertículo suturado com polipropileno 4-0, além de metronidazol e ceftriaxone. No 5º dia de pós operatório recebeu alta hospitalar para seguimento ambulatorial.Conclusão: o presente relato demonstra um caso raro de diverticulite cecal, achado incidental de intraoperatório.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1379

TÍTULO DO TRABALHO: RELATO DE CASO: DIVERTICULITE DE MECKEL EM ADULTO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOÃO AUGUSTO DOS REIS GUERRA1; RICARDO SILVA POROSKI2; RAFAEL ROTHBARTH2; AMANDA CAROLINE MASIERO2; LEONARDO GETÚLIO PIOVESAN3. 1. UNOESC - UNIVERSIDADE DO OESTE DE SANTA CATARINA, JOAÇABA - SC - BRASIL; 2. HUST - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SANTA TEREZINHA, JOAÇABA - SC - BRASIL; 3. UNIVALI - UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ, ITAJAÍ - SC - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O divertículo de Meckel (DM) incide em aproximadamente 2% da população geral é considerada a malformação congênita mais comum do trato gastrointestinal. A maior parte dos casos são assintomáticos, onde 3 a 4% dos pacientes apresentam sintomas, e 50% dos quadros sintomáticos apresentam idade menor a 10 anos. Uma das complicações é a inflamação do divertículo, onde a clínica é similar a um quadro de apendicite aguda, o que torna diagnóstico no adulto desafiador, assim o íleo terminal deve ser sempre explorado a procura do DM.RELATO DO CASO: Paciente F.L., sexo masculino, 32 anos, chegou ao serviço de Emergência do Hospital Universitário Santa Terezinha, Joaçaba/SC, com quadro de dor epigástrica, irradiando para fossa ilíaca direita, com três dias de evolução, associado a quadro de constipação. Com melhora do quadro álgico ao movimento, sem alteração do habito alimentar. Ao exame físico lúcido, orientado, anictérico, acianótico, eupneico, SpO2: 96% em ar ambiente, FR 22 irpm, temperatura axilar de 37.9°C, FC 109 bpm, PA 111x63 mmHg. Abdômen plano, ruídos hidroaéreos diminuídos, timpânico a percussão, com sinal de Blumberg positivo, Rovsing negativo, Murphy negativo e Giordano negativo bilateralmente. Paciente negou patologias prévias, uso de medicação contínua e cirúrgicas prévias. Exames laboratoriais admissionais sem alterações significativas. Devido à suspeita de abdome agudo inflamatório foi realizada laparotomia exploradora com incisão de Rockey Davis, que evidenciou divertículo de Meckel hiperemiado e edemaciado. Foi realizada diverticulectomia com grampeador linear Gia 80 e sutura com pontos contínuos com Vicryl 3.0. Posteriormente realizou-se apendicectomia de oportunidade. No pós-operatório imediato evoluiu com melhora da dor em quadrante inferior direito, aceitando dieta proposta e transito intestinal funcionante. DISCUSSÃO: O quadro de inflamação do divertículo de Meckel é diagnosticado mais facilmente em crianças, onde os sintomas são mais visíveis. Em adultos, a doença frequentemente é assintomática, com difícil diagnóstico. Desse modo, a realização de um relato de caso envolvendo a inflamação do divertículo de Meckel em adulto é de grande relevância, pois a discussão e os conhecimentos adquiridos servirá para novas pesquisas realizadas sobre essa patologia.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1921

TÍTULO DO TRABALHO: RELATO DE CASO: DOENÇA DE CROHN SEVERA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOÃO AUGUSTO DOS REIS GUERRA; ABEL BOTELHO QUARESMA. UNOESC - UNIVERSIDADE DO OESTE DE SANTA CATARINA, JOAÇABA - SC - BRASIL.

RESUMO:
A doença de Crohn é uma Doença Inflamatória Intestinal (DII), que pode afetar qualquer segmento do tubo digestivo, podendo variar de leve a severa. S.M.F., 49 anos, feminino, com história de saída de pus pelo ânus e diarreia crônica há 3 anos, encaminhada devido suspeita de DII, sem tratamento específico. Ao exame físico: 125 Kg, em uso de fraldas, 15 fístulas anais com exuberante saída de pus, região anal fibrosada ao toque retal. Colonoscopia demonstrou colite à esquerda. Foram colocados 12 setons, drenadas as coleções e trajetos existentes e prescrito infliximabe, obtendo melhora significativa da dor e saída de pus. Após 2 anos, em 2008, tinha apenas três fístulas; duas delas fecharam e uma permaneceu aberta, com saída de secreção. Após 6 meses, iniciou quadro de febre alta, dores abdominais e diarreia, três vezes ao dia. Retossigmoidoscopia demonstrou ulcerações aftóides, enantema e depósitos de fibrina em cólon esquerdo, além de fístulas anorretais. Em 2010, RNM demonstrou trajetos fistulosos, sem coleções intra-abdominais ou pélvicas. Em julho de 2011 refere dor e saída de pus e que o infliximabe mantém o seu efeito apenas por quatro semanas, ficando sintomática nas quatro semanas seguintes. Diante disso, o agente biológico foi trocado para o adalimumabe. Em março de 2012 apresentou piora do quadro álgico. A TC de abdome demonstrava sinais de processo inflamatório em atividade, comprometendo todo o cólon esquerdo e o reto de forma contínua, mais acentuado no cólon sigmoide. Em novembro teve episódio de febre alta e exames laboratoriais alterados (PCR 104 e VHS 120). Houve piora da dor abdominal, com sinais de peritonismo, sendo internada com suspeita abdome agudo; TC apontou espessamento difuso de cólon sigmoide, descendente e transverso e pequena quantidade de líquido livre na cavidade. No mesmo dia, foi submetida a hemicolectomia esquerda com fechamento à Hartmann, seguindo para UTI. O anatomopatológico demonstrou colite aguda e crônica causando perfuração da parede colônica, com peritonite aguda difusa e acentuada, causada por DII em atividade. No oitavo dia pós-operatório continuava em ventilação mecânica, com piora do estado geral. Exames de imagens não demonstravam coleções. No mesmo dia foi a óbito por septicemia e insuficiência de múltiplos órgãos. Concluímos que apesar da terapêutica biológica ser efetiva em casos severos, muitos pacientes não respondem, podendo apresentar maus resultados se a cirurgia for protelada.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2317

TÍTULO DO TRABALHO: RELATO DE CASO: ILEÍTE DE CROHN ASSOCIADO A CORPO ESTRANHO EM ÍLEO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCO FELIPE FRANCO ROSA1; SAULO BORBOREMA TELES2; LUCAS RODRIGUES BOARINI2; BRUNA FERNANDES DOS SANTOS2; BRUNA LIMA DAHER2; YOURI BARBOSA ANDRIKOPOULOS2; EDUARDO DE SOUZA ANDRADE2; ALLISON TAKEO TSUGE2. 1. HOSPITAL HELIÓPOLIS, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL HELIÓPOLIS, SAO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A ingestão acidental de corpos estranhos (CE) ocorre principalmente em crianças e em adultos com déficits neurológicos, doenças psiquiátricas ou uso de entorpecentes. Mais de 80% dos CE ingeridos passam sem a necessidade de intervenção e muitos deles podem ser detectados com radiografias simples.A Doença de Crohn (DC) tem etiologia incerta e caracteriza-se por inflamação transmural que pode envolver todo o trato gastrointestinal. O mais acometido é o intestino delgado (80%), em especial o íleo distal, um terço dos pacientes com ileíte exclusiva. Seu diagnóstico é estabelecido com achados endoscópicos ou estudos de imagem em um paciente com uma história clínica compatível.Relato de caso: Paciente feminino, 38 anos, ingressa ao PS de cirurgia geral do Hospital Heliópolis com história de 10 dias dor abdominal difusa e vômitos. Com 7 dias houve piora do quadro (febre, diarréia e 10 evacuações/dia). Histórico de Doença de Crohn (DC) diagnosticada havia 2 anos, por colonoscopia, sem tratamento. Tabagista e etilista, negava história familiar de DC. Estava em regular estado geral, desidratada, estável hemodinamicamente, porém o abdome apresentava ruídos hidroaéreos aumentados, doloroso à palpação de flanco e fossa ilíaca direita (FID), onde palpava-se plastrão, sem irritação peritoneal. Exame proctológico sem alterações.Dos exames complementares, RX de abdome sem pneumoperitônio, com distensão de alças de delgado e artefato metálico em topografia de FID. Tomografia computadorizada de abdome mostrava espessamento de gordura pericecal e íleo terminal com distensão de alças à montante. Artefato metálico (piercing) em topografia de válvula ileocecal. Colonoscopia dentro da normalidade até o ceco, porém o aparelho era intransponível à vávula ileocecal por deformidade severa da mesma, e o corpo estranho não pôde ser localizado.Com diagnósticos de Ileíte por DC e corpo estranho em íleo, iniciado antibioticoterapia, pulsoterapia com corticóide e sintomáticos. Após 6 dias de tratamento clínico, evoluiu com melhora clínica parcial e foi submetida à ileocolectomia videoassitida. No 3º dia de pós operatório cursou com hemorragia digestiva baixa e choque cardiogênico, que foram tratados clinicamente com evolução satisfatória, e obteve alta hospitalar 1 semana após. O anatomopatológico da peça confirmou a doença inflamatória intestinal crônica.Conclusão: O presente relato demonstra um caso atípico de DC associado a CE em íleo terminal.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 412

TÍTULO DO TRABALHO: Relato de Caso: Ingestão de Corpo Estranho com Impactacão no Reto Distal

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ADRIELI HELOISA CAMPARDO PANSANI; IGOR ARANTES DE OLIVEIRA GÓES; CELENE BENEDITI BRAGION; VITOR RAFAEL PASTRO; ROBERTA LAIS DOS SANTOS MENDONÇA MATOS; CAROLINE ABBUD PAVANI; DENISEGRAFFITTI D?AVILA; DANIEL DE CASTILHO DA SILVA. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A ingestão de corpo estranho (CE) pode ter caráter acidental ou voluntário. Exemplo de corpo estranho, como no caso apresentado, são os palitos de dente, objeto doméstico comum que quando ingerido inadvertidamente, pode ocasionar graves lesões. Relato de Caso: Masculino, 50 anos, encaminhado da rede básica de saúde com dor e prurido anal com cerca de 6 meses de evolução. Na ocasião, trazia colonoscopia realizada no inicio dos sintomas, completa, demonstrando a 1 cm da linha pectinea, um palito de dentes encravado que foi removido parcialmente, na revisão não era mais possível visualiza-lo, mas ao toque retal (TR) era perceptível outro segmento do CE. Trouxe tomografia de abdome e pelve de 4 meses antes com formação hiperatenuante linear, curvilínea, intraparietal no reto distal, lateral direita, medindo 17mm, sem coleções associadas. O paciente negou inserção transretal do objeto. Relatou ter ingerido acidentalmente o palito de dente durante alimentação com Bracciola (bife a rolê). Submetido a abordagem cirúrgica para remoção do CE, incisão da parece do reto e dissecção com retirada do palito de dentes de cerca de 2 cm. Paciente evoluiu bem no pós-operatório (PO), recebendo alta, orientado a utilizar os antibióticos prescritos, o que não fez, retornando ao serviço do sexto PO com quadro febril, TR doloroso e tomografia de pelve demonstrando aumento da densidade do mesoreto, enfisema no plano mioadiposo póstero lateral direito. Manejado com antibioticoterapia com boa evolução. Conclusão: Na ingesta de CE, acompanhamento se faz necessário e a remoção endoscópica por ter menor morbidade e mortalidade deve ser realizada sempre que possível.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 383

TÍTULO DO TRABALHO: RELATO DE CASO: INTUSSUSCEPÇÃO INTESTINAL CAUSADO POR LIPOMA EM JEJUNO NO PACIENTE ADULTO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: SANIR ALMEIDA GISBERT1; CAMILA IZABEL CERUTTI1; JOSE CARLOS OURIQUE DE OURIQUE1; MAURICIO DE VARGAS SOARES1; JOSE LEONARDO MARCHIORI TEIXEIRA1; SANIELE ALMEIDA GISBERT2; AMANDA ROCHA DE SOUSZA GISBERT3; AFONSO SIQUEIRA FIGUEIRÓ2. 1. HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTIAGO, SANTIAGO - RS - BRASIL; 2. UPAL, COCHABAMBA - BOLIVIA; 3. FAEMA, ARIQUEMES - RO - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Embora sejam a principal causa de obstrução intestinal na população pediátrica, intussuscepções intestinais são eventos raros em adultos e quando acontecem, têm características clínicas diferentes dos seus equivalentes em crianças. A intussuscepção intestinal é definida por invaginacão de segmento proximal para o interior do segmento distal. Relativamente rara em adultos, Intussuscepção é incomum em adultos, eo diagnóstico é comumente esquecido. Na maioria dos casos em adultos, uma causa patológica é identificada. Em contraste, a maioria dos casos em crianças é idiopática. Apresentação clínica frequentemente inespecífica e prolongada, sendo a dor abdominal o sintoma mais comum, seguido por vômitos e sangramento intestinal. Patologia responsável por 1-5% das obstruções intestinais. Ao exame de imagem, não patognômonico, porém muito frequente é o ?sinal do alvo?, que consiste em camadas concêntricas do intestino invaginado.Objetivo: Apresentar um caso clínico de intussuscepção devido lipoma em jejuno no adulto .METODOLOGIA: Estudo realizado através de coleta de dados do prontuário, seguimento do caso e revisão de literatura. Relato do caso: Paciente R.A.C 51a, masculino há 3 meses apresenta algia em flanco esquerdo de moderada intensidade, esporádica, nega naúseas, êmese e sangramento baixo. Refere alergia medicamentosa a Dipirona e Amoxacilina. Ao exame físico: Bom estado geral, lúcido e orientado, corado, hidratado, Dispneico. Abdome: globoso, brando, depressivo, indolor a palpação superficial e profunda, ausência de sinais de irritação peritoneal, ausência de massas palpáveis, RHA presentes. Exames laboratoriais normais. Realizou tomografia computadorizada (TC) de abdome, que evidenciou invaginação de alça de delgado, na região de flanco esquerdo, notando-se conteúdo gorduroso na porção mais inferior dessa invaginação (lipoma). Realizado videolaparoscopia, identificado invaginaçãoa nível de jejuno, sendo realizado enterectomia parcial com enteroanastomose latero-lateral. Anatomopatológico confirmou presença de lipoma. O paciente apresentou boa evolução e teve alta hospitalar 4 dias após a cirurgia.Conclusão: A intussuscepção dificilmente se encontra em adultos, geralmente esta associada a lesão orgânica, sendo rara nesses pacientes. Não eventualmente o diagnóstico de certeza surge nos achados cirúrgicos. Contudo, exames de imagem auxiliam grandemente, USG de abdome total, videolaparoscopia, dentre outros sendo a TC o de maior acurácia.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2799

TÍTULO DO TRABALHO: Relato de caso: Intussuscepção intestinal em idoso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: IAN DA MOTA HERNANDEZ1; LEVINDO ALVES DE OLIVEIRA1; LIANA KATHERINE LA ROSA PACHAS1; GUSTAVO DE OLIVEIRA GONÇALVES1; CAROLINA DA SILVA GOMES2; JOSÉ LAÉRCIO DE ARAÚJO FILHO2; PAULA SOTORIVA COELHO3; SÁVIO LUIZ SANTOS LOPES3. 1. HOSPITAL GERAL DE RORAIMA, BOA VISTA - RR - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA, BOA VISTA - RR - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Uma?intussuscepção?é uma condição na qual uma parte do intestino se?invagina? sobre outra seção do intestino. Tal condição, comum em crianças, é pouco frequente em adultos.Estima-se que apenas 5% dos portadores de intussuscepção sejam adultos. É secundária a uma lesão definida com potencial significativo de neoplasia em 80 a 90% dos casos.? Os sinais e sintomas variam entre os diferentes casos, segmentos afetados e são inespecíficos. A Tomografia Computadorizada (TC) tem sido utilizada para avaliar pacientes com obstrução intestinal e suspeita de intussuscepção, sendo uma das armas mais importantes no diagnóstico pré-operatório. Relato de Caso: Mulher, 83 anos, aposentada, notou há um mês, massa em fossa ilíaca direita (FID), de início súbito. Acompanhado de hiporexia, náuseas e vômitos esporádicos de tipo alimentícios com sensação de plenitude pós-prandial, relata também perda ponderal de aproximadamente 5 quilos e dor em FID, intermitente, tipo cólica, 5 em 10, que não cede a analgésicos comuns, trânsito intestinal sem alterações. Nega comorbidades. Abdome plano, com ruídos hidroaéreos presentes e aumentados em hemiabdome direito, timpanismo preservado, massa palpável em FID, móvel, endurecida, com bordas definidas, sem sinais flogísticos, doloroso a palpação profunda. Sem sinais de irritação peritoneal. Foi solicitada uma TC de abdome que revelou espessamento parietal segmentar irregular e assimétrico do cólon ascendente, estendendo-se e envolvendo a válvula ileocecal, condicionando invaginação de conteúdo adiposo mesentérico e alça de permeio a lesão, nota-se também associação de pequenos linfonodos regionais e densificação dos planos adiposos adjacentes a borda antimesentérica. A paciente foi submetida a laparotomia exploradora na qual foi identificado intussuscepção de ceco com cólon ascendente. Realizado retirada em bloco de Cólon direito mais Íleo terminal, com anastomose látero-lateral de Íleo com Cólon Transverso, manual, em dois planos. Conclusão: A intussuscepção em adultos é uma condição que desafia a medicina, tanto em relação ao diagnóstico, quanto à abordagem adequada. O diagnóstico é difícil pelo baixo grau de suspeição, associado à sintomatologia subaguda e inespecífica. É quase sempre associada a uma lesão orgânica e requer tratamento cirúrgico. Ressecções oncológicas em monobloco devem ser realizadas nos casos de acometimento colônico e ileocecal pelas possibilidades de malignidade e de perfuração.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2942

TÍTULO DO TRABALHO: Relato de caso: Neoplasia de cólon cecal acometendo o apêndice vermiforme

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ROSALIO RUBEN CUSIHUALLPA MOLLENEDO1; CAROLINA DA SILVA GOMES2; MARLON KRUBNIKI DE MATTOS1; THIAGO DE SOUZA PERUSSOLO2; JOSÉ LAÉRCIO DE ARAÚJO FILHO2; PAULA SOTORIVA COELHO3; TULIO MARROQUIM GALVÃO2; SÁVIO LUIZ SANTOS LOPES3. 1. HOSPITAL GERAL DE RORAIMA, BOA VISTA - RR - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA, BOA VISTA - RR - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Em média, 53,1% dos tumores são localizados nos cólons e 46.9% no reto ou canal anal. Estima-se que a incidência de tumores localizados no cólon direito seja de 22,2%, sendo o ceco a localização mais comum (9,8%) seguido pelo cólon ascendente (7,1%). Os tumores cecais, geralmente, não interferem com o trânsito intestinal e podem não causar sintomas de suboclusão.Relato de caso: F.R.M.L, mulher, 74 anos, parda, viúva. Admitida na emergência com queixa principal de dor hipogástrica há 20 dias, associada à astenia e hiporexia. Abdome: leve distensão abdominal, ruídos hidroaéreos diminuídos, massa palpável em fossa ilíaca direita (FID), com dor intensa à palpação, sem sinais de irritação peritoneal. Hemograma mostrou leucocitose, anemia e trombocitemia. A Ultrassonografia e a Tomografia Computadorizada de abdome revelaram uma massa heterogênea, localizada na FID, junto a alças intestinais colônicas apresentando contornos lobulados e áreas císticas de permeio medindo 9,8 por 6,3 cm. Identifica-se ainda espessamento de parede do apêndice cecal medindo 1,4 cm, com líquido livre adjacente. Foi indicada uma laparotomia exploratória, por possível plastrão apendicular, por incisão xifopúbica que registrou massa em região ceco-apendicular de aproximadamente 10x15 cm; aderida a parede, tinha um abcesso entre a massa, a parede, as aderências de epíplon, e ovário direito. Realizaram a ressecção da massa em bloco de epíplon, cólon ascendente, ceco, apêndice, trompa e ovário direito e anastomose íleo-cólica. Foi solicitada a biópsia para concretização do caso: adenocarcinoma do cólon moderadamente diferenciado em topografia de ceco, invadindo o apêndice cecal com metástase em 02 linfonodos mesocólicos de 12 examinados.Conclusão: No câncer do cólon, o tratamento depende da localização e da extensão do tumor, mas em geral procede-se à retirada do segmento intestinal afetado, assim como à retirada dos linfonodos correspondentes para o estadiamento e tratamento da doença. É importante o cuidado com a técnica de radicalidade cirúrgica (extensão da ressecção, retirada dos linfonodos, ligaduras dos pedículos vasculares e margens cirúrgicas) pois a lesão tumoral pode estar aderida a órgãos vizinhos e muitas vezes é necessário a ressecção tumoral em monobloco com órgãos vizinhos. No relato, ao se apresentar como abscesso que incluía a parede abdominal, foi catalogada como plastrão apendicular, sendo este um diagnóstico diferencial a tomar em conta.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 875

TÍTULO DO TRABALHO: RELATO DE CASO: PSEUDOCISTO GIGANTE DE BAÇO ASSOCIADO A ADENOCARCINOMA DE CÓLON DIREITO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DIEGO PALMEIRA RANGEL; LAERCIO ROBLES; ALEXANDER DE SA ROLIM; HUGO HENRIQUES WATTE; ROGÉRIO FREITAS LINO DE SOUZA; ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO; EDUARDO AUGUSTO LOPES; JANAINA WERCKA. HOSPITAL SANTA MARCELINA, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Cistos esplênicos são geralmente assintomáticos, ocorrem na segunda e terceira décadas de vida, são diagnosticados incidentalmente em exame de imagem e apresentam prognóstico favorável. Os grandes cistos do baço (maiores que 8cm) podem causar sintomas por compressão de estruturas vizinhas e os pseudocistos são comumente secundários ao trauma, infecção ou infarto, sendo o trauma o fator etiológico mais comum. A indicação de cirurgia no tratamento do cisto esplênico ainda é controversa, principalmente quando relacionada ao tamanho do cisto.Objetivo: Relatar caso de pseudocisto de baço gigante associado a neoplasia de cólon direito.Descrição do caso: Masculino, 40 anos, hipertenso, negro. História familiar positiva para câncer colorretal em mais de 3 familiares de primeiro grau, menores de 50 anos. Apresentou quadro de cólicas em hipogástrio e dejeções diarréicas, 2 vezes ao dia, com sangramento intermitente há 8 meses. Negou história de trauma prévio. Ao exame abdominal uma massa palpável em flanco direito de 7 cm, móvel, endurecida, não dolorosa e esplenomegalia palpável a 13cm do rebordo costal esquerdo. O nível de hemoglobina na investigação foi de 2,8g/dl. Realizou endoscopia digestiva alta que não mostrou anormalidades e colonoscopia que evidenciou lesão infiltrante e estenosante em ângulo hepático, recoberta por fibrina. A histopatologia e estudo imunohistoquímico identificou adenocarcinoma moderadamente diferenciado e invasivo sem instabilidade de microsatélite. O antígeno carcinoembrionário foi de 38 ng/ml. Os exames de estadiamento revelaram espessamento de cólon direito com aderências de alças de delgado e volumosa formação cística de 30 cm de diâmetro junto ao baço com paredes calcificadas e conteúdo hipodenso. Após compensação clínica e vacinação contra germes encapsulados foi submetido à laparotomia exploradora com colectomia direita e enterectomia com anastomose primária e esplenectomia. Teve boa evolução e alta ao sétimo dia de pós-operatório. O espécime cirúrgico demonstrou adenocarcinoma moderadamente diferenciado de cólon, com infiltração até serosa de delgado, margens livres e 2 linfonodos acometidos de 27. O produto da esplenectomia mostrou pseudocisto com calcificação distrófica e ausência de neoplasia.Conclusão: Pseudocisto de baço é uma entidade benigna que pode ser ressecada ou não simultaneamente a outras lesões em caráter eletivo. É consenso realizar vacinação prévia quando a esplenectomia for total.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2636

TÍTULO DO TRABALHO: Relato de caso: Regressão completa de adenocarcinoma colo-retal com neoadjuvância segundo o protocolo ? Wacht and Wait?.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LUIZ ALBERTO MARQUES SANTOS FILHO1; MARCELO AUGUSTO F. RIBEIRO JR.2; ORLANDO CONTRUCCI FILHO1; THALES FELIPE DOS SANTOS PEREIRA1; OTTO MAURO DOS SANTOS-ROSA1. 1. UNISA, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. UNISA, SAO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: o câncer colorretal é a neoplasia gastrointestinal mais comum com uma estimativa de 136000 novos casos diagnosticados em 2014 nos Estados Unidos. O tratamento cirúrgico radical pode levar a comorbidades muito extensas, como a necessidade de colostomia permanente, incontinência fecal, disfunção sexual e urinaria, e até mesmo mortalidade. Estudos comprovam a eficácia da terapia neoadjuvante na regressão tumoral significativa, o que poupa os pacientes da morbidade pós operatória do tratamento radical. A abordagem ?Wacht and Wait? foi proposta pela Dra Angelita Habr-Gama no Brasil em 2009. Pelo protocolo, pacientes com reposta clinica completa após neoadjuvancia, são seguidos com exame físico de vigilância, colonoscopia e exames de imagem. Os excelentes resultados do uso desse protocolo, tem levado busca de regimes alternativos de neoadjuvância. CASO CLINICO: Homem de 42 anos, previamente hígido, procura atendimento com quadro de sangue nas fezes há uma semana. Negou emagrecimento ou outros sintomas. Ao exame proctológico, doença hemorroidária grau II, e presença de tumoração tocável a cerca de 6 cm da borda anal. Encaminhado para endoscopia que revelou lesão vegetante a cerca de 6cm da borda anal. Realizado biopsia que evidenciou adenocarcinoma .Foi proposto tratamento neoadjuvante seguido de cirurgia, a qual foi negada pelo paciente por motivos religiosos(testemunha de Jeová), devido a possibilidade de hemotransfusão. Encaminhado a neoadjuvância e retorno para reavaliação. Após terminó do tratamento, houve resposta completa e regressão total da lesão. A biópsia de controle no local da cicatriz evidenciou lesão actínica, sem sinais de recidiva .O paciente mantem acompanhamento ambulatorial com ressonância magnética, exame proctológico e colonoscopia, de acordo com protocolo ?Wacht and Wait?, onde ate a data presente, se mantem sem sinais de recidiva da lesão. DISCUSSÃO: O atual protocolo ?Wacht and Wait? é realizado durante o período de 9 semanas e na décima semana os pacientes são submetidos a avaliação com exame físico, endoscópico e exame de imagem que analisam a resposta ao tratamento. Num estudo feito por Habr-Gama em 2013, 68% dos pacientes obtiveram resposta clinico completa, e a taxa de sobrevida após 3 anos foi cerca de 90%. Mais da metade dos pacientes foram poupados de uma ressecção cirúrgica radical. Mais estudos randomizados e controlados são necessários para consolidação do protocolo Wacht and Wait.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 3007

TÍTULO DO TRABALHO: RELATO DE CASO: TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA CÓLON-VESICAL POR COMPLICAÇÃO DE DOENÇA DIVERTICULAR

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCELA QUEIROZ; MIRELLA DE FATIMA FUKUDA; FELIPE ARAUJO DE SOUZA; GABRIELA LORENCINI; ANEL JUAREZ CABALLERO; VICTOR MANUEL SIMOES DOS SANTOS JUNIOR; ROBERTO MONTORO NETO; JANAYNA THAINÁ RABELATO. HOSPITAL ANA COSTA, SANTOS - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOUma das complicações da Doença Diverticular que oferecem maior desafio terapeutico são as fistulas, particularmente, as fistulas internas. Dentre essas, a mais prevalente é a fistula colon-vesical, sendo a pneumatúria sua manifestação inicial.[1] Sua incidência em pacientes portadores de Doença Diverticular esta entre 2% e 23%.[2] O objetivo desse estudo é relatar um caso de doença diverticular complicada com fistula cólon-vesical desde o seu diagnóstico até a correção cirúrgica.RELATO DE CASOFPS, 56 anos, hipertenso, queixa-se de infecção urinária de repetição há 6 meses. Há 1 mês, evoluiu com pneumatúria e fecalúria, que o levou a procurar um urologista. Na consulta, fez-se a hipótese diagnóstica de fistula cólon-vesical, confirmada através de uretrocistografia retrograda. Para elucidação do quadro, foi solicitada uma ressonância magnética de abdome e pelve masculina que diagnosticou Doença Diverticular do Cólon sigmoide complicada com uma fístula cólon-vesical. Foi realizado tratamento cirúrgico com retossigmóidectomia com abaixamento de cólon e rafia vesical para correção da fístula, sem intercorrências.CONCLUSÃOO diagnóstico da fistula cólon-vesical é um desafio e ainda não existe um padrão-ouro. Os sintomas mais comuns são infecção do trato urinário de repetição, aumento da frequência urinaria, disúria e hematúria, porém, são inespecíficos e aparecem tardiamente. Pneumatúria e fecalúria são patognomonicos, mas não estão presentes em todos os casos. [2]O diagnóstico radiológico também é bastante trabalhoso, entretanto, foi possível observar a superioridade da cistoscopia em relação ao estudo contrastado com bário. Apesar de pouco valor na detecção da fistula, deve ser realizada colonoscopia para estudo da mucosa intestinal [2] e, como a fistula cólon-vesical evolui de um processo extraluminal, a tomografia também contribui na avaliação do caso.[3]Para correção cirúrgica, faz-se a ressecção da porção acometida do cólon com anastomose primária, em caso de doença benigna, ou confecção de colostomia ou ileostomia de proteção, se doença maligna ou vigência de abscesso.[3]Existe uma linha de estudo a respeito de tratamento clinico, porém, exige antibioticoterapia prolongada e cateterização vesical. Levando em conta a idade avançada dos paciente que desenvolvem esse tipo de complicação e seu risco aumentado para obstrução vesical, uma fistula persistente associada a urina residual eleva o risco de urosepse, sendo, portanto, preconizado o tratamento cirúrgico.[2]

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 411

TÍTULO DO TRABALHO: Relato de Caso: Tratamento Cirúrgico do Câncer Colorretal no Paciente Idoso Extremo

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DENISEGRAFFITTI D?AVILA; VITOR RAFAEL PASTRO; ADRIELI HELOISA CAMPARDO PANSANI; CELENE BENEDITI BRAGION; IGOR ARANTES DE OLIVEIRA GÓES; DANIELLE DE CAMPOS PESETO; DANIEL DE CASTILHO DA SILVA; DANILO TOSHIO KANNO. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A epidemiologia do câncer colorretal (CCR), de elevada incidência, aponta para a importância do rastreamento com diagnóstico precoce de lesões, podendo evitar o desenvolvimento da doença. Em geral o grupo eta?rio priorita?rio envolve homens e mulheres com idade entre 50 e 74 anos, questionando o custo-efetividade do screnning em idades avançadas. Relato de Caso: Paciente masculino, 84 anos, queixa de hematoquezia há 1 ano, tenesmo e afilamento das fezes, além de perda ponderal de cerca de 12% do seu peso neste período. Paciente com bom status clínico, hipertenso bem controlado, sem historia familiar para canceres. Ao toque retal lesão úlcero vegetante a 4cm da BA em parede antero-lateral direita, não cavalgável, ocupando 3/4 da luz do reto. Colonoscopia com lesão de crescimento lateral em ceco, invadindo a válvula íleo-cecal, não ressecável endoscopicamente. Na flexura direita do cólon duas lesões elevadas, sésseis, superfície lisa, de 5mm cada, em transverso, presença de lesão vegetante, endurecida, ocupando toda circunferência do órgão, mas pérveo. Cólon descendente, duas lesões elevadas, sésseis, superfície lisa, de 4 e 5mm. Em sigmoide, duas lesões elevadas, pediculadas, superfície lisa, de 8 mm cada, e lesão elevada, ocupando toda circunferência do órgão, com aspecto viloso. Em reto, a 5 cm da BA, lesão úlcero-vegetante, irregular, endurecida, ocupando 3/4 da luz do órgão, com extensão de 5 cm. O anatomopatológico resultou em lesões adenomatosas, com exceção da lesão em reto que tratava-se de adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Submetido a proctocolectomia total oncológica com ileostomia terminal, primeiros dias de pós operatório em UTI, evoluindo bem e recebendo alta no oitavo dia pós-operatório. Conclusão: O tratamento cirúrgico nos pacientes muito idosos não deve ser contraindicado apenas pela pela idade cronológica, podendo trazer bons resultados nessa faixa etária.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2308

TÍTULO DO TRABALHO: RELATO DE CASO: TUMOR COLORRETAL E NEUROENDÓCRINO SINCRÔNICOS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCO FELIPE FRANCO ROSA1; FÁBIO ISRAEL LIMA CASTELO BRANCO MARQUES2; PEDRO FRANÇA DA COSTA SOARES2; ÉRICO VINICIUS CIPRIANO DE ARAÚJO PEREIRA2; JÉSSICA MIQUELITTO GASPARONI2; CAMILA TRIGO RUIZ2; MARCELLA VALENTE AMORIM PIRES DE MOURA2; ALLISON TAKEO TSUGE2. 1. HOSPITAL HELIÓPOLIS, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL HELIÓPOLIS, SAO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Neoplasia maligna mais comum do tubo digestivo, o câncer colorretal (CCR), 2ª e 3ª neoplasia maligna mais comum no mundo, apresenta alta incidência e mortalidade.Tumor neuroendócrino, grupo de cânceres incomuns, de células endócrinas, insidioso, encontrado principalmente no tubo digestivo, ovários e pulmão. Sintomatologia depende de localização e substância excretada pelo tumor. Diagnóstico difícil devido à sintomatologia variada e inespecífica.Tumores neuroendócrinos sincrônicos ao CCR são raríssimos e pouco encontrados na literatura.Relato de Caso: Masculino, branco, 54 anos, natural e procedente de Bragança Paulista ? SP. Ingressou ao Pronto Socorro queixando-se de diarréia, fraqueza e tontura há 3 dias, sem perda ponderal. Diabetes melitus tipo 2 insulinodependente, hipertensão arterial e dislipidemia, além de transfusões anteriores por ?anemia?. Acidente Vascular Isquêmico e tuberculose pulmonar tratados. Negou etilismo, tabagismo e cirurgia prévias. Apresentava-se hipocorado, desidratado, emagrecido, freqüência cardíaca 120bpm, pressão arterial 100x60mmHg. Exames pulmonar, cardíaco e abdominal sem alterações significativas. Exames evidenciaram anemia hipocrômica e microcítica, Hb= 4,63g/dL. À transfusão do primeiro concentrado apresentou quadro reacional.Paciente internado e submetido à exames. À endoscopia digestiva alta, lesão polipóide séssil em antro, de 12mm, e úlcera duodenal cicatrizada. Anatomopatológico (AP) mostrou gastrite crônica moderada, ausência de H. pylori. À Colonoscopia, lesão ulcerovegetante, infiltrativa em ângulo esplênico, intransponível. AP mostrou adenocarcinoma de cólon. Tomografia computadorizada de estadiamento com ausência de linfonodomegalias, metástases ou líquido livre em cavidade.Submetido à colectomia direita oncológica. No intraoperatório, pequena lesão cística em cabeça de pâncreas. Enucleação da mesma e biópsia de congelação - neoplasia de pequenas células de pâncreas. Pós operatório imediato em UTI. Na enfermaria, evoluiu com fístula pancreática no terceiro dia de pós operatório. Tratado conservadoramente. Evolução favorável com tratamento conservador e alta hospitalar com acompanhamento ambulatorial na cirurgia geral e oncologia. AP da peça colônica foi adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado - pT3N0M0, margens livres. Produto de enucleação pancreática, neoplasia neuroendócrina de baixo grau.Conclusão: Demonstrar caso raro de câncer colorretal sincrônico a tumor neuroendócrino de pâncreas.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1737

TÍTULO DO TRABALHO: Remoção de Tumor de Reto via Transanal Endoscopic Operation

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FÁBIO CALANDRINI RODRIGUES; ANDRÉ ARAUJO DE MEDEIROS; NIMER RATIB MEDREI; LUIZ FLAVIO DE ANDRADE REIS; SAMARA NASER. HOSPITAL DA REGIÃO LESTE, BRASÍLIA - DF - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Este trabalho tem por objetivo apresentar um caso clínico em que foi realizada ressecção local de tumor de reto inferior por Cirurgia Endoscópica Transanal, demonstrando os aspectos técnicos relacionados, bem como sua pequena morbidade. Nas ultimas duas décadas, o tratamento local do câncer do reto precoce tem apresentado menor morbidade e melhor resultado funcional, através dos procedimentos minimamente invasivos. Em certos grupos de pacientes com tumor T1 com características favoráveis (baixo risco), os resultados oncológicos são comparáveis aos das operações radicais.A operação endoscópica transanal (TEO), defendida e desenvolvida pelo Prof. Gerhard Buess no início dos anos oitenta é aceita nos últimos anos como procedimento minimamente invasivo para tratamento de casos selecionados de câncer do reto e como tratamento de escolha para doenças benignas do reto, especialmente, os adenomas sésseis. Relato de caso: Trata-se de uma paciente feminina, de 50 anos de idade a qual queixava-se de dor, ardência e discreto sangramento anal que perdurava por um ano. A colonoscopia mostrou pólipo em reto inferior com espraiamento lateral (YAMADA II) com anátomo-patológico mostrando adenoma tubuviloso com displasia de alto grau. Ecografia endorretal (18/03/2016): lesão do reto inferior com invasão da camada muscular da mucosa - estadiamento ultrassonográfico uT1uN0. Canal ecograficamente integro. Foi realizada cirurgia endoscópica transanal (TEO), com exérese da lesão.Conclusão: A técnica vem se tornando uma operação rotineira na prática clinica do cirurgião colorretal com treinamento em laparoscopia, devido à ótima exposição e visualização da lesão proporcionada pela magnificação da imagem endoscópica, o que permite excisão precisa da lesão em toda a extensão do reto. A TEO associa-se a menor tempo de hospitalização, baixa morbimortalidade, menores taxas de recorrência tumoral quando comparada à excisão local convencional e, portanto, maior sobrevida. Além disso, proporciona melhor qualidade de vida quando comparada à ressecção radical, sem prejuízo aos resultados oncológicos. Entretanto, ainda é um procedimento de alto custo e que necessita de treinamento da equipe cirúrgica.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 774

TÍTULO DO TRABALHO: Resposta completa à terapia neoadjuvante em câncer de reto?

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ADRIELI HELOISA CAMPARDO PANSANI; JULIANA DE SOUZA; DANIEL DE CASTILHO DA SILVA; ANA CARLA FRANCO UBINHA; DANIELLE DE CAMPOS PESETO; SILAS SOARES CAVALCANTE; DANILO TOSHIO KANNO; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ. UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O câncer colorretal se destaca em nosso meio por sua alta prevalência na população, sendo o quarto mais comum na espécie humana. A ressecção cirúrgica e retirada de linfonodos continua sendo a principal abordagem curativa no tratamento do adenocarcinoma colorretal. Porém os resultados obtidos através da associação da quimioterapia à radioterapia levaram à adoção da terapia neoadjuvante no tratamento do câncer de reto. O objetivo dessa terapia é promover uma redução do tamanho do tumor possibilitando melhores condições de ressecabilidade e resultados terapêuticos. Relato de Caso: Paciente do gênero feminino, 63 anos, com queixa de hematoquezia há um ano, não associado a tenesmo ou puxo. A colonoscopia trazida pela paciente, até colón transverso, evidenciava lesão ulcero-vegetante em reto com seis cm de diâmetro, a 10 cm da borda anal. O resultado histopatológico foi adenocarcinoma moderadamente diferenciado em reto. Ao estadiamento a tomografia de abdômen, pelve e tórax confirmaram lesão retal sem linfonodomegalias e metástase à distância (T3N0M0), paciente não produtora de CEA, estando indicada a terapia neoadjuvante. Após a radioquimioterapia, a colonoscopia assim como a tomografia demonstraram resposta clínica completa, porém a Ressonância Magnética revelou três linfonodomegalias adjacentes. Diante do achado, optou-se pela retossigmoidectomia videolaparoscópica com excisão total do mesoreto e anastomose coloanal com ileostomia de proteção. O anatomopatológico demonstrou resposta patológica completa com ausência de células viáveis neoplásicas mas presença de metástase em um linfonodo de três isolados da gordura pericólica, sendo iniciada terapia adjuvante. Conclusão: Embora a terapia neoadjuvante apresente responsividade tumoral com resposta patológica completa, a falta de sensibilidade e especificidade dos exames clínicos e radiológicos disponíveis até o momento impedem que esta conduta possa ser adotada em todos os pacientes com resposta clínica completa e impede o seu uso disseminado em serviços menos especializados

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 951

TÍTULO DO TRABALHO: Resposta Patologia Completa em Câncer de Reto Baixo - Relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RAFAELA DE SOUZA NOVO; ISABELA CORREA CASADIO; RONALDO NONOSE; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; DANILO TOSHIO KANNO. UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O carcinoma colorretal é a terceira neoplasia maligna mais frequente em homens e a segunda mais frequente em mulheres, no mundo. A terapia neoadjuvante seguida de retossigmoidectomia é o principal método curativo para o câncer retal extraperitoneal avançado, já que, a primeira tem o potencial de diminuir o tamanho tumoral, de regredir o estadiamento, de reduzir a recidiva locorregional, e em alguns casos eliminar totalmente as células tumorais, resultando em resposta patológica completa. RELATO DE CASO: Paciente com queixa de hematoquezia, fezes em fita há 2 meses. O toque retal identificou presença de lesão vegetante com aproximadamente 3 cm, iniciando a 5 cm da borda anal. A colonoscopia até o ceco evidenciou apenas essa lesão elevada em reto, cujo estudo anatomopatológico confirmou tratar-se de adenocarcinoma bem diferenciado. Completou estadiamento com Tomografia e CEA, e devido ao estadiamento clínico e de imagem sugerir tumor avançado, foi indicado terapia neoadjuvante com quimio e radioterapia. A colonoscopia pós neoadjuvancia evidenciou lesão planificada em mucosa retal, com base branca e endurecida há 5 cm da borda anal. Foi então submetida a retossigmoidectomia anterior com excisão total do mesorreto, anastomose colorretalbaixa, ostomia de proteção, sem intercorrências, recebendo alta no 7º pós operatório.O exame anatomopatológico constatou estadiamento ypT0, ypN0. CONCLUSÃO: A literatura evidencia que a terapia neoadjuvante promove resposta patológica completa em 8-16% dos casos. Porém, a avaliação clínica da resposta completa, de acordo com critérios adotados atuais, tem baixa sensibilidade, ja que frequentemente a resposta clínica incompleta se apresenta com a resposta patológica completa, sendo assim, a retossigmoidectomia se faz necessária para a garantia do sucesso do tratamento. Estudos no sentido de criar novos métodos de identificação precisa de respota clínica e patológica completas são necessários, e podem beneficiar o tratamento não cirúrgico e melhorar a qualidade de vida desses doentes.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1300

TÍTULO DO TRABALHO: Resultados do tratamento cirúrgico da endometriose em cólon direito e apêndice: uma série de 34 pacientes.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CARLOS EDUARDO FONTELES DE QUEIROZ; GABRIEL HENRIQUE CAVALCANTE NOGUEIRA; BRUNO AMARAL MEDEIROS; ALYNE SANTANA DO NASCIMENTO; ANTÔNIO IVAN ARAÚJO MONTEIRO JÚNIOR; LESSANDRA MUNIZ DIÓGENES DE LEMOS; MARIANA MEDRADO GONDIM; KLEISON DOUGLAS GOMES PIMENTEL. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVOSApresentar um relatório de série de 34 paciente com endometriose infiltrativa profunda envolvendo o apêndice e cólon direito.MÉTODOS179 pacientes, de perfis multicultirais, foram submetidos a procedimento cirúrgico em um hospital privado devido a endometriose infiltrativa profunda envolvendo o reto em que, no intraoperatório, foram detectados traços da doença acometendo o apêndice, íleo terminal e/ou ceco. Desse rol, 34 pacientes tiveram endometriose em cólon direito e apêndice detectada durante o tratamento cirúrgico para endometriose infiltrativa profunda do reto. Realizou-se análise retrospectiva longitudinal dos dados relativos ao perioperatóio desses pacientes, citados a seguir.RESULTADOSEncontrou-se endometriose envolvendo o cólon direito/apêndice em 34 (18,99%) de 179 pacientes submetidos à cirurgia para o tratamento da endometriose infiltrativa profunda do reto. 16 pacientes (8,93%) tinham endometriose envolvendo o íleo terminal, válvula ileocecal e/ou ceco e foram submetidos à ressecção ileocecal. 18 pacientes tiveram comprometimento do apêndice, sem envolvimento do íleo ou ceco, e foram submetidos à apendicectomia. A idade média foi de 29,7 anos (mínimo de 27 anos, máximo de 34 anos). Não houve complicações dentro deste grupo de 34 pacientes. A média de internação foi de 3,1 dias (mínimo de 2 dias, máximo de 4 dias).CONCLUSÃOUma proporção significativa (18,99%) dos pacientes com endometriose infiltrativa profunda do reto apresenta-se também com o envolvimento do cólon direito e/ou apêndice. Portanto, faz-se necessária a procura por possível envolvimento desses órgãos durante a cirurgia laparoscópica. O tratamento da doença que envolve esta região requer vasta experiência com anastomoses digestivas.

CODIGO DO TRABALHO: 320

TÍTULO DO TRABALHO: Retirada de dispositivo intra-uterino por colonoscopia: relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LARISSA RODRIGUES FREESZ; PAULO ROBERTO LIMA CARREIRO; ELIAKIM MASSUQUETO ANDRADE GOMES DE SOUZA. HOSPITAL UNIMED BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoO dispositivo intra-uterino (DIU) é um método seguro e efetivo de contracepção. Entretanto, a sua implantação é passível de complicações, sendo a mais grave delas a perfuração uterina, com uma incidência de 1,3 a 1,6 para cada 1000 inserções.O objetivo deste artigo é relatar um caso de perfuração do cólon descendente, com ênfase no tratamento.Relato de casoMullher, 34 anos, nulípara, em uso de DIU por 14 meses, evoluiu com gestação que cursou com hemorragias de repetição e abortamento no quarto mês.Posteriormente, foi realizada tomografia computadorizada (TC) que evidenciou a migração do DIU para a cavidade abdominal, localizado anterior ao fundo uterino e superior à bexiga, sem evidências de coleções ou líquido na cavidade. Durante todo este período a paciente sempre permaneceu assintomática.Após a TC foi realizada uma videolaparoscopia visando a retirada do DIU. Entretanto o dispositivo não foi visualizado na cavidade abdominal.Nova TC evidenciou o DIU em localização pélvica e com o seu ramo longo localizado na luz do cólon, na transição descendente-sigmoide. A fase após a administração de contraste retal não mostrou extravasamento. Ausência de coleções ou líquido na cavidade abdominal.Diante dos achados tomográficos e a paciente assintomática, optado por realizar colonoscopia sob sedação, e, após localização do ramo do DIU na luz do cólon, o dispositivo foi apreendido com alça de polipectomia e retirado por via endoscópica sem intercorrências. A paciente foi mantida em observação e evoluiu sem complicações, recebendo alta no dia seguinte. Permaneceu assintomática e sem alterações nos controles ambulatoriais subsequentes.ConclusãoA implantação do DIU pode complicar-se com a migração deste para dentro da cavidade abdominal ou para órgãos adjacentes. Há relatos desta migração para os mais diversos órgãos, dentre eles o intestino delgado, cólon, reto sigmoide, apêndice, bexiga e tuba uterina.Há vários métodos terapêuticos descritos na literatura para remoção do DIU, sendo que a via laparoscópica é a técnica de escolha na maioria dos casos.No caso relatado, por se tratar de uma paciente assintomática cuja evolução indicava um processo bloqueado e sem comunicação com a cavidade abdominal, optou-se pela colonoscopia como método terapêutico, com ótimo resultado e sem a necessidade de abordagem cirúrgica.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 408

TÍTULO DO TRABALHO: Sarcoma de Kaposi: Relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: VITOR RAFAEL PASTRO; DENISEGRAFFITTI D?AVILA; ADRIELI HELOISA CAMPARDO PANSANI; IGOR ARANTES DE OLIVEIRA GÓES; CELENE BENEDITI BRAGION; LUIZA DI LORETO ABREU; ANA LUIZA NOVAES RIBEIRO; RONALDO NONOSE. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O Sarcoma de Kaposi (KS) foi descrito em 1972 por Moris Kaposi como uma neoplasia mesenquimatosa que se origina por proliferação do endotélio vascular. Em 90% dos casos está relacionado ao herpes vírus humano tipo 8 (HVH 8). Há quatro tipos de KS: clássico, endêmico ou africano, iatrogênico (associado a transplantes) e epidêmico (SIDA). Cada um desses grupos apresenta características epidemiológicas, patológicas e clinicas própria. Objetivo: Relatar o caso de SK de palato e reto em um paciente com infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). Relato de Caso: Paciente sexo masculino, 41 anos, heterossexual, com sorologia positiva para o vírus HIV há dois anos em tratamento com terapia antirretroviral (TARV) há 2 meses. Encaminhado de outro serviço com história de lesão em região de palato mole e duro. A biopsia da lesão confirmou o diagnostico de Sarcoma de Kaposi. Paciente negava perda de peso, alterações do habito intestinal, hematoquezia, enterorragia e dor abdominal. Ao exame físico apresentava lesão ulcerada sem sinais de necrose e fibrina em região frontal e zigomática esquerda e lesão em palato mole e duro à direita. Palpável linfonodomegalia em cadeia submandibular e inguinal E, móvel indolor, fibroelástico e sem sinais flogísticos. O exame proctológico revelava presença de múltiplas lesões verrucosas e fibrina à direita na inspeção. Ao toque retal, aparelho esfincteriano normotônico, com tumoração há 1 cm da borda anal. A colonoscopia trazida pelo paciente, até íleo terminal, evidenciava lesão ulcerada com saída de secreção purulenta em reto distal com um cm de diâmetro, a um cm da borda anal. O resultado histopatológico foi compatível com Sarcoma de Kaposi. Conclusão: O Sarcoma de Kaposi é a neoplasia maligna mais comumente associada à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) e portanto deve ser considerado entre os diagnósticos diferencias das lesões ulcerosas ou nodulares submucosas vinhosas principalmente em pacientes com SIDA.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2728

TÍTULO DO TRABALHO: SCHWANNOMA DE CANAL ANAL: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ALEXANDRE ERNESTO POZZEBON MOURÃO; HÉLIO FERNANDO MACHADO SILVA; BERNARD COSTA FAVACHO; FERNANDA VEIGA GONÇALVES; FELIPE AUGUSTO HAGE SOARES; GABRIELA TRINDADE GÓES; LUIZ NAZARENO FRANÇA DE MOURA. OPHIR LOYOLA, BELÉM - PA - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Schwannoma de canal anal é uma patologia extremamente rara, com apenas alguns casos reportados na literatura. Schwannomas pélvicos respondem por cerca de 1% dos casos. Na maioria das vezes são tumores benignos, com baixas taxas de transformação maligna. RELATO DO CASO: Paciente feminina, 69 anos encaminhada ao serviço de cirurgia oncológica de hospital de referência da região norte, com diagnóstico de neoplasia de canal há 5 anos. Como histórico pregresso, relatava ter se submetido a quatro procedimentos cirúrgicos nesses cinco anos. O primeiro procedimento foi excisão local de tumor perianal, que evoluiu com recidiva após um ano, sendo submetida a nova ressecção do tumor perianal. Paciente não dispunha do resultado anátomo patológico de ambos os procedimentos. Após um ano evoluiu com nova recidiva local, sendo prosseguida a terceira ressecção cujo anátomo patológico evidenciou Schwannoma. Em 2014, após 3 anos da primeira ressecção, foi realizado novo procedimento de ressecção local do tumor recidivado, cujo anátomo patológico mostrou neoplasia fusocelular com atipias e sua imunohistoquímica mostrou tumor maligno da bainha nos nervos periféricos. Em 2015, após recidiva, paciente foi encaminhada para avaliação em serviço especializado e submetida a amputação abdominoperineal do reto, com anátomo patológico evidenciando proliferação fusocelular com atipias de histogênese a ser determinada e margens livres. Durante seguimento, paciente evoluiu com recidiva pélvica além de metástase óssea e pulmonar. As imagens das lesões pélvicas apresentavam características semelhantes às lesões pulmonares. Por isso, devido à menor possibilidade de complicações durante biopsia guiada por imagem, foi optado por obter material da região pélvica, cujo anátomo patológico confirmou o mesmo diagnóstico. Discutido com equipe de oncologia clínica, não sendo indicado tratamento quimioterápico ou radioterápico. Paciente, então, considerada fora de possibilidade terapêutica curativa, sendo acompanhada com a equipe de cuidados paliativos. CONCLUSÃO: O Schwannoma do trato digestivo é uma condição extremamente rara e de baixo potencial de metástases. Os raros casos relatados na literatura se beneficiam do tratamento cirúrgico. Por isso, o tratamento desde as fases iniciais deve ser acompanhado por equipe especializada.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1838

TÍTULO DO TRABALHO: Síndrome de Chilaiditi evoluindo com necrose de colon

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: HEITOR FERNANDO XEDIEK CONSANI1; MARILIA COLTURATO CLETO2; YASMINE HENRIQUES DE FIGUEIREDO REBECCHI2. 1. CENTRO CIRURGIA DA HÉRNIA E UNIDADE REGIONAL DE EMERGENCIA - CHS, SOROCABA - SP - BRASIL; 2. UNIDADE REGIONAL DE EMERGENCIA - CHS, SOROCABA - SP - BRASIL.

RESUMO:
A sindrome de Chilaiditi (SC) é condição rara e seu tratamento em um cenário de urgência ainda mais raro. Os autores apresentam um caso de SC em um paciente do sexo masculino com 83 anos de idade que deu entrada no hospital com história de dor precordial, náuseas e vômitos. Screening para alteração cardiovascular foi negativo, radiografia de tórax revelou uma elevação do hemidiafragma direito causada pela presença de um anel colônico dilatado abaixo. Na CT de abdome/torax foi confirmado a interposição colônica e ainda essa alça apresentava sinais de isquemia .O paciente foi submetido a cirurgia de urgência como diagnóstico preliminar de lesão isquêmica de colon em SC . A isquemia foi confirmada no intraoperatório e procedido a hemicolectomia direita e anastomose ileocólica . A síndrome de Chilaiditi é geralmente assintomática. Trata-se raramente de um diagnóstico diferencial, com sintomas vagos que tornam o diagnóstico difícil. A distensão do cólon pode causar dor de estômago, vômito e falta de ar, o diagnostico é geralmente incidental feito por Rx, auxiliado por USG e CT. O tratamento na grande maioria das vezes é conservador, mas em raras situações pode cursar com patologia que requeira cirurgia de urgência.

CODIGO DO TRABALHO: 405

TÍTULO DO TRABALHO: Síndrome de Fournier: Do diagnóstico ao tratamento

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CAIO CÉZAR OLIVEIRA MENEZES; MOHAMED IBRAHIM ALI TAHA; FERNANDO TORRES VASQUES; FABRICIO OLIVEIRA RAMADA; FERNANDA CAVALCANTI CABRAL; MONISE CORNELIO DE DEUS; KLEBER CASTILHO. HOSPITAL GERAL DE ITAPEVI, ITAPEVI - SP - BRASIL.

RESUMO:
ObjetivoSíndrome de Fournier foi primeiramente descrita em 1883 por Jean Alfred Fournier, dermatologista francês especializado em doenças venéreas. É uma infecção bacteriana polimicrobiana, aguda e severa que acomete derme e hipoderme, de rápida evolução para necrose de tecidos genitais, perianal e perineais. O tratamento preconizado consiste estabilização do doente, antibioticoterapia de largo espectro e debridamento loco-regional. Em alguns casos com derivação urinaria e de transito intestinal. Aspecto do diagnóstico e tratamento são abordados em um relato de caso. MétodosE.M. Masculino , 52 anos, em situação de rua, sem morbidades. Com a queixa de: ?Dor e queimação em região perineal?.Encontrava-se em bom estado geral, estável hemodinamicamente e afebril. Pênis com necrose em toda pele com exposição de bulbo cavernoso, edema e flogose de períneo assim como região inguinal esquerda com presença de coleção purulenta e gás de permeio. Laboratorialmente leucocitose 17.9000 12 bastonetes pcr 34.1.Feito diagnostico de síndrome de Fournier. Iniciado Vancomicina 500mg iv 12/12 h e Meropenem 1g iv de 08/08h , além de hidratação e sintomáticos Realizado debridamento perineal com remoção de tecido desvitalizado do pênis, escroto e fossa ilíaca esquerda (exposição de corpos cavernosos, esponjosos e testículos), além de cistostomia por punção.Realizados limpeza local e curativo diário, evacuação assistida sem contato direto com ferida. Obtendo melhora do estado geral, de ferida e laboratorialmente.ResultadosO debridamento agressivo associado ao uso de carbapenemico e glicopepitideo, derivação urinária e curativo diário com neomicina, mostraram-se efetivos no controle infeccioso e na revitalização dos tecidos expostos.ConclusãoDiagnostico precoce, retirada de tecido desvitalizados e suporte clinico são essenciais para sucesso do tratamento e prognostico do paciente.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 919

TÍTULO DO TRABALHO: SÍNDROME DE OGILVIE EM PACIENTE JOVEM: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: YURI SOUZA ZILLIG1; OLIVIA SILVA ZANETTI1; WILLIAM CARLOS GIGLIO MIRA NETO2; MARCEL AROUCA DOMENICONI2; RAFAEL LUIS LUPORINI1. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS, SÃO CARLOS - SP - BRASIL; 2. IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO CARLOS, SÃO CARLOS - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO:A Síndrome de Ogilvie refere-se a uma dilatação colorretal sem obstrução intrínseca ou processo inflamatório.Trata-se de uma doença de caráter multifatorial (alteração de neurotransmissores do sistema nervoso entérico, alteração nas células de Cajal, uso de medicações neurotrópicas, entre outras).Clinicamente é marcada por distensão abdominal, dor, náusea e/ou vômitos, associados a um quadro de base (cirúrgicos, cardíacos, neurológicos, metabólicos, medicamentoso, oncológico, infeccioso e diversos outros). Ao exame físico o abdome apresenta-se distendido, timpânico, indolor a palpação. Pode evoluir com isquemia, perfuração e sepse.O diagnóstico é realizado através de radiografia e tomografia de abdome, evidenciando dilatação colônica e excluindo obstrução mecânica.O tratamento é inicialmente conservador (24 às 48h): jejum oral, sondagem nasogástrica, sonda retal, evitar medicações, correção hidroeletrolítica, mobilização e tratar causas reversíveis. Se insatisfatório, iniciar neostigmina. Em caso de falha, esta indicada descompressão colonoscópica. Em caso de todas as terapêuticas forem falhas, esta indicada cirurgia ou colostomia percutânea.RELATO DO CASO:G.C.E.P., masculino, 28 anos, história pregressa de epilepsia, em uso de Carbamazepina e Fluoxetina, admitido com dor abdominal e diarreia há 5 dias, evoluindo com distensão abdominal e parada na eliminação de fezes e flatos, há 2 dias Apresentava-se com abdome distendido, hipertimpânico, ruídos hidro aéreos diminuídos, levemente doloroso difusamente, sem sinais de peritonite. Toque retal normal. Radiograma de abdome agudo evidenciou dilatação de colón ascendente e transverso.No segundo dia de internação realizada Tomografia Computadorizada (TC) de abdome devido evolução desfavorável apesar de adotadas medidas clinicas. A TC evidenciou distensão do colo ascendente sem fator obstrutivo. No terceiro dia de internação, submetido à enteroclisma, com resultado insatisfatório. Optado por iniciar neostigmina, sem sucesso. No quarto dia de internação foi realizada colonoscopia, com descompressão efetiva do cólon. Recebeu alta hospitalar no sexto dia de internação em boas condições clinicas, sem novas intercorrências no decorrer de sua evolução.CONCLUSÃOEste caso trata-se de jovem epiléptico em uso de Carbamazepina e Fluoxetina, com Olgivie, resolvida somente após descompressão colonoscópica. A provável etiologia decorre do uso crônico de um neuroléptico associado a antidepressivo.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 960

TÍTULO DO TRABALHO: SUBVALORIZAÇÃO DAS QUEIXAS INICIAIS DE PACIENTES COM CÂNCER

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PRISCILA OLIVEIRA CARDOSO1; ANDY PETROIANU1; MATHEUS SEWASTJANOW SILVA1; ALISSON BARBOSA FERREIRA2; JOICE MARA SANTOS MOURA2. 1. UFMG, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. HOSPITAL SANTA RITA, CONTAGEM - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O câncer pode revelar-se de maneira insidiosa ou abrupta, surpreendendo o paciente e até o médico. Tendo em vista que ele se manifesta de forma inespecífica, a associação de sintomas e sinais, bem como a ampla variedade de fatores predisponentes faz com que indícios dessa doença possam ser subestimados e o seu diagnóstico postergado. A demora no diagnóstico implica em abordagem terapêutica mais agressiva, diminuindo a possibilidade de tratamentos mais conservadores, influencia negativamente a expectativa de vida e aumenta as taxas de mortalidade.Objetivo: Verificar se pacientes com câncer avançado procuraram atendimento médico no início de seu quadro clínico; se suas queixas iniciais foram investigadas pelos primeiros médicos que os atenderam; prováveis fatores responsáveis pelo avanço do câncer.Método: Foram realizados um total de 396 entrevistas, nos períodos de setembro de 2006 a maio de 2007 e novembro de 2015 a julho de 2016. Não houve seleção desta população por faixa etária, sexo ou cor da pele. Parâmetros avaliados: tempo de início das queixas, sintomas e sinais relacionados à neoplasia e seu tempo de início até a procura por assistência médica, diagnóstico e orientações recebidas, história pessoal e familiar de câncer. Após ser aplicado o questionário, o diagnóstico e o estadiamento do câncer foram pesquisados nos prontuários.Resultados: Mais de 70% dos pacientes procuraram atendimento médico em até 6 meses após o início dos sintomas. No entanto, 37,2% procuram assistência médica já passados mais de 1 mês de sintomatologia. Apesar de 77,8% dos pacientes considerarem que foram bem atendidos pelo primeiro médico assistente, 40,9% deles consideraram que houve atraso no diagnóstico da neoplasia. A renda mensal familiar é menor no grupo com diagnóstico de metástase. Há uma correlação entre o tempo de início das queixas com o diagnóstico de metástase.Conclusões: A demora do paciente na busca pela assistência médica e a dificuldade do médico da assistência primária de saúde em encaminhar o paciente para avaliação subespecializada estão incluídos dentre os prováveis fatores responsáveis pelo avanço do câncer.Bibliografia:Unger-saldaña K, Miranda A, Zarco-espinosa G, Mainero-ratchelous F, Bargalló-rocha E, Miguel lázaro-león J. Health system delay and its effect on clinical stage of breast cancer: Multicenter study. Cancer. 2015;121(13):2198-206.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2182

TÍTULO DO TRABALHO: TAXA DE DETECÇÃO DE ADENOMAS DE INTESTINO GROSSO NO SERVIÇO DE ENDOSCOPIA DE UM HOSPITAL GERAL DE SÃO PAULO: Variação por gênero e faixa etária

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: REBECA HARA NAHIME1; FELIPE JOSÉ DOS SANTOS PEREIRA2; ALEXANDRE HENRIQUE KALLAUR GRANGEIRO3; CARLOS ALBERTO CAPPELLANES4; HENRIQUE VILELA DE OLIVEIRA5. 1. UNITAU, TAUBATÉ - SP - BRASIL; 2. UNITAU, CAÇAPAVA - SP - BRASIL; 3. UNITAU, ARUJÁ - SP - BRASIL; 4. UNITAU, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 5. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE TAUBATÉ-HUT, TAUBATÉ - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A Taxa de Detecção de Adenomas (TDA) é a porcentagem de colonoscopias nas quais ao menos um adenoma é detectado. É importante marcador para avaliar a efetividade desse exame na detecção de lesões pré-malignas em cada serviço.OBJETIVO: Determinar a TDA no serviço de endoscopia de um hospital geral do estado do estado de São Paulo correlacionando-a com gênero e faixa etária.MÉTODO: Estudo transversal retrospectivo no qual foi calculada a TDA por gênero e faixa etária de exames colonoscópicos diagnósticos realizados no Serviço de Endoscopia do Hospital Universitário de Taubaté- HUT, entre janeiro e dezembro de 2015.RESULTADOS: Das 998 colonoscopias diagnósticas incluídas, 666 pacientes eram do gênero feminino e 332 do gênero masculino, com idade variando de menos de um ano a 90 anos (mediana 54 anos). 199 (19,9%) colonoscopias detectaram pólipos sendo na maioria pólipo único (67,33%). Dos tipos histológicos encontramos 20 (2%) exames com pólipos inflamatórios, 64 (6,4%) com hiperplásicos e 136 (13,6%) com adenoma. A TDA geral observada neste trabalho foi de 13,6% sendo de 17,5% para o gênero masculino e 11,7% para gênero feminino. Ao avaliar a TDA por faixa etária encontramos 8,3% para pacientes ? 54 anos e 19% para >54 anos. Das variáveis analisadas está relacionado ao maior risco de ter pólipos o gênero masculino (feminino 17,6% e masculino 24,7%, p=0, 008, OR 1,5 IC 95% 1,11 ? 2,11) e idade maior que 54 anos (>54 anos 25,7% e ? 54 anos 14,3%, p=0, 001, OR 2 IC 95% 1,49 ? 2,84).CONCLUSÃO: A TDA geral foi de 13,6%, sendo de 17,5% para homens e 11,7% para mulheres. Esta se encontra abaixo daquela observada na literatura (TDA 25% geral, 30% para homens e 20% para mulheres). Esse fato pode ser justificado pela população não ser de rastreamento e também por incluir faixas etárias onde a incidência de adenomas é reduzida. A TDA foi maior em faixas etárias maiores (8,3% ? 54 anos e 19% >54 anos) e o gênero masculino e idade >54 anos mostraram-se como risco para presença de pólipos.REFERÊNCIAS:1. Corley DA, Jensen CD, Marks AR, et al. Adenoma detection rate and risk of colorectal cancer and death. N Engl J Med.2014;370:1298-306.2. Rex DK, Schoenfeld PS, Cohen J, et al. Quality indicators for colonoscopy. Gastrointest Endosc.2015;81:31-533. Sanaka MR, Rai T, Navaneethan U, et al. Adenoma detection rate in high-risk patients differs from that in average-risk patients. Gastrointest Endosc.2016; 83:172-178.

CODIGO DO TRABALHO: 554

TÍTULO DO TRABALHO: TRANSPLANTE DE MICROBIOTA FECAL: RELATO DE NOVA ABORDAGEM PARA TRATAMENTO DA COLITE PSEUDOMEMBRANOSA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BÁRBARA FREITAS FRANCHI1; BRUNO AMANTINI MESSIAS2; PEDRO HENRIQUE PONTES1; CESAR AUGUSTO SANITA VIANA1; DANIEL ÁTILA DE ANDRADE M BARBOSA1. 1. CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL GERAL DE CARAPICUÍBA, CARAPICUÍBA - SP - BRASIL.

RESUMO:
A infecção por Clostridium difficile (ICD) é uma complicação comum após a disbiose intestinal ocasionada pelo uso abusivo de antibióticos e um fator de preocupação entre os médicos devido as altas taxas de recorrência. O transplante de microbiota fecal (TMF) é uma alternativa para o tratamento da infecção recorrente por C. difficile refratária ao tratamento convencional com antibióticos. Diversas técnicas para realização do transplante estão sendo estudadas e utilizadas de acordo com as vantagens apresentadas. O objetivo deste trabalho é demonstrar a eficácia do TMF como tratamento de infecções iniciais e recorrentes por C.difficile e comparar os diferentes métodos de realização da técnica do transplante quanto a sua eficácia e custo. Foi realizada a revisão de literatura de artigos acoplados nas bases de dados eletrônica PubMed, sciELO e LILACS. A pesquisa consistiu na utilização dos seguintes descritores: ?Enterocolitis,pseudomembranous? ?OR? ?Clostridium difficile?, ?AND? ?fecal microbiota transplantation? e como filtros foram selecionados artigos publicados nos últimos cinco anos em inglês e português, referentes ao público maior de 19 anos e em concordância com o objetivo deste trabalho.O transplante de microbiota fecal é um procedimento eficaz e seguro na resolução da infecção recorrente por C. difficile, pois não foram documentadas complicações e efeitos adversos relevantes e apresentando vantajoso custo benefício em relação ao tratamento convencional. Apesar da sua eficácia ainda é pouco utilizado como terapia inicial no tratamento da infecção por C.difficile, sendo que ainda são necessários estudos relacionando essa terapêutica como primeira opção. É uma alternativa econômica e mais eficaz em comparação aos outros tratamentos iniciais.Dentre as diferentes técnicas para realização do transplante todas são consideradas eficazes, com altas taxas de cura. A escolha da técnica a ser adotada depende da sua disponibilidade no local a ser realizado, da condição clínica do paciente e sua aceitação quanto ao procedimento.Na maioria das vezes os pacientes estão receptivos a realização do TMF caso este seja indicado pelo seu médico. O que foi observado é a pouca prescrição por parte destes profissionais. A criação de diretrizes e protocolos para orientação quanto a sua indicação, técnica e segurança faz-se necessária para aumentar sua divulgação e utilização em meio a comunidade médica, evitando que o paciente seja privado de um tratamento eficaz e seguro.

CODIGO DO TRABALHO: 1729

TÍTULO DO TRABALHO: TRATAMENTO CIRURGICO DO CÂNCER COLORRETAL EM UMA GESTANTE SUBOCLUIDA DURANTE A 19ª. SEMANA DE GESTAÇÃO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RODOLFO FREDERICO GAZZONI DEGRAZIA HOWES; LUIS CARLOS FERREIRA; JOAO GUILHERME CAVALCANTI KRIEGER; DAYANA TALITA GALDINO; RAMON ALVES MENDES; JOYCE MARIANNA CAPOCCI BITTENCOURT; MAURO DE SOUZA LEITE PINHO. HOSPITAL MUNICIPAL SÃO JOSÉ, JOINVILLE - SC - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA: ?Cancer coloretal abrange tumores do intestino grosso e reto?, ?Grande parte destes se iniciam a partir de pólipos, que podem crescer na parede interna do intestino grosso? (INCA) O CCR durante o período gestacional é raro, com incidência de 0,002%1-2. Primeiro caso descrito por Cruveilhier em 18421-3. OBJETIVO: Relatar tratamento cirúrgico do CCR, em uma paciente semi-ocluída na 19ª semana de gestação. HISTÓRIA: Feminina, E.B., 41 anos, procura hospital por sangramento retal há aprox. 1 mês, dor abdominal difusa, evacuações líquefeitas em pequena quantidade, emagrescimento de 7kg. Aceita dieta em pequenas quantidades, negou vômitos, negou comorbidades previas. DUM há 2 meses aprox. G3P2A1. Abdome levemente distendido, ruídos presentes, doloroso a palpação, sem defesa, útero gravídico, fundo alcançando cicatriz umbilical. Toque retal massa palpável há 5 cm da margem anal, em parede posterior, sem sangue ou fezes, tônus preservado. CONDUTA: Caso foi discutido c/ GO e Coloproctologia, acordado realização de uma retosigmoidectomia, considerando idade gestacional e proximidade anatômica, uma histerectomia não estava descartada. No dia da cirurgia apresentava colo fechado, grosso, posterior e sem sinais de modificações; BCF: 148 bpm. Realizado Hartmann, com tração anterior do útero sem comprometimento do mesmo. Não foram identificados metástase. EVOLUÇÃO: Evoluiu bem, pouca dor, sem sangramento vaginal, aceitando dieta. Permanecendo até o 7º. dia. Retorna após 15 dias, encontrava-se em bom estado geral e colostomia funcionante. Gestação sem complicações. DISCUÇÃO E CONCLUSÃO: Revisão do tema nos leva a acreditar que o CCR em gestantes tem um prognostico ruin4, com relação a malignidade materna não parece haver grande risco de transmissão de células materno-fetal4-5. A Literatura descreve que a metástase placentária é mais observada em casos de melanoma4, uma avaliação anatomopatológica da placenta após o parto é importânte para acompanhamento da criança. Anatomopatológico da peça cirúrgica evidenciou um adenocarcinoma invasor pT3n2b, indicado seguimento oncológico com quimioterapia adjuvante, em decorrência da gestação é necessário aguardar o término para inicia-lo, possibilitando a progressão da doença metastática. Concluímos que o melhor tratamento para CCR suboclusivo em gestantes é cirúrgico, excluindo-se invasão uterina podemos submeter a paciente ao tratamento cirúrgico preservando-se o feto e a capacidade reprodutiva da mãe.

CODIGO DO TRABALHO: 2208

TÍTULO DO TRABALHO: TRATAMENTO CIRÚRGICO POR APENDICECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA NO PACIENTE COM APENDICITE: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOÃO PEDRO SOARES NUNES; GABRIELA PARREIRA BIZINOTO; GRASIELLE SILVA SANTOS; GUILHERME SOUZA DE FARIA; PEDRO ANTÔNIO PASSOS AMORIM; ANTONIO LUCAS NUNES DE OLIVEIRA; JAIR PEREIRA DE MELO JÚNIOR; VICENTE GUERRA FILHO. DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DO HOSPITAL SANTA TEREZINHA DE RIO VERDE - GOIÁS, RIO VERDE - GO - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Apendicite consiste na causa mais comum de acometimento do apêndice cecal. Os sinais e sintomas podem ser clássicos, sendo diagnosticados em cerca de 95% dos casos, o que culmina com o tratamento cirúrgico precoce, evitando possíveis complicações.Relato de Caso: Paciente masculino, 30 anos, iniciou quadro de dor em região epigástrica, de início súbito, tipo cólica, intensidade 4 na escala da dor, associado a náuseas, vômitos aquosos sem sangue e sem muco, hiporexia, constipação intestinal e parada de eliminação de flatos. Negou febre, cefaleia e alterações urinárias. Paciente refere mudança no padrão da dor cerca de 10 horas após início do quadro, passando a se localizar em Fossa Ilíaca Direita, tipo pontada, intensidade 8, que melhorava ao decúbito dorsal e piorava ao deambular e ao esforço físico. Ao exame físico o paciente se encontrava em regular estado geral, taquicárdico e com demais parâmetros da ectoscopia normais. Aparelho respiratório sem alterações. Abdômen globoso, flácido, doloroso à palpação profunda, Blumberg positivo, ruídos hidroaéreos diminuídos. A investigação diagnóstica laboratorial incluiu enzimas hepáticas, função renal e hepática, hemograma, coagulograma, amilase e glicemia de jejum, além de exames de imagem. As únicas alterações foram uma leucocitose de 21.500/uL e borramento da gordura na goteira parieto-cólica direita na tomografia computadorizada (TC) de abdômen total. Diante do quadro clínico e da confirmação diagnóstica pela TC, iniciou-se a preparação pré-operatória com jejum, hidratação intravenosa e antibioticoterapia. O paciente foi submetido a apendicectomia por videolaparoscopia no 2º dia de internação, apresentando uma ótima evolução pós cirúrgica, sendo reintroduzido dieta 24 horas após a cirurgia com boa aceitação, tendo início de reestabilização do hábito intestinal. Recebeu alta no 4º dia de internação.Conclusão: Pode-se inferir que o tratamento cirúrgico por apendicectomia videolaparoscópica em pacientes com apendicite é muito importante, já que reduz as complicações em ferida operatória, diminui a permanência do paciente no hospital e este retorna mais precocemente às suas atividades de vida diária.

CODIGO DO TRABALHO: 2529

TÍTULO DO TRABALHO: TRATAMENTO DE MAGACÓLON CHAGÁSICO POR CIRURGIA DE DUHAMEL-HADDAD: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PEDRO ERNESTO ALVES MANGUEIRA JÚNIOR; ISABELLA ALVES DA SILVA BARBOSA; OTÁVIO LIMA DE ARRUDA JÚNIOR. INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS, ARAGUAÍNA - TO - BRASIL.

RESUMO:
TRATAMENTO DE MAGACÓLON CHAGÁSICO POR CIRURGIA DE DUHAMEL-HADDAD: RELATO DE CASOTREATMENT OF CHAGASIC MEGACÓLON BY DUHAMEL-HADDAD SURGERY Isabella Alves da Silva Barbosa1, Otávio Lima de Arruda Júnior2, Pedro Ernesto Alves Mangueira Júnior3[1]Acadêmica de medicina, [2] Médico residente em Cirurgia Geral, 3Médico especialista em Proctologia RESUMOObjetivo: Descrever o acompanhamento clínico, propedêutico por imagem e cirúrgico de um paciente com Megacólon chagásico na cidade de Araguaína-TO. Metodologia: As informações foram obtidas através de revisão do prontuário, entrevista com a paciente, registro fotográfico dos métodos diagnósticos e revisão da literatura. Relato: Paciente, 64 anos, sexo masculino, portador de doença de Chagas evolui com prolapso de colostomia de Hartman, sendo submetido a cirurgia de Duhamel-Haddad para tratamento. Considerações: É consenso geral que o tratamento megacólon é cirúrgico. Não visa a cura da doença , uma vez que é incurável e não restrita ao intestino. Tem por finalidade evitar a constipação crônica e profilaxia para outras complicações. Palavras-chave: ?megacólon?, ?colostomia?, ?cirurgia? Objective: To describe the clinical follow-up, preparatory imaging and surgery of a patient with megacolon chagasic in the city of Araguaína -TO. Methodology: Data were obtained through review of medical records, interview with the patient, photographic record of diagnostic methods and literature review. Report: Patient , 64 years old, male, Chagas disease carrier evolves with prolapsed colostomy Hartman and underwent Duhamel - Haddad surgery for treatment. Considerations: It is generally agreed that megacolon treatment is surgical . It is not intended to cure the disease is incurable once and not restricted to the intestine. It aims to prevent chronic constipation and prophylaxis for other complications. Keywords: " megacolon " , " colostomy " , " surgery "

CODIGO DO TRABALHO: 1140

TÍTULO DO TRABALHO: TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DE LST DE CECO BEM SUCEDIDO - RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RAFAELA DE SOUZA NOVO; GABRIELA PERRIELLO RISANTE; RONALDO NONOSE; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; DANILO TOSHIO KANNO; JULIANA SANTOS VALENCIANO. UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Lateral spreading tumours (LST) são lesões maiores que 10 mm de diâmetro com eixo vertical baixo, se estendem lateralmente ao longo da parede luminal, apresentam disseminação superficial, são percursoras de CCR cada vez mais diagnosticadas e tratadas por colonoscopia. Este é um método adequado de rastreio das doenças colorretais, com destaque para os pólipos e neoplasias, também considerada diagnóstica e terapêutica, sendo cada vez mais comum por permitir ressecar não só carcinoma precoce mas também adenomas pre-malignos com técnica minimamente invasiva. RELATO DE CASO: Paciente, sexo feminino, 71 anos, hipertensa, diabética e dislipidêmica, devido a quadro intestinal, realizou colonoscopia em 2013 com achado de lesão em ceco sugestiva de LST, não abordada. Após 3 anos, nova colonoscopia evidenciou, na mesma topografia, lesão maior e sugestivo de pólipo malignizado. Foi encaminhada a serviço especializado com proposta de ressecção endoscópica, a qual não pôde ser realizada devido a não elevação da lesão. Veio ao nosso serviço de coloproctologia, já com indicação cirurgica de colectomia direita. Porém, em reunião clínica foi optado por nova tentativa de ressecção endoscopica. Após preparo convencional, realizou-se mucosectomia sem intercorrências, recebendo alta hospitalar no mesmo dia. O anatomopatologico evidenciou carcinoma intramucoso com margens livres de tumor. Tomografia de tórax e abdome e cea não evidenciando doença avançada. Após 6 meses, nova colonoscopia não mostrou sinais de recidiva da lesão e TC tórax e abdome e CEA normais. Mantem-se em acompanhamento ambulatorial seriado. CONCLUSÃO: A ressecção endoscópica da mucosa para esses tumores, apesar do seu grande tamanho, é uma alternativa à cirurgia em pacientes selecionados. Para determinar a indicação desse procedimento classifica-se a LST com base em imagens obtidas após corante indigocarmina. Muitos estudos mostram a eficiência dessa técnica em ressecção de lesões retais com acurácia de 80,1% a 99,1%. As principais complicações da mucosectomia podem ser: hemorragia, que é a mais comum, ocorre em 0,4 a 16% dos casos, todas controladas endosopicamente; perfuração, que é a mais grave, ocorre em 0,5% a 3% dos casos segundo estudos recente. O risco de metástase local é abaixo de 5-10% dos LST, ainda assim, deve ser bem indicada e realizada por profissionais altamente capacitados, para evitar recidivas e disseminações, e para melhorar a qualidade de vida a longo prazo.

CODIGO DO TRABALHO: 1211

TÍTULO DO TRABALHO: Tratamento Endoscópico de Proctite Actínica com Plasma de Argônio em Paciente com Doença Arterial Coronariana Triarterial.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: SÂMELA COMÉRIO1; ARTHUR OLIVEIRA AGUILAR1; LAILA GIACOMINI COUTO1; GABRIELA DALFIOR FERREIRA2; HENRIQUE FERNANDES NOÉ1; RAFAEL ANGELO FERREIRA DA FONSECA1; POLYANA FERNANDES FLORES PEREIRA1; LEIS SOARES GUSMÃO JUNIOR1. 1. UNESC, COLATINA - ES - BRASIL; 2. HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO JOSE, COLATINA - ES - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A proctopatia actínica é caracterizada por uma inflamação crônica do reto, limitada a mucosa, na qual o principal mecanismo fisiopatogênico é a endoarterite obliterante com consequente isquemia. Tal evento pode ser observada em até 20% dos pacientes submetidos à radioterapia pélvica para o tratamento de tumores dessa região. Objetivo: relatar o caso de um paciente portador de proctite actínica com hemorragia digestiva baixa recorrente e doença arterial coronariana triarterial, com necessidade de cirurgia de revascularização. Métodos: as informações foram obtidas por meio de revisão do prontuário, entrevista com o paciente e revisão da literatura.Relato do caso: W.D, masculino, 71 anos, branco, com histórico de neoplasia de próstata há três anos, realizando radioterapia, evoluindo à seis meses com hemorragia digestiva baixa, tenesmo e astenia. Evoluiu posteriormente com choque misto: hemorrágico e cardiogênico, sendo identificado IAM sem supra desnivelamento do seguimento ST. Realizada cineangiocoronariografia a qual evidenciou doença arterial coronariana triarterial com necessidade de cirurgia de revascularização. Encontra-se internado no serviço em preparo pré-operatório de cirurgia cardíaca a qual ainda não foi possível realizada devido a quadro de hemorragia digestiva baixa persistente. Comprovado diagnóstico de proctite actínica após colonoscopia com biópsia. O tratamento de eleição para o paciente foi eletrocoagulação com plasma de argônio, com duas sessões concluídas até a presente data e resultados satisfatórios.Conclusão: a aplicação endoscópica de plasma de argônio é um método seguro e eficaz e tem sido considerado como primeira escolha de tratamento da proctite actínica.

CODIGO DO TRABALHO: 3034

TÍTULO DO TRABALHO: TUBERCULOSE INTESTINAL EM PACIENTE HIV POSITIVO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GIOVANNI JOSÉ ZUCOLOTO LOUREIRO1; LUANA BORGES SEGANTINE1; FERNANDA MOURA LYRA1; IZABELLA FRONTINO AMBROZIM1; CLARISSA CARLINI BALBINO1; GRAZIELLY COSER DE ASSIS1; PRISCILLA SORAYA ALVES ROCHA2. 1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO DE MORAES - UFES, VITÓRIA - ES - BRASIL; 2. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO DE MORAES- UFES, VITÓRIA - ES - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A tuberculose é uma doença infecciosa ainda comum em países tropicais e em desenvolvimento. Sua localização extrapulmonar é rara e predominantemente relacionada à imunodeficiência.A tuberculose em sítio intestinal pode ser explicada por alguns mecanismos patogênicos, como deglutição de secreção repleta de bacilos e disseminação hematogênica. Nos casos de tuberculose intestinal sem sítio pulmonar afetado, o diagnóstico torna-se difícil e esta patologia pode ser confundida com neoplasia ou doença inflamatória intestinal. Por ser infrequente, muitas vezes não é considerada no diagnóstico diferencial de doenças abdominais, o que pode levar a graves complicações, como obstrução e perfuração intestinal.Relato de caso: SDP, 35 anos, feminino, HIV positivo em uso irregular de Terapia antiretroviral e em acompanhamento com a proctologia devido a condiloma gigante de canal anal, dá entrada no pronto socorro queixando-se de dor forte e difusa no abdome tipo cólica associada à vômito, sangramento e dor na região anal. Refere também perda ponderal de 20 quilos em 3 meses. Ao exame apresentou abdome flácido e doloroso à palpação em fossa ilíaca direita, sem massas palpáveis, presença de lindonomegalia cervical e inguinal bilateral. Ao exame proctológico notou-se presença de tecido de granulação perianal, sem secreção ativa e presença de fistulas. Foi realizado uma tomografia computadorizada de tórax que revelou lesão em ápice pulmonar esquerdo, sugestivo de tuberculose . Interrogou-se como diagnóstico diferencial tuberculose intestinal e, confirmado o diagnóstico, seguiu-se tratamento do sítio intestinal com ileocolectomia seguida de ileostomia.Conclusão: As manifestações clínicas da tuberculose incluem dores abdominais, vômitos e diarreia. O diagnóstico é ainda difícil em virtude da inespecificidade dos métodos diagnósticos, sendo frequentemente realizado intra-operatório, durante laparotomia devido a obstrução, hemorragia gastrointestinal ou perfuração intestinal. O material colhido em biópsias revela grande número de falso negativos, visto que o processo é frequentemente submucoso. Por ser rara e de difícil diagnóstico, a tuberculose intestinal ainda é um problema frequente em pacientes imunodeprimidos crônicos, devendo ser considerada em quadros abdominais em pacientes HIV positivo, em especial aqueles que não aderem corretamente ao tratamento.

CODIGO DO TRABALHO: 1336

TÍTULO DO TRABALHO: TUBERCULOSE INTESTINAL EM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE: UM RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANA CARLA FRANCO UBINHA1; SILAS SOARES CAVALCANTE1; ANA CAROLINA TRENTINI IZAR1; JULIANA DE SOUZA1; LUCAS PUGLIESI SMIRNE GOI1; ENZO FABRICIO RIBEIRO NASCIMENTO2; DANILO TOSHIO KANNO2; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ2. 1. UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa que afeta prioritariamente os pulmões. A forma extrapulmonar é mais comum em pacientes imunocomprometidos e é de difícil diagnóstico. A TB intestinal corresponde a uma forma rara de TB extrapulmonar. O bacilo invade a parede abdominal proveniente da deglutição do escarro ou por via linfo-hematogênica e a doença costuma cursar com quadro inespecífico de dor abdominal, associado à febre e aumento de enzimas hepáticas. Relato do Caso: P.M.M.H, sexo feminino, 20 anos, deu entrada no Hospital Universitário São Francisco com queixa de dor abdominal difusa, associada à distensão abdominal, tosse, dispneia e febre vespertina, sem alteração do hábito intestinal. O quadro teve início há 3 meses, com piora progressiva nas últimas duas semanas, apresentando perda ponderal e astenia. Paciente referiu familiar com diagnóstico de TB. Ao exame físico, apresentava-se em regular estado geral, descorada, hidratada, com abdome doloroso a palpação difusa, descompressão brusca negativa e fígado palpável abaixo do rebordo costal. Laboratorialmente destacava-se anemia e elevação de enzimas hepáticas. A sorologia para HIV foi não reagente. RX de tórax não apresentou alterações. Tomografia de abdome evidenciou cólon direito difusamente espessado, com borramento da gordura mesocólica e linfonodomegalia, além de coleção hipoatenuante na região pélvica. A paciente foi submetida à laparoscopia exploradora, durante a qual foi evidenciado espessamento peritoneal e bridas de alça intestinal, quadro sugestivo de TB intestinal. Foi coletado material para anátomo-patológico. Foi instituído tratamento com Coxip-4. A paciente evoluiu com formação de coleção intracavitária, sendo necessária nova abordagem cirúrgica em um período de 15 dias. O resultado anátomo-patológico confirmou o diagnóstico de TB intestinal. Deu-se seguimento ao caso com atendimento ambulatorial. Conclusão: O diagnóstico da TB intestinal em pacientes imunocompetentes requer um elevado índice de suspeição, uma vez que os sinais e sintomas são vagos e inespecíficos. A instituição do tratamento precoce tem importante função na redução da morbimortalidade.Bibliografia: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde ? Brasília: Ministério da Saúde, 2015; Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico ? v. 46, n. 09 ? Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 534

TÍTULO DO TRABALHO: TUBERCULOSE INTESTINAL MANIFESTADA COMO QUADRO DE ABDOME AGUDO PERFURATIVO - RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RAFAELA DE SOUZA NOVO; ISABELA CORREA CASADIO; LAURA LEONARDI NEVE; DANILO TOSHIO KANNO; RONALDO NONOSE; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ. UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A associação da tuberculose com a SIDA é bem conhecida e continua sendo um grave problema de saúde pública no Brasil. A doença intestinal é uma complicação da doença pulmonar. Quando acomete o trato digestório, o íleo terminal seguido da válvula ileocecal e do jejuno são os locais mais frequentemente comprometidos. Pode ser de diagnóstico difícil e em algumas situações pode se tornar uma doença de tratamento cirúrgico, quando há principalmente a obstrução e a perfuração intestinal. Tem como diagnóstico diferencial a doença de Crohn e tumores malignos do cólon. E a linfadenopatia pode dar a impressão de linfoma. Retocolite ulcerativa inespecífica, sarcoidose, amebíase, histoplasmose, apendicite, entre outras também devem ser consideradas. RELATO DE CASO: Paciente portadora de SIDA, e TB pulmonar em tratamento irregular e sem terapia antirretroviral, veio com quadro de dor abdominal difusa e constipação há 3 dias, e abdome com sinais de peritonite. Após diagnóstico de abdome agudo perfurativo, foi submetido a laparotomia exploradora de urgência e subsequente enterorrafia. CONCLUSÃO: Conclui-se que a forma extra pulmonar da tuberculose é mais comum nos portadores de SIDA, e corresponde a 50% dos casos. Além disso, o diagnóstico pré-operatório é difícil, e raro, sendo a certeza dada pelo exame histopatológico ou em culturas de tecidos. E o diagnóstico cirúrgico ainda é muito comum, apesar de ser mais indicado em casos de complicações como perfuração e obstrução.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1272

TÍTULO DO TRABALHO: Tumor de Buschke-Lowenstein: Relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GERSON DE ALMEIDA CORREIA SANTOS1; GRAZIELLY COSER DE ASSIS1; TAIANE RANGEL DE AQUINO2; VINICIUS CUNHA FAGUNDES1; GUILHERME ALVES DOS REIS1; GIOVANNI JOSÉ ZUCOLOTO LOUREIRO1; MARCELO MARTINS DE MOURA1. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO, VITÓRIA - ES - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRTO SANTO, VITÓRIA - ES - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O condiloma de Buschke-Lowenstein é causado por infecção pelo HPV subtipos 6 e 11 e acomete pacientes imunocomprometidos principalmente na regiã genito-anal. É um tumor benigno, não gera metástases a distância porém tem um comportamento agressivo local, podendo invadir musculatura esfincteriana e provocar incontinência fecal e estenose.Relato de caso:Caso 1: mulher, 29 anos, HIV positivo, ex-usuária de drogas. Procurou serviço de coloproctologia com lesão condilomatosa anal fistulizante e dor em fossa ilíaca direita, sendo diagnosticada com Tumor de Buschke-Lowenstein de canal e margem anal associado à tumoração em ceco fistulizada para íleo distal com linfonodomegalia. Paciente submetida a colectomia direita parcial com ileostomia e correção das fístulas e biopsia do condiloma gigante, cujo resultado foi, respectivamente, inflamação crônica granulomatosa necrosante transmural e carcinoma de células escamosas invasor. Encaminhada à quimioterapia e radioterapia. No seguimento teve recidiva do condiloma e desenvolvimento de tuberculose pulmonar e intestinal. Abandonou acompanhamento.Caso 2: Homem, 20 anos, pós-transplantado, em terapia imunossupressora desenvolveu lesão anal vegetante sendo diagnosticado condiloma de Buschke-Loweinstein. Submetido a ressecção cirúrgica, evoluiu com estenose anal e posterior recidiva das lesões. Foi tratado com múltiplas dilatações por vela de Hegar e cauterizações. Utilizou podofilina, obtendo melhora progressiva da lesão externa, mas aumento das lesões do canal anal. Posteriormente foi realizado exérese de lesões em borda e canal anal e eletrocauterização de condilomas em escroto, penis, região perianal e canal anal, com regressão do condiloma.Conclusão: o tumor de Busch-Lowenstein é uma neoplasia rara e estigmatizante de difícil controle com recidivas frequentes.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2264

TÍTULO DO TRABALHO: TUMOR DE CÓLON DIREITO COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL NO ABDOME AGUDO INFLAMATÓRIO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DANIEL DE MORAIS TAVARES1; MARILIA IAIA NAHAS JUNQUEIRA2; FERNANDA NEIVA RIBEIRO2; LUANA ARRUDA2; DYEGO DOS SANTOS QUEIROZ2; VALTER FABRICIO FERREIRA DARI2; LUCIANO CRUANES GULLO2; THEAGO ARRUDA ESPÍRITO SANTO2. 1. PUC-SP, SOROCABA - SP - BRASIL; 2. COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI, CAMPINAS - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O carcinoma colorretal é uma das neoplasias mais comuns nos países em desenvolvimento. Os sinais e sintomas dependem da localização e tamanho do tumor, podendo inclusive ser a causa de um abdome agudo. Os pacientes que apresentam ao diagnóstico as condições de obstrução ou perfuração tumoral apresentam pior prognóstico quando comparados aos tumores dos mesmos estágios porém não complicados. RELATO DO CASO: O trabalho descreve um quadro de abdome agudo inflamatório de um paciente atendido no Pronto Socorro de Cirurgia Geral do Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi, Campinas ? SP, em agosto de 2016 que foi submetido a tratamento cirúrgico e durante o intra-operatório foi diagnosticado um tumor de cólon ascentente complicado com abscesso local. Optado por ressecção da lesão com margens oncológicas e ostomia terminal. O resultado de anatomopatológico evidenciou um adenocarcinoma de região cecal, tendo como estadiamento (T3 N0 M0) ou Dukes B. CONCLUSÃO: As situações de abordagem emergencial em pacientes portadores de neoplasia colorretais constituem um desafio adicional para o cirurgião, uma vez que os procediemtos realizados podem ter um impacto significativo no prognóstico geral do paciente.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1796

TÍTULO DO TRABALHO: Tumor de Krukenberg - Relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: AMILCAR ALVES ASSIS1; LUIS FERNANDO MARIANO RODRIGUES1; MARCELA FUKUSHIMA2. 1. HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA, BRASÍLIA - DF - BRASIL; 2. HOSPITAL REGIONAL DE TAGUTINGA, BRASÍLIA - DF - BRASIL.

RESUMO:
O tumor de Krukenberg é uma neoplasia ovariana metastática, rara, secundária a um tumor primário do Trato Gastrointestinal. Acomete geralmente mulheres entra a quarta e quinta década de vida e tem como características frequentes ser bilateral, volumoso e oligossintomático. Corresponde a 1% - 2% de todos os tumores ovarianos, sendo que em 70% dos casos o sítio primário da neoplasia é o estômago. Cólon e apêndice cecal também são locais acometidos primariamente pelo tumor de Krukenberg. A mortalidade é considerada alta, com sobrevida média de 14 meses após o diagnóstico. A literatura mostra que o prognóstico tende a ser pior quando o tumor primário é identificado após o metastático, o que é frequente diante do fato de que o tumor primário é frequentemente bastante menor que o metastático.Este trabalho tem por objetivo descrever o caso de uma paciente de 43 anos que deu entrada em Pronto Socorro de Cirurgia Geral com quadro de diminuição na eliminação de flatos e fezes associada à dor abdominal difusa há vinte dias, cujo o exame tomográfico do abdome apontava redução abrupta do calibre do cólon descendente com dilatação a montante. Foi então submetida à Laparotomia Exploradora identificando-se tumores extensos de aspecto mucinoso em ambos os ovários, tumor na transição cólon descendente-sigmóide e nódulos inespecíficos em seguimentos IV, VI e VII do fígado. Submetida então à Ooforectomia bilateral e Hemicolectomia Esquerda com anastomose primária término-terminal. O estudo anatomo-patológico evidenciou adenocarcinoma mucinoso bem diferenciado, com células em forma de anéis de sinete, em ambos os ovários e adenocarcinoma de sigmoide grau I (pT3, pN1, pM1b).A paciente recebeu alta hospitalar no oitavo dia de pós-operatório após apresentar boa evolução clínica, aceitando bem a dieta via oral, com hábito intestinal de duas evacuações diárias. No momento encontra-se no segundo mês de pós-operatório, evoluindo com estabilidade clínica, sem queixas de qualquer natureza e recebendo terapia adjuvante com Xelox, ainda em primeiro ciclo.Conclusão: Trata-se de relato de caso de tumor metastático de ovário, com foco primário no Trato Gastrointestinal, conhecido com Tumor de Krukenberg, com o objetivo de avaliar prospectivamente a evolução clínica da paciente diante de um tumor tido como raro e de prognóstico reservado. Porém evidencia-se até o presente momento uma evolução clínica bastante satisfatória tanto do ponto de vista cirúrgico como oncológico.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 433

TÍTULO DO TRABALHO: TUMOR ESTROMAL DE RETO: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: IGOR ARANTES DE OLIVEIRA GÓES; KAREN MAYURI KATO; PAULA CRISTINA STEFFEN NOVELLI; RODRIGO SADER HECK; DENISEGRAFFITTI D?AVILA; VITOR RAFAEL PASTRO; DANILO TOSHIO KANNO; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Os tumores estromais gastrintestinais (GIST) representam cerca de 80% dos tumores mesenquimais gastrointestinais. A doença acomete indivíduos na quinta ou sexta década de vida, com discreta predominância no sexo masculino, sendo os pacientes na grande maioria assintomáticos. O diagnóstico de GIST pode ser feito por endoscopia digestiva alta, com o achado endoscópico de uma lesão submucosa que deve ser biopsiada e submetida à imunohistoquímica. O tratamento da doença é a ressecção cirúrgica de toda massa sem rompimento da cápsula, sendo recomendada a análise da peça no intra-operatório para confirmação das margens livres. Relato de Caso: J.S., 59 anos, sexo masculino, procedente de Águas de Lindóia/SP., com queixa de proctalgia há 3 meses acompanhada de hematoquezia, alteração do calibre das fezes e emagrecimento de 15kg. É hipertenso e portador de hiperplasia prostática benigna. Ao exame físico: REG, desnutrido, anêmico, e toque retal doloroso com uma tumoração há 2 cm da borda anal com extensão há 7 cm que acometia toda a parede retal e com invasão de próstata. As múltiplas biópsias foram inconclusivas para carcinoma. A tomografia de pelve evidenciou massa extensa em região pélvica com tumoração acometendo reto, bexiga, vesícula seminal e próstata, sem sinais de doença metastática. Devido ao quadro álgico importante e sintomas de obstrução intestinal foi optado pela intervenção cirúrgica que confirmou o achado tomográfico, optando-se por uma exanteração pélvica total, com derivação urinária com colostomia úmida. Anátomo-patológico foi descrito como neoplasia mesenquimal, com extensas áreas de necrose, ulcerando o reto. Foram observadas, 4 mitoses em 10 campos de maior aumento. Ausência de metástases nos seis linfonodos ressecados isolados no mesocólon. A imunohistoquímica concluiu GIST de reto. A paciente foi encaminhada para a oncologia e foi indicado Imatinibe como terapia adjuvante. No seguimento ambulatorial o paciente apresentou metástase hepática em lobo direito do fígado. Foi optado por aumentar a dose do Imatinibe. No momento encontra-se com a doença estável. Conclusão: A confirmação do diagnóstico do caso acima só pode ser observada a partir da análise imunohistoquímica. Diante disto, podemos verificar a importância nos estudos para o entendimento molecular da patogênese do GIST, visando melhores métodos terapêuticos e menores taxas de recidivas.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2891

TÍTULO DO TRABALHO: Tumor Estromal Gastrointestinal (GIST) de Canal Anal: Relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: NAJA NABUT1; DAMIANNE REIS BERTONSELLO1; LUIS HENRIQUE ANGHEBEN1; EMANUEL GOIS JR1; HELIO APARECIDO BATISTELA JUNIOR1; RODRIGO EIK SAHYUN2; KELLYN CRISTINA GARBUIO SILVA2. 1. PUC PR - LONDRINA, LONDRINA - PR - BRASIL; 2. HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA, LONDRINA - PR - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoTumores estromais gastrointestinais (GIST) são raros, com incidência anual 15:1000000, responsáveis por 1-3% de todas as neoplasias do trato digestivo e 5-6% de todos os sarcomas.O tratamento cirúrgico com excisão completa da lesão é a indicação com chance de cura, porém há recidiva em 50% dos casos.Se não houve ressecção completa ou nos casos de alto índice mitótico há indicação do uso de imuno-biológicos. Antes do advento dessa classe de drogas, a sobrevida média na doença avançada era de 15 meses, aumentando para 55 meses com a sua utilização. O GIST pode ocorrer em qualquer sexo e faixa etária, mas predomina em adultos. Quanto à localização, pode surgir em qualquer parte do tubo digestivo, sendo o estômago o órgão mais afetado (70%), seguido pelo intestino delgado (20%) e 10% em esôfago, cólon ou reto. Pode ser encontrado fora do trato gastrointestinal (retroperitônio, mesentério e omento) com uma frequência muito baixa.Relato de CasoM.R.X., feminina, 80 anos, encaminhada com diagnóstico GIST do canal anal localmente avançado em 2009, sem evidência de outras lesões. Submetida a esquema de tratamento com Imatinibe por 3 meses, com boa resposta clínica, realizada ressecção da doença residual 3 meses apóa. Evolui bem durante 20 meses quando apresentou recidiva em 2011. Proposta ressecção cirúrgica, negada pela paciente por não aceitar a colostomia. Foi iniciado novo esquema com Imatinibe em 2012, porém sem resposta. Após várias propostas para ressecção cirúrgica, a paciente aceitou o procedimento em 2013. A amputação abdomino-perineal foi realizada sem intercorrências, porém a paciente ficou psicologicamente abalada devido à colostomia, evoluindo com um quadro depressivo refratário ao tratamento, seguido de pneumonia, insuficiência respiratória, septicemia e óbito no final do 1º mês pós-operatório.ConclusãoNo Brasil, não há estatística a respeito dos tumores mesenquimais. Os GISTs afetam mais frequentemente o estômago e menos o canal anal. Em caso de tumor do canal anal, necessita-se de biópsia para definir o tipo de tumor para iniciar a terapia adequada. No GIST de canal anal sem aderência ao plano muscular, opta-se pela ressecção, mas quando o tumor é invasivo, tenta-se o tratamento com imuno-biológicos o qual possibilita resposta completa ou redução da lesão, facilitando a retirada cirúrgica posterior. A amputação abdomino-perineal é a proposta mais aceita, realizando ressecções mais econômicas se possível, para evitar a colostomia definitiva.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 968

TÍTULO DO TRABALHO: TUMOR NEUROENDOCRINO COM DIAGNÓSTICO PRECOCE E RESSECÇÃO POR COLONOSCOPIA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LIGIA GARCIA DOS SANTOS1; CLÓVIS M KUWAHARA2; BRUNA CANSIAN3; GIOVANNA SABAGE3; MARIA PIA GOMES DE OLIVEIRA FREDERICO3; VANESSA SCREPANTE FORTE3; VANESSA PIRES MARUITI3. 1. PUCPR - LONDRINA, LONDRINA - PR - BRASIL; 2. PUCPR- LONDRINA, LONDRINA - PR - BRASIL; 3. PUCPR-LONDRINA, LONDRINA - PR - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Os Tumores neuroendócrinos (TNE) tem crescimento lento, com incidência de 0,7/100.000 habitantes1.O trato gastrointestinal é o local mais acometido com 67-73,7% dos casos, 25% dos tumores primários ocorrem no intestino delgado, 12% no apêndice e 14% no reto. 1,2. A classificação é feita de acordo com seu local de origem: intestino anterior (Foregut), intestino médio (Midgut) e intestino posterior (Hindgut)3, 4, mas 70% têm origem em um dos 3 locais: brônquio, jejunoíleo ou colo/reto5. Os TNE retais representam 1-2% de todos os tumores retais, normalmente menores de 1 cm eles raramente metastatizam5. Eles se apresentam normalmente como lesões polipoides pequenas localizadas entre 4 e 20 cm acima da linha pectínea na parede retal anterior ou lateral.3 Houve aumento da prevalência e incidência de tais tumores devidos a melhora de tecnologias de imagem e diagnostico2. Pequenos tumores carcinoides retais dificilmente sofrem metástase e a excisão via endoscópica é curativa6. Nestes casos, com diagnóstico precoce durante procedimento endoscópico, apresentam prognostico favorável, com taxa de sobrevida de 5 anos de 85,4%7. Porém preconiza-se excisão cirúrgica radical, por ressecção anterior ou por amputação abdominoperineal do reto, de todos os tumores carcinóides retais em que haja invasão da muscular própria, dimensões maiores que 1 cm de diâmetro, elevada atividade mitótica ou ulceração de mucosa8. Caso clínico: Paciente, F, 28a, com queixas de alternância de frequência evacuatória, diarréia, obstipação, sangramento e histórico de DRGE. Na colonoscopia foi encontrado pólipo subpediculado à 5cm da borda anal, com ulceração na superfície, medindo 3cm e aparência de TNE com margens comprometidas sem invasão perineural ou linfática. Foi realizado injeção de solução salina de esclerose, cromoscopia e mucosectomia. A peça encaminhada para análise imunohistoquimica que confirmou TNE bem diferenciado Grau I ? Carcinóide. Foi indicado uma segunda colonoscopia para ampliação da margem, e, caso não fosse possível, realização de tatuagem para posterior procedimento cirúrgico. No procedimento cromoscopia das margens normais foi realizado biopsia de cicatriz e avaliação da peça. Analise confimou margens livres. Acompanhamento com exames de colonoscopia ou retosigmoidoscopia. Conclusão: Exames de imagem endoscópico tem levado a um diagnóstico precoce de TNE, proporcionando a ressecção endoscópica, preservando o paciente de um procedimento invasivo.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1488

TÍTULO DO TRABALHO: Tumor neuroendócrino de reto baixo: relato de caso e revisão da literatura

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CAMILA ROCHA CRUZ; BEATRIZ GLEYSE MARINHO SILVA; HELYSÂNIA SHÁDYLLA SANTOS DE FARIAS; ALVARO ANTONIO BANDEIRA FERRAZ; ROBERTO AFONSO DA SILVA; FRANCISCO EDUARDO BEZERRA ALBUQUERQUE LIMA. UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, RECIFE - PE - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Os tumores neuroendócrinos (TNEs) são neoplasias raras e representam apenas 0,49% dos tumores malignos; porém, a sua incidência vem aumentando e é de 1-7 casos/105 indivíduos. Os TNEs de reto correspondem a um terço dos TNEs digestivos. A faixa etária mais atingida é em torno da sexta década de vida e a história familiar positiva é um fator de risco. O tratamento cirúrgico é capaz de curar TNEs de reto. Em tumores 20mm, a cirurgia radical, com dissecção linfonodal, está indicada. Os tumores entre 10-20mm são alvos de controvérsia. Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo discutir um caso de tumor neuroendócrino de reto baixo e revisão da literatura. Relato do caso: Paciente do sexo feminino, 25 anos, procurou o serviço de coloproctologia com queixa de sensação de tumoração no reto baixo. No Is: surtos esporádicos de flushing. Homossexual, não etilista, não tabagista, sem cirurgias anteriores, ausência de outras comorbidades e sem histórico de câncer familiar. Exame proctológico: no toque retal palpou-se uma tumoração endurecida, de 1,5cm, anterior, a cerca de 5cm da margem anal; na anuscopia tumoração amarelada, superfície lisa, nesta mesma topografia. Colonoscopia: o reto apresenta, a cerca de 5cm da margem anal, lesão elevada, de consistência endurecida, medindo 8mm com pequena erosão em seu ápice. Tomografia computadorizada de tórax e de abdome superior normais. Ressonância magnética da pelve evidenciou, no quadrante ântero-lateral esquerdo, área de espessamento parietal, medindo cerca de 1cm, sem realce após contraste, comprometendo a mucosa e muscular da mucosa; sem sinais de linfonodomegalias. A paciente foi submetida à ressecção transanal de tumor anorretal. O histopatológico evidenciou tumor neuroendócrino, grau 1, medindo 1,0cm x 0,6cm, comprometendo mucosa e submucosa retal e com foco de invasão vascular; margens cirúrgicas livres. O quadro imunohistoquímico é consistente com TNE de baixo grau, Ki67Conclusão: Apesar do aumento da incidência de TNEs retais nas últimas décadas, em jovens, esse achado é ainda mais raro, assim como invasão vascular associada. São fundamentais o diagnóstico precoce, tratamento cirúrgico e seguimento desses pacientes para o sucesso terapêutico. Além disso, os TNEs de reto entre 10-20mm devem ser abordados individualmente, considerando-se idade, comorbidades e desejo do paciente quanto à preservação esfincteriana.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 839

TÍTULO DO TRABALHO: TUMOR RENAL PRIMÁRIO EM UMA PACIENTE COM CÂNCER COLORRETAL ? RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: SAMARA NASER; FÁBIO CALANDRINI RODRIGUES; NIMER RATIB MEDREI; ANDRÉ ARAUJO DE MEDEIROS; LUIZ FLAVIO DE ANDRADE REIS; ANDERSON MIRANDA ABUD; LEONARDO SOUSA RAMOS. HOSPITAL DA REGIÃO LESTE, BRASÍLIA - DF - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O câncer colorretal é a neoplasia mais comum do trato gastrointestinal e o terceiro mais prevalente no mundo. Em 90% dos casos ocorrem em pacientes acima de 50 anos e em 85% dos casos o diagnóstico se faz na fase avançada da doença, justificando a importância da realização das medidas de rastreio e consequente diagnóstico precoce. O carcinoma de células renais é responsável por 85% dos casos de câncer renal, com aumento significativo de sua incidência nos últimos 20 anos. O desenvolvimento sincrônico dos tumores primários é um evento relativamente raro e que concomitância de CCR e CR possui uma prevalência entre 0,33 a 0,5% de acordo com a maioria dos estudos já publicados na literatura. RELATO DE CASO: Feminino, 49 anos, previamente hígida e sem antecedentes pessoais e familiares relevantes, com queixa de dor abdominal associada a sangramento retal, alteração do hábito intestinal há seis meses e aumento do CEA. Colonoscopia com lesão estenosante em junção retossigmoide e anatomopatológico correspondendo a adenocarcinoma tubular de baixo grau. Tomografia computadorizada com grande massa renal solido cistica acometendo medula e cortex de rim esquerdo, invadindo a pelve renal, os grupos calicinais e polo superior. Realizado hemicolectomia e nefrectomia esquerda em tempo único. O estudo anatomopatológico evidenciou adenocarcinoma invasor de baixo grau e carcinoma de células renais do tipo células claras. CONCLUSÃO: Embora o carcinoma de células renais e o câncer colorretal façam parte dos cânceres mais comuns no mundo, seu diagnóstico simultâneo é um fenômeno raro. Independentemente da incidência real, já está bem consolidado na literatura de que o carcinoma de células renais está associado com uma maior incidência de neoplasias primárias, apesar da etiologia e patogênese ainda não bem estarem estabelecidas na literatura. A divergência do padrão de cada um dos tumores da paciente em questão possibilitou a classificação das lesões como primárias e sincrônicas. Com o aumento de novas evidências e com a melhor compreensão dos mecanismos envolvidos na carcinogênese humana, a associação de tumores primários em diferentes sítios não deve ser encarada como uma simples coincidência, tornando a pesquisa genética uma ferramenta importante na identificação desses doentes e no aconselhamento genético de seus familiares.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2842

TÍTULO DO TRABALHO: Tumor retro retal: Relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GERSON DE ALMEIDA CORREIA SANTOS; GRAZIELLY COSER DE ASSIS; TAIANE RANGEL DE AQUINO; GIOVANNI JOSÉ ZUCOLOTO LOUREIRO; FELIPE SAMPAIO SOARES ASPAHAN; LARA CAMPOREZ MENEZES TRINDADE; MARIANA RANGEL DE ALMEIDA. UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO, VITÓRIA - ES - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: São tumores raros, de difícil diagnóstico e com clinica inespecífica. Podem ser de diversas classificações histológicas (benignos, malignos, congênitos ou adquiridos). O diagnóstico ocorre na maioria das vezes acidentalmente quando realizado outros exames de imagem pélvicos e para complementação é solicitado ressonancia magnética preferencialmente. O tratamento se baseia na excisão completa quando possível e a cirurgia, por via perineal ou abdominoperineal, requer grande habilidade da equipe cirurgia. Trata-se de um estudo descritivo tipo relato de caso com o objetivo de relatar dois casos sobre tumor retroretal.Relato de caso: Caso 1 - Mulher, 20 anos, sem comorbidades, procurou o serviço de saúde do HUCAM em 2012 com queixa de constipação intestinal, flatulência e dor abdominal baixa a nível pélvico, foi solicitado ultrasomendovaginal sem alterações. Em 2016 retorna com a mesma queixa associada a queixas ginecológicas (menorragia, dismenorréia), dor lombar agravada no período menstrual, dor perineal à evacuação e tenesmo. Foi solicitado ressonância magnética sob a suspeita de endometriose e o mesmo acusou imagens císticas anteriores ao coccix. Foi encaminhada ao serviço de Coloproctologia do Hospital Universitário Antonio Cassiano Moraes onde realizou Retosigmoidoscopia rígida, colonoscopia e posteriormente cirurgia para excisão dos nódulos. Caso 2 - Mulher, 46 anos, sem comorbidades, procurou o serviço de proctologia do HUCAM em janeiro de 2012, com queixa de caroço na região perineanal, que foi evoluindo de tamanho, pruriginoso e doloroso. Negava sangramentos e perda de peso. Ao exame apresentava massa tumoral anal abaulando a margem posterior do anus, com uma tumoração endurecida e móvel, posterior a margem anal. A ressonância evidenciou uma lesão expansiva solida, de contorno regular e limites definidos localizado nas partes moles abaixo do sulco intergluteo relacionada com a parede posterior do canal anal. A biopsia revelou se tratar de uma neoplasia mesenquimal fusocelular. Foi submetida a exerese de tumoração retro retal em outubro de 2012. Conclusão: Os tumores retroretais são neoplasias raras e de difícil diagnóstico face sua sintomatologia inespecífica, requerendo habilidades clínicas e cirúrgicas do médico cirurgião para sua identificação e tratamento.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1214

TÍTULO DO TRABALHO: TUMORES SINCRÔNICOS DE RETO E CÓLON ASCENDENTE: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: VICTÓRIA GURGEL DE CARVALHO; LÍCIA INAZAWA DA SILVA; ANDRÉ JOSÉ YABAR ALFARO; MARISON JOSE KOJI URATANI. PUCPR - CAMPUS LONDRINA, LONDRINA - PR - BRASIL.

RESUMO:
1. IntroduçãoO câncer colorretal está entre as quatro neoplasias mais frequentes no Brasil, apresentando aproximadamente 34280 novos casos em 2016. Tumores sincrônicos correspondem de 3 a 5% dos tumores de cólon e são definidos, segundo os critérios de Warren e Gates, como tumores malignos, distintos entre si e em que esteja excluída a hipótese de um ser metástase do outro, além de se manifestarem simultaneamente no diagnóstico. Já os tumores metacrônicos ocorrem após 6 meses da realização da primeira excisão tumoral. Este relato tem aspectos que questionam a apresentação do caso como tumor sincrônico ou metacrônico.2. Relato do casoPaciente C.A.O., feminino, 53 anos, enfermeira, natural e procedente de Londrina ? PR, apresentou quadro de hemorroida em primeira consulta há 3 anos. A paciente foi submetida à hemorroidectomia aberta, resultando em cura.Há 2 anos, durante uma colonoscopia de rotina, foi identificada lesão polipoide em reto inferior. Realizou-se uma biópsia de reto em que foi diagnosticado um adenocarcinoma intramucoso. Diante disso, a paciente foi submetida a uma excisão local do tumor. Em seguida, foi realizado o acompanhamento para seguimento tumoral após retirada, com marcadores tumorais e exames de imagem, sem alterações significativas.Há 1 ano, surgiram sintomas de diarreia, vômito, constipação e suboclusão após a paciente ter sido submetida a uma histerectomia no mês anterior, durante a qual não foi observada a presença de tumor. Foram realizados ultrassom e tomografia, nos quais foi observada uma massa no cólon direito, além de retossigmoidoscopia, que identificou neoplasia no cólon sigmoide. Foi planejada uma retossigmoidectomia por laparotomia, entretanto, no momento da cirurgia, constatou-se que se tratava de uma lesão em cólon direito que havia invadido o cólon sigmoide por contiguidade, portanto optou-se por realizar uma colectomia total. A massa foi avaliada como uma lesão ulcerada do cólon e a biópsia resultou no diagnóstico de adenocarcinoma moderadamente diferenciado ulcerado. A paciente segue com quimioterapia e acompanhamento pelo oncologista.3. ConclusãoO diagnostico provável de tumor sincrônico colorretal é devido a observação do tamanho da neoplasia no momento da cirurgia, sugerindo a probabilidade dessa já estar presente no momento da excisão local da neoplasia de reto inferior. Outra hipótese seria de tumor metacrônico pela possibilidade dos tumores terem se iniciado com intervalo de tempo curto entre eles.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2030

TÍTULO DO TRABALHO: ULCERA CECAL IDIOPATICA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FERNANDO JEYSON LÓPEZ LASTEROS1; LUIS POGGI2. 1. BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - PERU; 2. CLINICA ANGLOAMERICANA, LIMA - PERU.

RESUMO:
Paciente de sexo masculino, 24 anos de idade, natural dos andes do Peru, mora na capital do pais há 7 anos, interno de medicina. Tem lombalgia tratado esporadicamente com anti-inflamatórios não esteroides. Obstipação esporádica e hemorroida externa leve manejado com dieta. Apendicectomia laparoscópica por apendicite aguda há 2 anos, sem complicações intra ou pós-cirúrgicas. Nega antecedentes familiares de importância. Há um ano viajou para a região da selva peruana, Tingo María. Procura o pronto socorro por haver apresentado mudança da cor das dejeções de maneira súbita, para vermelho vinho, posteriormente líquidas, sanguinolentas de moderada quantidade. Nega outros sintomas como perda de peso, febre, diarreia, obstipação aguda ou alteração no hábito de defecação. Três semanas antes, apresentou um resfriado tratado com sintomáticos (AINES, anti-histamínicos com pseudoefedrina e em uma oportunidade dexametasona via oral). Do mesmo modo, não tem história de dor abdominal prévio, doença gastrointestinal crónica, tampouco consumo de medicação regular ou drogas. No exame físico encontra-se hemodinamicamente estável. Pele e mucosas pálidas sem lesões características, o enchimento capilar adequado; o abdome era levemente doloroso na palpação e na região anal se evidenciaram hemorroidas externas sem sangramento. No toque retal, há sangramento. Os exames de laboratório amostraram anemia. Colonoscopia onde evidenciou-se na região do orifício apendicular, uma lesão elevada de aspecto proliferativo com estigmas de sangramento recente. Se realiza uma tomografia computadorizada multicorte de abdome e pelve, com contraste endovenoso e opacificação digestiva baixa na qual não se observa líquido livre nem linfonodos no retroperitônio, no pedículo hepático ou região celíaco-mesentérica. Asas intestinais de distribuição e morfologia normal, onde se encontra uma massa sólida, de aspecto tumoral, de bordas lobuladas, de 5x3x2 cm a nível do ceco. O restante das estruturas anatómicas foram descritas como normais (Figura 2). O paciente foi avaliado por cirurgia e foi realizada a hemicolectomia direita estendida laparoscópica de urgência. A peça operatória se descrevem pseudopólipos e um tumor exofítico a nível da válvula ileocecal (Figura 3). O paciente recebeu Ertapenem como terapia antibiótica endovenosa e não outro tratamento específico. Foi dado de alta ao sétimo dia pós-operatório amostrando grande melhora. O resultado microscopico só amosrta ulcera cecal.

CODIGO DO TRABALHO: 2661

TÍTULO DO TRABALHO: VARIZES DE CECO: ACHADO ENDOSCÓPICO E CONDUTA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: REBECA HARA NAHIME1; RICARDO CARTAXO FILHO2; VINICIUS FRALETTI RICCI3; LARISSA BEATRIZ ROMBOLI ROCHA3; DIOGO DE OLIVEIRA SOUZA3; LUCAS SAN MARTIN CARVALHO CORRÊA3; VALDEMIR JOSE ALEGRE SALLES3. 1. UNITAU, TAUBATÉ - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL REGIONAL DO VALE DO PARAÍBA- HRVP, TAUBATÉ - SP - BRASIL; 3. HOSPITAL REGIONAL DO VALE DO PARAÍBA- HRVP, TAUBATE - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O encontro de varizes no ceco associadas à hipertensão portal é raro, sendo observado em 3,4% da população e está freqüentemente associado ao acometimento difuso dos demais segmentos cólicos, além da esclerose ou trombose das veias mesentéricas ou mesmo atresia do trato biliar. Objetivamos relatar um caso de varizes de ceco de médio e grosso calibre.Relato de caso: Paciente do sexo masculino, branco, com 54 anos, etilista crônico, assintomático,foi submetido a colonoscopia como método de rastreio para prevenção de doença neoplásica, evidenciando-se a presença de varizes de ceco de médio e grosso calibre.Conclusão: Para o diagnóstico das varizes do cólon inúmeros exames podem ser indicados, como a colonoscopia, o enema opaco com duplo contraste, a angiografia mesentérica, a cintilografia nuclear abdominal, a tomografia computadorizada abdominal, a angiotomografia computadorizada abdominal, a cápsula endoscópica, a eco-endoscopia, e o doppler colorido do fluxo mesentérico. A colonoscopia continua sendo o melhor método diagnóstico e terapêutico, entretanto, a insuflação excessiva feita durante o exame, pode provocar o colapso destas varizes, o que determina uma menor efetividade desteprocedimento, situação que pode ser acentuada durante uma hemorragia aguda associada à hipotensão arterial.Na vigência de hemorragia o tratamento envolve métodos endoscópicos, de radiologia intervencionista ou mesmo cirúrgico, com a realização de colectomia parcial ou total. A escleroterapia ou a terapia de embolização venosa, empregadas para o controle de varizes cólicas hemorrágicas, deve ser realizada com extremo cuidado, devido a possibilidade da comunicação direta deste plexo vascular com a veia cava inferior. A escleroterapia ou a embolização não deve ser considerada como o tratamento definitivo, uma vez que não há descompressão do sistema venoso portal e a causa básica persistente pode desencadear o surgimento de um plexo venoso colateral na região.Referências:1. García-Blázquez V, Vicente-Bártulos A, Olavarria-Delgado A, et al. Accuracy of CT angiography in the diagnosis of acute gastrointestinal bleeding: systematic review and meta-analysis. EurRadiol. 2013;23:1181?902. Vecchi et al. / Braz. J. Surg. Clin. Res. Portal hypertension - a review of literature. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research ? 2014; BJSCR, Vol.7,n.1,pp.45-49

CODIGO DO TRABALHO: 1298

TÍTULO DO TRABALHO: Volvo de cólon sigmoide com perfuração diverticular associado a pneumomesocólon

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: TOMAZ DE JESUS MARIA GREZZANA FILHO1; NATALIA MAXIMIANO SILVESTRE2; MARCO ANTONIO TISCOSKI NESI3; GABRIEL CIPRIANO VIDAL HELUANY4. 1. HOSPITAL NOSSA SEMNHORA DA CONCEIÇÃO, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 2. UNESC, CRICIÚMA - SC - BRASIL; 3. HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 4. UNESC, CRICIUMA - SC - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Volvo é a torção anormal do cólon sigmoide ao redor da fixação mesentérica, geralmente causando obstrução e isquemia. Frequentemente ocorre em idosos com idade média de 70 anos. Os fatores predisponentes ao volvo de sigmóide incluem constipação crônica, megacólon e um cólon excessivamente móvel. Já a diverticulite é a inflamação e infecção subsequente do divertículo do cólon com possibilidade de perfuração. O risco desta patologia aumenta com a idade e usualmente está associada a alteração no hábito intestinal. Relato de caso: EFS, 74 anos, masculino, chega na emergência com distensão e dor abdominal com parada de eliminação de fezes e flatos há 3 dias, evoluindo com dor intensa há menos de 24 horas. Foi encaminhado de um hospital do interior do estado, estava sendo tratado para uma pneumonia com piperacilina/tazobactam endovenoso há uma semana. Na admissão, o paciente estava estável hemodinamicamente, apresentava abdômen globoso, dor à palpação difusa e defesa involuntária. Foi realizada uma radiografia de abdômen agudo, que demonstrou pneumoperitôneo extenso, níveis hidroaéreos e distensão de alças. Diante do caso, optou-se por laparotomia exploradora de urgência. No inventário da cavidade, durante o procedimento cirúrgico, evidenciou-se cólon sigmoide redundante, distendido, com volvo e obstrução em alça fechada, com perfuração de divertículo em borda mesocólica, pneumatose colônica, sem sinais de sofrimento isquêmico, e pneumomesocólon. Foi realizada uma retossigmoidectomia a Hartmann. Paciente teve boa evolução clinico laboratorial, permanecendo por 3 dias em leito de UTI, e recebeu alta hospitalar após 13 dias da cirurgia. Conclusão: Em suma, na cirurgia de urgência, é prioridade ressecar o cólon doente, controlar a sepse e se possível restabelecer o transito intestinal. Este caso clinico é relevante visto a alta mortalidade caso a intervenção cirúrgica não seja realizada. Além disso, há poucos relatos na literatura sobre associação de volvo de cólon sigmoide com perfuração diverticular com pneumomesocólon.

CODIGO DO TRABALHO: 1014

TÍTULO DO TRABALHO: Abordagem cirúrgica mista para tumor de esôfago: dissecção esofágica por toracoscopia com confecção de tubo gástrico por laparotomia.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESÔFAGO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARIA KAROLINA DE BRITO GOUVEIA1; DIEGO TAVARES RUFINO ALVES2; THALES BARBOSA DE FARIAS2; CLARICE DE ARAUJO CAIO3. 1. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA, RECIFE - PE - BRASIL; 2. HOSPITAL BARAO DE LUCENA, RECIFE - PE - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO, RECIFE - PE - BRASIL.

RESUMO:
Introdução A neoplasia maligna esofagiana é o oitavo câncer mais incidente no mundo, estimando-se 456mil novos casos e 400mil óbitos por essa neoplasia[1]. Focando-se no tratamento cirúrgico, e no advento das técnicas minimamente invasivas, seja ela por vídeo ou por robô, observa-se resultado oncológico semelhante à cirurgia tradicional, porém com menor morbidade e menor tempo de internação hospitalar. Com o intuito de se manter o ganho em diminuição de morbidade e possibilitando um menor custo para o sistema público de saúde, descreveremos nesse artigo uma abordagem mista e mais econômica no tratamento de câncer de esôfago, com realização toracoscopia para dissecção esofagiana, linfadenectomia torácica e ligadura da veia ázigos e mini-laparotomia para confecção de tubo gástrico.Métodos Com intuito de diminuir custos, sem, no entanto, perder a vantagem na diminuição da morbidade com o advento da técnica minimamente invasiva, propomos algumas modificações técnicas para serviços que dispõem de recursos financeiros escassos. A realização do tempo torácico se faz por toracoscopia com paciente em decúbito ventral e posição prona e substituindo a utilização do grampeador laparoscópico para o controle da crossa da veia ázigos por ligadura proximal e distal com fio de algodão 2-0 com posterior clipadura com clip 400 de titânio e secção da estrutura. Em relação a anastomose do tubo gástrico no esôfago cervical, realizamos com grampeador circular, termino-lateral, na parede posterior do tubo gástrico. No tempo abdominal, optamos por realização de mini-laparotomia, por uma incisão mediana, realizando a confecção do tubo gástrico com a utilização do grampeador linear cortante convencional (laparotômico).ResultadosConsiderando-se o material descartável mais utilizado na esofagectomia minimamente invasiva com toracoscopia e laparoscopia (grampeador linear laparoscópico com 6 cargas e grampeador circular) possui um gasto total de 16442,53 reais ou 5028,29 dólares por cirurgia. Com a técnica híbrida, proposta nesse artigo, temos um gasto com material descartável (grampeador linear cortante com 4 cargas, clipe e grampeador circular) possui um gasto total de 11444,53 reais ou 3499,85 dólares por cirurgia, representando uma economia de 30,39%.Conclusão A técnica proposta se mostrou factível e com redução de custo expressiva (30,39%) quando comparada à cirurgia por via laparoscópica e toracoscópica..

CODIGO DO TRABALHO: 2485

TÍTULO DO TRABALHO: ABORDAGEM ENDOSCÓPICA DO DIVERTÍCULO DE ZENKER - RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESÔFAGO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MIRNA KARINE DE BRITO MELO ESCÓRCIO1; DÉBORA SARA NEVES LIMA1; RAIMUNDO NONATO VAZ DE SOUSA FILHO2; MARIA CLARA CHAVES MONTEIRO1; DAVI BRAGA DE CARVALHO2; RAISSA TECIA BRAGA DE CARVALHO1; ISADORA MARIA MATIAS BATISTA1; LEONARDO FORTES GOMES2; JOÃO ESTEVAM DA ROCHA FONSECA NETO2; ALESSANDRA MARIA CERQUEIRA DE SOUSA3; PAULO AFONSO DE OLIVEIRA RIBEIRO2. 1. UNINOVAFAPI, TERESINA - PI - BRASIL; 2. FACID, TERESINA - PI - BRASIL; 3. UESPI, TERESINA - PI - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O divertículo de Zenker, ou divertículo faringoeséfágico, é uma herniaçãolocalizada na transição faringoesofágica, de tamanho variável, formado exclusivamentepela mucosa do esôfago. É uma afecção benigna, rara, representando 1,8% dospacientes com disfagia, acometendo mais frequentemente homens, acima de cinquentaanos, com prevalência mais significativa entre a sexta e a oitava décadas de vida. A sualocalização na parede posteroinferior da mucosa faríngea, acima do esfíncter esofágicosuperior, sobre uma região situada entre fibras oblíquas do músculo constritor inferiorda faringe e fibras transversas do músculo cricofaríngeo, é denominada de Triângulo deKilliam. O divertículo de Zenker não possui uma fisiopatologia bem estabelecida, noentanto, sugere-se que seja formado por elevadas pressões intraesofágicas sobre essaárea vulnerável, na qual as fibras musculares encontram-se mais escassas. Um sintomabastante comum é a regurgitação, que segrega o paciente do seu convívio social,prejudicando muito a sua qualidade de vida. Na tentativa de diminuir o impacto causadopela doença na vida destes pacientes, têm-se discutido os tratamentos efetivosminimamente invasivos, os quais possibilitam o retorno precoce desses pacientes àssuas atividades habituais. Caso: Paciente, masculino, 58 anos, pardo, militar,natural de UNIÃO - PI, antecedentes pessoais de artrite reumatóide. Procurou o serviçoambulatorial com queixas de disfagia para sólidos e regurgitação, com piora nos últimosmeses. A endoscopia digestiva alta diagnóstica evidenciou divertículo de Zenker, comsaco diverticular medindo 2,5 cm. Optou-se pelo tratamento endoscópico, pela técnicade diverticulectomia, sob anestesia geral em centro cirúrgico. Utilizou-se cateter tipofaca conectado a bisturi elétrico, realizando secção do septo diverticular. Oprocedimento transcorreu sem intercorrências, e o paciente teve alta hospitalar em 48horas, com melhora significativa dos sintomas. Realizou endoscopia de controle, comaspecto satisfatório. Considerações finais: A diverticulectomia endoscópica no divertículo deZenker foi efetiva, mostrando-se um recurso terapêutico vantajoso, devido ao menortempo cirúrgico, menor tempo de hospitalização, baixo índice de complicações;possibilitando um retorno da alimentação via oral mais precoce, além de demandarmenor tempo para recuperação.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 666

TÍTULO DO TRABALHO: ACALÁSIA EM PACIENTE JOVEM: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESÔFAGO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: VINICIUS MAGALHÃES RODRIGUES SILVA. UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO, RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL.

RESUMO:
SILVA, VMR et. alIntrodução: A acalasia (ACL) é o distúrbio motor primário mais comum do esôfago. Comum na 5ª e 6ª décadas de vida incide igualmente em ambos os sexos. Apenas 10% são atribuídos à causa idiopática onde a inervação inibitória é a mais comprometida resultando assim em maior atividade excitatória colinérgica. O restante é atribuído à esofagopatia chagásica. A disfagia e regurgitação compõem a principal sintomatologia e, o emagrecimento com consequente desnutrição, as complicações. O diagnóstico é feito por métodos endoscópicos, radiológicos contrastados e através da manometria esofágica (MNE). Desta forma, frente a suspeita de ACL é necessária a revisão da literatura para o diagnóstico preciso e o tratamento eficaz, geralmelmente, cirúrgico. Objetivo: relatar um caso de ACL em paciente jovem. Método: revisão de prontuário e da literatura dos últimos 5 anos. Resultados: D.A.S.S., feminino, 27 anos, foi encaminhada ao ambulatório de gastroenterologia com queixa de disfagia progressiva há 2 anos. Associado, houve emagrecimento de 9 kg no período, regurgitação e êmeses pós-prandiais e ocasional dor retroesternal. Já tendo feito uso de inibidores da bomba protônica e pró-cinéticos sem sucesso, foi encaminhada à endoscopia digestiva alta (EDA) que interrogou a presença de resíduos alimentares no esôfago. Após, foi realizado o esofagograma (EFG) que relatou megaesôfago grau II. Submetida, em sequência, à MNE teve o diagnóstico de esfíncter esofágico inferior (EIE) com pressão basal normal, sem relaxamentos completos, além de corpo do esôfago com ondas simultâneas. Sendo assim, foi encaminhada ao ambulatório de cirurgia digestiva. Conclusão: Conforme o descrito na literatura, a ACL não é frequente em jovens o que leva, por vezes, ao diagnóstico tardio com consequências para o paciente. O primeiro exame a ser solicitado deve ser a EDA para excluir outras causas dos sintomas. O EFG classicamente demonstra a imagem em ?bico de pássaro? além da dilatação, e a MNE em 100% dos casos demonstra ondas aperistálticas ou simultâneas além de relaxamento ausente ou incompleto do EIE. O tratamento definitivo é o cirúrgico.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1240

TÍTULO DO TRABALHO: ACALÁSIA IDIOPÁTICA APÓS FUNDOPLICATURA: RELATO DO CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESÔFAGO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LÍCIA INAZAWA DA SILVA; VICTÓRIA GURGEL DE CARVALHO; ISABELA PAVANELLI MATOSINHOS; CLÓVIS M KUWAHARA. PUCPR - CAMPUS LONDRINA, LONDRINA - PR - BRASIL.

RESUMO:
1. IntroduçãoA acalasia idiopática é uma doença sem etiologia conhecida, caracterizada por aperistalse de esôfago, relaxamento incompleto do esfíncter inferior de esôfago à deglutição com hipertonicidade em repouso. Constitui uma das disfunções motoras do esôfago mais investigadas e geralmente é diagnosticada entre 30 e 60 anos. Este relato do caso apresenta uma evolução atípica da doença, devido a paciente ser diagnosticada com acalasia idiopática de desenvolvimento posteriormente à fundoplicatura.2. Relato do casoPaciente S.G.C., 27 anos, feminino, branca, professora, natural e procedente de Londrina, relatou em primeira consulta queixa de disfagia há 1 ano. Referia que há 7 anos apresentava pirose semanalmente. Negava dor, emagrecimento e familiares com doenças gastrintestinais. Realizou tratamentos com inibidores de bomba de prótons e endoscopias, as quais indicaram esofagite erosiva leve e hérnia hiatal pequena.Há 5 anos, optou-se por fundoplicatura, resolvendo os sintomas por 2 anos. Porém, passou a ter disfagia para alimentos sólidos, episódios de vômitos pós-alimentares e sialorreia.Foi submetida à manometria de esôfago, a qual demonstrou aperistalse de corpo gástrico com hipotonia de esfíncter inferior de esôfago e relaxamento incompleto. Foram realizadas radiografia contrastada de esôfago, que evidenciou retardo no esvaziamento esofágico, sem dilatação; sorologia para doença de Chagas e investigação para colagenoses, ambas com resultado negativo. Optou-se por realizar dilatação endoscópica do cárdia, mas a queixa de disfagia retornou após 3 meses.A paciente foi submetida à reversão da cirurgia de hérnia hiatal, mas os sintomas persistiram. Com isso, foram escolhidos procinéticos, estabilizando os episódios de vômitos, e dieta fracionada controlando a regurgitação. Houve melhora na qualidade de vida da paciente e estabilização do quadro.3. ConclusãoA acalasia idiopática é uma doença de cura improvável e de controle possível. Deve ser investigada sempre em casos de disfagia para diagnóstico precoce. O estudo manométrico deve ser feito previamente ao tratamento cirúrgico para Doença do Refluxo Gastroesofágico para afastar alterações de motilidade esofágica associadas.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1068

TÍTULO DO TRABALHO: ADENOCARCINOMA ESOFÁGICO EM PACIENTE COM ESÔFAGO DE BARRET

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESÔFAGO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: TIAGO SEIKI GUSHIKEN PETRUCCI; KELLI DA SILVA GONÇALVES; DAMARIS ALBUQUERQUE CARVALHO; CINDY NUNES DA CRUZ; SABINE ALMEIDA LIMA; BIANCA ROCHA ARAÚJO; LEONARDO FERRAZ MARQUES D`OLIVEIRA; MÁRCIA APARECIDA RANGEL DA SILVA. FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS, CAMPOS DOS GOYTACAZES - RJ - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O adenocarcinoma esofágico (AE) surge, geralmente, em consequência de uma doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) crônica e esôfago de Barret (EB). Essa neoplasia apresenta o uso de tabaco, o excesso de peso e radiação prévia como principais fatores de risco. O AE é mais frequente em caucasianos e sete vezes mais comum em homens. A associação do AE com a DRGE e o EB, apesar de não ser bem elucidada, é bem estabelecida, podendo considerar o EB como uma lesão precursora dessa neoplasia.Relato de caso: Masculino, 69 anos, branco, natural de Campos dos Goytacazes. Apresentou-se ao hospital em 2009 com resultado de uma biópsia de quatro fragmentos irregulares de tecido da mucosa de transição esôfago-gástrica, mostrando a presença de esofagite crônica ativa e leve, com metaplasia intestinal incompleta, sem displasia. Em 2013, foi diagnosticado com hérnia de hiato e feita uma Fundoplicatura de Nissen como tratamento. Em 2016, queixou-se de disfagia e, após exames para avaliar DRGE, foi realizada uma esofagogastrectomia com linfadenectomia. O monobloco analisado de esôfago mostrou mucosa pregueada e acinzentada, sem lesão, com áreas irregulares esbranquiçadas e paredes elásticas. O segmento gástrico mostrou serosa lisa, brilhante e superfície acastanhada, mucosa pregueada e parda, e sem lesão. Do tecido adiposo peri-gástrico foram coletados 11 nódulos e, das laterais, 9 nódulos. Na microscopia, foi diagnosticado adenocarcinoma moderadamente diferenciado infiltrante medindo 1,8 cm, comprometendo a mucosa e fazendo projeção nodular. Na análise, apresentou margem cirúrgica livre, mucosa esôfago-gástrica não tumoral com alterações inflamatórias mínimas, sendo isolados 10 linfonodos reacionais livres de neoplasia. A análise do material coletado na linfadenectomia mostrou linfonodos não comprometidos.Conclusão: O câncer de esôfago possui prognóstico ruim, principalmente pela demora em se fazer o diagnóstico e pela prevalência em pacientes de idade avançada. Por isso, é importante entender a relação da DRGE e do esôfago de Barret na etiologia do adenocarcinoma esofágico. Diante disso, fica evidente a necessidade de se acompanhar os indivíduos portadores dessas comorbidades, para que seja possível diagnosticar a neoplasia precocemente e iniciar o tratamento mais rápido, melhorando, então, o prognóstico desses pacientes.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1527

TÍTULO DO TRABALHO: As Técnicas endoscópicas são eficazes no tratamento do megaesôfago chagásico?

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESÔFAGO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RAFAEL MIRANDA DE OLIVEIRA1; FERNANDA PINHEIRO MANHÃES2; IURI FERRARI DEL FAVERO2; VITOR ANTONACCI2; MATTEUS MURTA2; ANNA TERESA MOREIRA NEVES1. 1. HOSPITAL VILA DA SERRA, NOVA LIMA - MG - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO, OURO PRETO - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A acalasia caracteriza-se pela destruição dos plexos neuronais do esôfago causando o não relaxamento do esfíncter esofágico inferior (EEI) na deglutição. A doença de chagas, uma das causas de acalasia, complica-se com megaesôfago chagásico que com frequência necessita de intervenção do cirurgião. Possui extenso leque de tratamento, desde medidas clínicas até cirúrgicas[1]. A melhor opção de tratamento ainda é motivo de controvérsias, mas vem crescendo as opções de tratamento endoscópicos, com menor morbimortalidade, resguardando o paciente de uma cirurgia propriamente dita.OBJETIVOS: Abordagem das técnicas endoscópicas no tratamento do megaesôfago chagásico.MÉTODO: Pesquisa nas bases de artigos Lilacs e Pubmed, com as palavras chaves em inglês achalasia treatment, endoscopic dilatation, per-oral endoscopic myotomy. Seleção de artigos publicados nos últimos 3 anos.RESULTADOS: Resultados positivos foram obtidos com diversas técnicas, em especial na acalasia grau II e III de Rezende[2]. A Dilatação por balão pneumático objetiva romper as fibras do EEI após insuflação do balão. Com possibilidade de dilatações subsequentes produz alívio dos sintomas em especial no primeiro ano em até 90% dos casos. Em 2% dos casos pode ocorrer perfuração esofágica e em uma minoria ocorre a DRGE. A injeção de toxina botulínica, diminui a pressão do EEI inibindo a acetilcolina, possui utilidade em pacientes de alto risco cirúrgico, aliviando a disfagia com sucesso temporário, média de 6 meses. Com papel ainda incerto na acalasia, o Stent esofágico é colocado ao nível do EEI, produz uma pressão simétrica por período prolongado. Possui uma taxa de remissão alta (100 a 83%) em 05 a 10 anos3. A técnica de miotomia endoscópica per-oral consiste na confecção de um túnel submucoso e posterior miotomia das fibras musculares circulares do EEI; ainda pouco difundida demonstra bons resultados com sucesso próximo aos 80% em 12 meses[2].CONCLUSÃO: As diversas técnicas de abordagem endoscópica na acalasia têm se demonstrado eficazes e a escolha deve ser individualizada de acordo com o paciente e experiência da equipe.BIBLIOGRAFIA:1) Schlottmann, F. et.al., Multidisciplinary Approach to Esophageal Achalasia, Journ. L. Endoscopic e Adv. Surgical Techniques (2017)2) Familiari, P. et. al., Achalasia: Current treatment options, Rev. Gastro. Hepatol. Vol. 9 (2015)3)Coppola, F. et. al., Temporary Endoscopic Metallic Stent for Idiopathic Esophageal Achalasia, Surgic. Innovation Vol. 21(1) (2014)

CODIGO DO TRABALHO: 3051

TÍTULO DO TRABALHO: Black esophagus e malignidade: relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESÔFAGO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PATRICK CORREIA DE SOUZA ARAÚJO; HIGOR COSTA GOMES; NATÁLIA GOMES NAGATO; YURI KOSSA BARBOSA; FERNANDO CORREA AMORIM. HOSPITAL DAS CLINICAS - UFG, GOIÂNIA - GO - BRASIL.

RESUMO:
Introdução. A necrose esofágica aguda, frequentemente referida como ?black esophagus?, é um evento incomum. É resultado da combinação de um insulto isquêmico com a redução do sistema de barreira da mucosa e dos mecanismos reparativos em estados físicos debilitados. Situações que podem garantir esse evento são disfunção de múltiplos órgãos, hipoperfusão, vasculopatia, sepse, cetoacidose diabética, intoxicação alcóolica, volvo gástrico, transecção traumática da aorta torácica, fenômenos tromboembólicos e malignidade. Relato do caso. Homem jovem de 38 anos, admitido no serviço para tratamento de quadro de abdome agudo perfurativo por neoplasia de reto localmente avançada. Foi submetido à ressecção de reto a R2 e confecção de colostomia, evoluindo com desabamento da colostomia e isquemia de cólon descendente 7 dias depois, sendo necessário colectomia com nova colostomia, esplenectomia e manutenção de peritoniostomia por 55 dias. Apresentou hematêmese no mesmo dia da segunda abordagem, sendo observados achados endoscópicos consistentes com necrose esofágica aguda. Durante internação ocorreram trombose venosa profunda e manifestações cutâneas de hanseníase. Referia história prévia de sífilis secundária tratada. O manejo da necrose esofágica aguda foi conservador, através de repouso intestinal, nutrição parenteral, repetidas transfusões sanguíneas, antibioticoterapia de amplo espectro e supressão ácida gástrica com inibidor de bomba de prótons em dose plena. Foi mantido em repouso intestinal por 36 dias, retornando gradativamente com dieta, após evidências endoscópicas de regeneração do esôfago, evoluindo com disfagia, não mais presente em consulta ambulatorial 5 meses após o evento. Conclusão. A necrose esofágica aguda está relacionada com uma série de situações clínicas, estando várias delas presentes no paciente do referido caso, especificamente a malignidade. Observou-se também, neste caso, a anemia (com necessidade de várias hemotransfusões) e leucocitose (com uso de vasto recurso antibiótico), tipicamente observados nos exames laboratoriais. Não foi realizada biópsia, como sugerido para orientação diagnóstica, em função da importante friabilidade da mucosa esofageana, sendo o diagnóstico, neste caso, definido pelas características da lesão à endoscopia digestiva alta. A elevada mortalidade associada à necrose esofágica aguda, 32%, é usualmente relacionada com a existência de comorbidades, apesar do desfecho deste caso ter ocorrido com alta hospitalar.

CODIGO DO TRABALHO: 1366

TÍTULO DO TRABALHO: Cardiomiotomia de Heller Videolaparoscópica sem Confecção da Válvula Anti-Refluxo no Tratamento da Acalásia.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESÔFAGO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MADALENA MARIA SILVA COUTINHO; JOSE HUYGENS PARENTE GARCIA; GABRIEL HENRIQUE CAVALCANTE NOGUEIRA; EDUARDO CÉSAR DINIZ MACÊDO; THOMAS JEFFERSON CARDOSO DO NASCIMENTO; MARIA DAIANA DE SOUZA NUNES; KAROLINE GONZAGA DA COSTA; LESSANDRA MUNIZ DIÓGENES DE LEMOS. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVOApresentar a casuística do Serviço de Cirurgia Digestiva do HUWC dos pacientes submetidos à esofagocardiomiotomia de Heller videolaparoscópica sem confecção de válvula anti-refluxo, entre os anos de 2010 a 2016.MÉTODOAnálise dos prontuários de 46 pacientes submetidos à operação de Heller por vídeo sem confecção de válvula anti-refluxo entre os anos de 2010 e 2016. Foram avaliados os seguintes parâmetros: fator epidemiológico, sintomatologia, classificação do megaesôfago, tratamento cirúrgico realizado, extensão da miotomia, duração da cirurgia, complicações transoperatórias, tempo de permanência hospitalar, ganho de peso, taxa de recidiva e RGE pós-operatório.RESULTADOSDos 52 pacientes operados entre 2010 e 2016, quatro foram excluídos do estudo porque foram submetidos concomitantemente a um procedimento anti-refluxo na cirurgia, um paciente faleceu no primeiro ano pós operatório por complicações cardíacas e outro perdemos o seguimento ambulatorial, restando 46 pacientes para estudo. Dos 46 pacientes, 25 eram do sexo feminino (54%) e 21 do sexo masculino (56%). Quanto à etiologia, 12 eram por doença de Chagas (26%) e 34 idiopáticos (74%). Os principais sintomas foram a disfagia progressiva, perda de peso, regurgitação e tosse. Quanto a classificação do megaesôfago, um era Grau I (2%), 9 eram Grau II (19%), 19 eram Grau III (42%), 6 eram Grau IV (13%), e 11 não foram classificados (24%). O tratamento cirúrgico realizado foi a esofagocardiomiotomia de Heller por vídeo sem confecção de válvula anti-refluxo, com a extensão da miotomia variando entre 6 a 9cm. As complicações transoperatórias foram duas lesões gástricas e uma duodenal (6,5%), que foram tratados com rafia primaria. O tempo médio de cirurgia foi de 90 minutos e a média de internação hospitalar foi de 3 dias.Foram operados, em média, 8 pacientes por ano. Em todos observou-se uma resolução imediata dos sintomas, com um ganho ponderal de 5 a 20kg nos primeiros 2 anos da cirurgia.44 pacientes (95%) obtiveram bom resultado no que diz respeito à melhora dos sintomas e 2 persistiram com alguma forma de disfagia (5%). 7 pacientes (15%) apresentavam alguma forma de refluxo gastresofágico pós-operatório, seja ele clínico ou endoscópico.CONCLUSÕESA esofagocardiomiotomia de Heller isolada além de proporcionar as vantagens próprias da laparoscopia, é uma técnica extremamente eficiente no tratamento da acalásia.O RGE e a recidiva são as complicações mais frequentes.

CODIGO DO TRABALHO: 2346

TÍTULO DO TRABALHO: CIRURGIA DE SERRÁ-DÓRIA COM RETIFICAÇÃO DO ESOFAGO EM UM PACIENTE COM MEGAESOFAGO AVANÇADO POR DOENÇA DE CHAGAS: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESÔFAGO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: NAZIR ELIAS CHALELA AYUB; MABEL CRISTHINA RODRIGUES DA SILVEIRA; EUMILDO DE CAMPOS JUNIOR; ALDENIS ALBANEZE BORIM. FAMERP, SAO JOSE DO RIO PRETO - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃONo Brasil estima-se que cerca de 10 milhões de pessoas sejam acometidas pela doença de Chagas com impacto considerável na qualidade de vida. O agente etiológico T. cruzi causa destruição dos plexos nervosos da parede esofágica, gerando um quadro de acalasia e megaesôfago, sendo o sintoma mais comum a disfagia esofageana de carater progressivo. A classificação do megaesôfago é radiológica e irá determinar o tratamento. Para os casos de megaesôfago não avançado, a cardiomiotomia a Heller é a cirurgia de escolha. Nos casos avançados opta-se pela esofagectomia, mucosectomia ou cirurgia de Serra Doria.RELATO DE CASOPaciente feminina, 58 anos, natural de Porteirinha-MG e procedente de Guapiaçu-SP, com queixa de disfagia esofagiana progressiva para sólidos e esporadicamente a líquidos, de inicio há cerca de 20 anos, por vezes associada a regurgitação e empachamento pós-prandial. Há um mês com dor torácica ventilatório-dependente a direita e perda ponderal de 6kg?s em 4 meses. Apresentava histórico pessoal e familiar de doença de chagas com sorologia positiva para doença. Em investigação, diagnosticado megaesôfago avançado grau IV, Endoscopia Digestiva Alta com cromoscopia sem áreas de iodo negativo, passado sonda nasoenteral para alimentação e preparo nutricional pré-operatório. Complementado com investigação cardiológica, sem alterações significativas. Indicado tratamento cirurgico.No intra-operatório foi realizado liberação do esôfago com isolamento, retificação e fixação do mesmo, que se encontrava curvado sobre hemitorax direito. Feito anastomose do esôfago distal com fundo gástrico, associado a antrectomia com reconstrução em Y de Roux (Cirurgia de Serra-Doria)No pós-operatório imediato, a paciente foi encaminhada para UTI, onde ficou monitorizada e evoluiu bem clinicamente, recebendo alta hospitalar no 9º dia pós-operatório (PO) com boa aceitação da dieta via oral, evacuação presente. No 36ºPO, paciente permanecia assintomática, realizou seriografia de controle evidenciando um bom esvaziamento gástrico, sem acumulo importante do contraste no esôfago, com o mesmo retificado. A paciente permanece assintomática, em seguimento ambulatorial.CONCLUSÃOEntre as opções cirúrgicas, podemos citar a cirurgia de Serra-Doria, que em casos de megaesôfago avançado pode ser considerada uma boa escolha de tratamento, mesmo em casos em que se pode observar uma tortuosidade importante do esôfago, como relatado neste caso.

CODIGO DO TRABALHO: 2387

TÍTULO DO TRABALHO: Cistos Esofágicos como Diagnóstico Diferencial de Dispepsias: Relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESÔFAGO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LUCAS MEDINA AREOSA; GERSON SUGUIYAMA NAKAJIMA; FERNANDO CESAR FACANHA FONSECA; ADRIANO PESSOA PICANÇO JR; MATHEUS COIMBRA BARROSO; JOSE EDUARDO PEREIRA MARTINS DA SILVA; JORDI GOMES MARINHO; HANIEL BENIGNO MONTEIRO LAMEGO DE OLIVEIRA. UFAM, MANAUS - AM - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoCistos esofágicos são as segundas lesões benignas esofagianas em incidência, podem ser adquiridos ou congênitos. Ocorrem pela duplicação da camada muscular da mucosa, não acompanhada do epitélio. A síndrome dispéptica é a queixa mais frequente ainda que muitos sejam assintomáticos. A ecoendoscopia é o padrão ouro diagnóstico e a TC outra alternativa, sua terapêutica é reservada para os casos sintomáticos existindo opções cirúrgica e endoscópica.Relato de CasoPaciente feminino, 68 anos queixando-se de epigastralgia, plenitude pós-prandial, eructações e flatulência, sem sinais de alarme, submetida à EDA que evidenciou lesões de aspecto varicoso, tortuoso, recobertas por mucosa de aspecto normal em segmento inferior do esôfago, à ecoendoscopia múltiplas lesões anecóicas, de limites regulares com Doppler negativo, atingindo a camada muscular, medindo a maior 1,2 x 0,4 cm. Optando-se pela conduta expectante, permanece em seguimento ambulatorial regular. ConclusãoOs cistos esofágicos ocorrem por defeito no desenvolvimento no período embrionário, sendo mais comumente diagnosticada na primeira infância. Sua incidência é incerta uma vez que muitos pacientes são assintomáticos ou suas queixas são atribuídas à outras doenças. O quadro clínico depende da topografia e tamanho dos cistos, mais frequentemente queixas respiratórias ou dispépticas como no presente relato. A popularização da ecoendoscopia possibilitou mais diagnósticos, o que nos leva a crer que esta doença é mais comum do que se acredita. Seu curso benigno permite na maioria das vezes o tratamento expectante, quando a intervenção é necessária a terapia endoscópica é preferencial, no caso de inviabilidade desta procede-se a cirurgia.

CODIGO DO TRABALHO: 1659

TÍTULO DO TRABALHO: Comparação entre a esofagectomia x esofagocoloplastia no tratamento cirúrgico da estenose cáustica de esôfago

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESÔFAGO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PABLO SILVA DOS ANJOS; TARCISIO VERSIANI AZEVEDO FILHO; PEDRO POLASTRI LIMA PEIXOTO; LUIZ CARLOS TEIXEIRA; RAPHAEL SEGATO VAZ DE OLIVEIRA; LARISSA AMARAL CARREGAL; MARCOS LANNA BICALHO; RAFAEL ALVES CARVALHO. HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHEK, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: comparar os resultados das técnicas de tratamento cirúrgico da estenose cáustica do esôfago (esofagectomia x esofagocoloplastia) quanto a mortalidade; apresentar o Protocolo Clínico do Serviço de Cirurgia Geral do HJK na condução desta grave patologia.Métodos: Estudo retrospectivo de 35 pacientes submetidos a esofagectomia e esofagocoloplastia no Departamento de Cirurgia do Hospital Júlia Kubitschek de janeiro de 2010 a janeiro de 2017. Foram analisados somente a princípio, variáveis relativas a complicações maiores inerentes a cada técnica cirúrgica e a mortalidade pós-operatórias.Resultados: Foram operados 35 pacientes - 15 foram submetidos a esofagocoloplastia (43,9%) e 20 foram submetidos a esofagectomia (57,1%). A mortalidade foi de 20% (3 pacientes) na esofagocoloplastia e zero na esofagectomi .Conclusão: Este estudo mostrou menor mortalidade e menor taxa de complicações pós-operatórias no subgrupo submetido a esofagectomia comparado ao subgrupo submetido a esofagocoloplastia.

CODIGO DO TRABALHO: 2736

TÍTULO DO TRABALHO: Complicação precoce no tratamento operatório da doença do refluxo gastroesofágico ? Relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESÔFAGO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCOS CAMPOS WANDERLEY REIS; CAROLINA TRANCOSO DE ALMEIDA; MAÍRA AMORIM SILVEIRA E SANTOS; RAFAEL GODOY CASTRO BARBOSA; PEDRO HENRIQUE DE OLIVEIRA E SILVA; MARCOS GUILHERME CUNHA CRUVINEL; SIZENANDO VIEIRA STARLING. QUÍRON CLINICA CIRÚRGICA AVANÇADA, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A doença do refluxo gastroesfofágico (DRGE) é a mais comum do esôfago e tem apresentações variáveis no que diz respeito às alterações anatômicas e fisiológicas. A hérnia hiatal é a afecção mais frequentemente associada a essa doença, ocorrendo em até 20% da população e na grande maioria dos casos ocorre por deslizamento, aumentando a incidência ao longo da vida. Apesar de o tratamento clinico constituir-se na primeira forma de abordagem no controle do refluxo, consensos sugerem correção cirúrgica em casos de esofagite recidivantes, complicações da DRGE ? inclusive as extraesofágicas, perspectiva de uso de inibidores da bomba de prótons por longos anos, ou hérnias de grande volume em pacientes com risco de volvo ou perfurações. Relato de caso: Paciente do sexo masculino, 36 anos, hipertenso, com história de DGRE de longa data com esofagite, admitido para tratamento cirúrgico eletivo de volumosa hernia hiatal. À laparoscopia, visualizada grande defeito do hiato diafragmático. Realizada redução da hérnia, hiatoplastia com posicionamento de tela dupla face e confecção de fundoplicatura Toupet-Lind. Paciente evoluiu bem, recebendo alta no 2º DPO. Apresentou no 4º DPO quadro de dispneia progressiva, dor epigástrica e distensão abdominal. Propedêutica evidenciou leucocitose e colabamento de lobo inferior esquerdo pulmonar, associado a coleção liquida-gasosa em espaço pleuro-pulmonar e septações em exame tomográfico. Devido ao quadro séptico e piora hemodinâmica, foi submetido, em caráter de urgência, a tratamento cirúrgico de mediastinite. Conclusão: A mediastinite aguda é uma complicação pós-operatória grave que pode ocorrer nos primeiros 30 dias após a cirurgia ou até um ano, em casos em que há colocação de prótese. Apesar de pouco comum em cirurgias abdominais, tem seu risco potencialmente aumento em correções de hérnias hiatais pela manipulação de mediastino para redução do conteúdo herniário com tração de órgãos e, por vezes, lise de aderências para liberação do esôfago mediastinal. O uso de tela dupla face nessas correções constitui mais um fator de risco para as infecções de cavidade, devendo ter sua colocação ponderada e bem indicada. A monitorização cuidadosa do padrão respiratório, valorização de sinais e sintomas sugestivos da complicação, como dor, febre e tórax instável, e a disposição de exames de imagem constituem as bases para o diagnóstico precoce e adequada intervenção cirúrgica, que possibilitam melhor prognóstico ao paciente.

CODIGO DO TRABALHO: 1723

TÍTULO DO TRABALHO: Disfagia orofaríngea pós-AVC

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESÔFAGO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: VALTER NILTON FELIX1; IOSHIAKI YOGI2; DANIEL SENDAY2; FERNANDO TADEU VANNUCCI COIMBRA2; LEANDRO SILVEIRA SARMENTO2; LEONARDO BICARATO TURRA2; GABRIEL PREVIERO ELIAS DA SILVA2; MATHEUS FELIPE BELO SILVA2. 1. FMUSP, NÚCLEO DE CIRURGIA GERAL E ESPECIALIZADA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. NÚCLEO DE CIRURGIA GERAL E ESPECIALIZADA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: É bem conhecida a disfagia orofaríngea que sucede o acidente vascular isquêmico, mas sua evolução é variada. O objetivo do trabalho é avaliar resultados do tratamento cirúrgico dos casos que não respondem às intervenções fonoterapêuticas de reabilitaçãoMétodo: É apresentada série de dez pacientes (oito homens e duas mulheres, com média de idades de 68,3 +/- 9,6 anos) sem declínio cognitivo, mas com disfagia orofaríngea incapacitante causada por acidente vascular isquêmico que comprometeu parte da base do encéfalo, ocorrido 9,3 +/- 1,56 meses atrás, e que já haviam sido submetidos a intense programa fonoterapêutico de reabilitação da deglutição, infrutífero. Foram submetidos a videofluoroscopia da deglutição e a eletromanometria estacionária com cateter de estado sólido Medtronics®, de três canais, com avaliação de extensão e pressão máxima do esfíncter superior do esôfago (ESE) e estudo funcional realizado a partir de deglutições secas estimuladas. Os exames foram repetidos cerca de 30 dias após miotomia faringoesfincteroesofágica, conduzida sob anestesia geral.Resultados: Não houve complicações cirúrgicas. Depois de 30 dias de pós-operatório, a sonda nasoentérica de alimentação pôde ser retirada em todos os pacientes, que já se alimentavam de pastosos e líquidos espessados. A barra faríngea e a estase, sempre notadas no pré-operatório, foram eliminadas no estudo videofluoroscópico, que seguiu demonstrando ausência de aspiração para a via respiratória. Alterações eletromanométricas foram notáveis: as contrações faríngeas mantiveram-se acima de 20mmHg, mas a pressão máxima de repouso do ESE passou de 60,1 +/- 14,8 mmHg para 12,9 +/- 4,3 mmHg (PConclusão: A miotomia faringoesfincteroesofágica mostra-se excelente opção para tratamento da disfagia orofaríngea incapacitante pós-AVC

CODIGO DO TRABALHO: 2118

TÍTULO DO TRABALHO: DIVERTÍCULO DE ZENKER - ABORDAGEM CIRÚRGICA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESÔFAGO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BERNARDO OLIVEIRA CASTRO MEDINA COELI1; BRUNA ILA BETHLEM TELLES1; CLAUDIA BEATRIZ OLIVEIRA CASTRO MEDINA COELI2; RENATO DE MEDINA COELI3. 1. FUNDAÇÃO TÉCNICO-EDUCACIONAL SOUZA MARQUES, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; 2. HOSPITAL CENTRAL DA POLÍCIA MILITAR DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; 3. HOSPITAL FEDERAL CARDOSO FONTES, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O divertículo de Zenker (DZ) ou faringoesofágico corresponde a um divertículo de pulsão que ocorre na transição entre a faringe e o esôfago, acima e posteriormente ao músculo cricofaríngeo. Nessa região de fraqueza muscular, conhecida como triângulo de Killian, ocorre a protrusão do divertículo. A descoordenação do esfíncter esofagiano superior com o movimento de deglutição gera uma alta pressão intraluminal capaz de provocar herniação da mucosa e submucosa. Incide geralmente indivíduos com mais de 60 anos de idade, predominando no sexo masculino. A clínica é caracterizada principalmente por disfagia, presente em mais de 80% dos casos. Outras manifestações incluem halitose, regurgitação com aspiração, disfonia, tosse pós-prandial e emagrecimento. A investigação diagnóstica complementar se dá com a endoscopia digestiva alta e a esofagografia.O tratamento do divertículo de Zenker pode ser feito pela abordagem cirúrgica ou endoscópica. A abordagem endoscópica oferece as vantagens de menor taxa de complicações, menor tempo de permanência hospitalar e início precoce da dieta oral. No entanto, apresenta elevado índice de recidivas, aproximando-se de 20%. O tratamento cirúrgico consiste fundamentalmente na miotomia do músculo cricofaríngeo e diverticulectomia ou diverticulopexia, dependendo do tamanho do mesmo. RELATO DO CASO: A.E.R.O., 54 anos, sexo feminino, apresentava disfagia alta, halitose e pirose. Não havia relato de emagrecimento significativo. Ao exame físico, bom estado geral, com a presença apenas de crepitação à palpação cervical lateral esquerda. Na primeira consulta, trouxe exame de endoscopia digestiva alta identificando a presença de divertículo faringoesofágico. Solicitados exames pré-operatórios e esofagografia, que confirmou o diagnóstico. Paciente foi submetida ao tratamento cirúrgico através de cervicotomia esquerda; dissecção do divertículo; miotomia do músculo cricofaríngeo e diverticulectomia junto à base com uso de grampeador linear e drenagem da loja cervical. Obteve alta hospitalar no segundo dia pós-operatório com dieta líquida via oral. CONCLUSÃO: O tratamento cirúrgico é o mais adequado para pacientes jovens, tendo em vista seu baixo índice de recidivas. Apesar da permanência hospitalar pouco mais longa, a reintrodução da dieta oral é similar ao tratamento endoscópico. O procedimento endoscópico configura-se uma boa indicação para pacientes idosos, com comorbidades e elevado risco cirúrgico.

CODIGO DO TRABALHO: 1744

TÍTULO DO TRABALHO: DIVERTÍCULO EPIFRÊNICO - TRATAMENTO POR VIDEOLAPAROSCOPIA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESÔFAGO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: THIAGO PEREIRA PORTELA; AUGUSTO CLAUDIO TINOCO; PEDRO HENRIQUE ALVAREZ GENTIL; VIVIANE CORREIA DOS SANTOS; MARCUS VINICIUS DA MATA PAIVA. HSJA - HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÌ, ITAPERUNA - RJ - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O divertículo esofágico epifrênico (DEE) é uma patologia rara. Consiste numa desordem secundária à disfunção da motilidade esofageana, relacionada à variação de pressão no esôfago distal. Ocorre uma protrusão da mucosa e submucosa do terço inferior do esôfago, em geral, situado a aproximadamente entre 4 e 10 cm da cárdia. Os DEE geralmente são assintomáticos e tem prevalência aproximada de 0,6% a 4%. Quando os sinais e sintomas são exuberantes, podem ser confundidos com acalasia, hérnia de hiato e refluxo gastroesofágico, além da possibilidade de evoluir com malignização a longo prazo.RELATO DO CASO: Paciente feminina, 50 anos, negra, com queixa de ?engasgo?. O exame físico não revelou anormalidades. Assim, a disfagia constituía o sintoma predominante. Contudo, a enferma apresentava, ainda, tosse, dispneia, regurgitação e soluços. À tomografia computadorizada com uso de contraste oral, foi evidenciada imagem sacular, a nível de esôfago inferior, compatível com divertículo epifrênico, contendo dimensões de 4,8 cm x 4,1 cm. A esofagografia confirmou a presença e a localização do divertículo. Devido a intensidade dos sintomas, a paciente foi submetida ao procedimento cirúrgico. Foi realizada diverticulectomia esofágica por videolaparoscopia, associada a fundoplicatura a Nissen. Foi utilizado grampeador linear para secção da peça cirúrgica. Paciente apresentou boa evolução clínica, recebendo alta no d3 de pós-operatório. A biópsia revelou divertículo de aproximadamente 5,0 cm de diâmetro no grande eixo, recoberto por serosa e, envolto por atmosfera gordurosa. Havia, ainda, discreto infiltrado inflamatório crônico inespecífico da túnica muscular. Após 06 meses de seguimento, a paciente não apresentou recidiva dos sintomas.CONCLUSÃO: O tratamento cirúrgico, apesar da indicação apenas em pacientes sintomáticos, constitui um procedimento seguro e eficaz.

CODIGO DO TRABALHO: 2869

TÍTULO DO TRABALHO: Diverticulo epifrênico de esôfago - Relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESÔFAGO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RAFAEL COSTANTINO STORK OTTAVIANO1; GABRIEL PORTO DE BARROS G. RIGO LIMA2; TIAGO VIANA GUSMÃO2; VITOR MAYER DE MOURA2; RAFAEL ASSIS QUEIROZ2. 1. GASTROCLINC, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. GASTROCLINIC, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Divertículos de esôfago são protusões das estruturas da parede do órgão. São classificados quanto a sua estrutura e quanto sua gênese.Quanto a estrutura, são classificados como verdadeiros ou falsos. Quanto sua gênese, são classificados como de pulsão ou tração.Todas as porções do esôfago podem ser acometidas:divertículos de esôfago proximal, divertículos de esôfago médio e divertículos de esôfago distal (epifrênico).Neste trabalho relatamos um caso de divertículo epifrênico sendo indicado o tratamento videolaparoscópico.Relato de Caso:EPN, masculino, 68 anos, branco e procedente de sp. Procura ambulatório devido disfagia progressiva, halitose e vômitos pós-prandiais frequentes há 4 meses. Havia sintomas associados de perda ponderal importante. AP : ex-tabagista e ex etilista. Sem história epidemiológica relevantesEF::BEG, corado, hidratado,emagrecido, halitose. Abdome plano, com ruidos hidroaereos +, timpânico, indolor, sem visceromegalias palpáveis.Realizado exames laboratoriais e endoscopia digestiva alta. EDA evidenciou terço distal de esôfago com aumento do calibre com grande quantidade de resíduo alimentar no seu interior. Laudo sugestivo de megaesôfago e divertículo de esôfago distal ambos interrogados.Solicitado investigação complementar com EED, PHmetria, Manometria esofágica e Tomografia computadorizada de tórax e abdôme.A manometria esofágica evidenciou hipotonia de esfíncter esofágico inferior. A tomografia computadorizada de tórax e abdome demonstrou divertículo epifrênico na parede lateral direita com 4 cm. O exame de EED corroborou com a tomografiaCom a hipótese diagnóstica para divertículo epifrênico de esôfago e na vigência de sintomatologia refratária ao tratamento clinico inicial foi indicado tratamento cirúrgico videolaparoscópico.Discussão:Os divertículos epifrênicos são em grande maioria diverticulos falsos de pulsão. Quando sintomáticos o tratamento cirúrgico está indicado.sabe-se que a técnica videolaparoscopica apresenta superioridade em relação a técnica tradicional.?Em nosso caso optamos pela via de acesso abdominal , pois a posição do divertículo permitia. No entanto no ato operta´torio evidenciou-se divertículo de esôfago médio.?Concluimos que mesmo sob a realização de todos os exames o posicionamento correto do divertículo ainda é de diagnostico intraoperatório e que a videolaparoscopia é o tratamento de escolha em divertícluos de esôfago sintomáticos.

CODIGO DO TRABALHO: 846

TÍTULO DO TRABALHO: DIVERTÍCULO EPIFRÊNICO GIGANTE: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESÔFAGO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DENISE AKERMAN1; MARCELO PROTÁSIO DOS SANTOS1; CAIO PASQUALI DIAS DOS SANTOS1; PAULO VICENTE DOS SANTOS FILHO2; MARCOS CLAUDIO RADTKE1; FERNANDO BRAY BERALDO1; JOSE EDUARDO GONÇALVES1. 1. INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL - IAMSPE, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE, ARACAJÚ - SE - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOOs divertículos epifrênicos estão localizados acima do esfíncter esofágico inferior, dentro dos 10 a 15 cm de esôfago distal. São considerados divertículos falsos e são muito raros. Nos Estados Unidos a prevalência é de aproximadamente 15/100000. O tratamento cirúrgico é preconizado quando o paciente é sintomático, sendo que 75 a 80% dos pacientes são assintomáticos, ou na presença de complicações, como hemorragia, inflamação, fístulas e perfuração para o mediastino ou presença de carcinoma espinocelular. Atualmente, a diverticulectomia com cardiomiotomia e fundoplicatura laparoscópica é o tratamento cirúrgico de eleição. A via laparoscópica permite uma melhor exposição da transição gastroesofágica, facilitando a miotomia e fundoplicatura.RELATO DO CASOPaciente do sexo feminino, 59 anos, com queixa de epigastralgia, vômitos e regurgitação pós-prandiais, disfagia e pirose há aproximadamente nove anos referindo melhora parcial com uso de inibidores de bomba de prótons. A endoscopia digestiva alta (Figura 1) evidenciou óstio diverticular único, de grandes proporções de aproximadamente 2,0 cm de diâmetro, repleto de resíduos alimentares, provocando desvio da cárdia, localizado na parede anterior do segmento distal do esôfago, pouco acima da transição gastresofágica. A seriografia esôfago-estômago-duodeno (Figura 2) confirmou achados de divertículo epifrênico. A manometria esofágica revelou hipocontratilidade do corpo esofágico (amplitude média de 20 mmHg). A tomografia computadorizada de tórax demonstrou imagem com conteúdo heterogêneo e formação de nível hidroaéreo no mediastino póstero-inferior, anteriormente ao esôfago, de maior eixo à esquerda da linha média, medindo cerca de 8,1x 5,0 cm nos maiores eixos axiais.No intraoperatório foi encontrado divertículo esofágico de aproximadamente 8x7cm e colo de aproximadamente 3cm. Realizado a diverticulectomia esofágica com grampeamento ao nível do colo diverticular com carga azul 45mm, associado a cardiomiotomia e fundoplicatura parcial anterior laparoscópica, sem intercorrências (Figura 3). No pós-operatório paciente referiu resolução dos sintomas, com boa aceitação da dieta.CONCLUSÃOO divertículo epifrênico é uma patologia rara e a indicação cirúrgica deve ser sempre bem avaliada para evitar complicações e riscos desnecessários. O desfecho favorável do caso nos evidencia como um diagnóstico bem realizado e um tratamento cirúrgico bem indicado por um serviço especializado podem beneficiar os pacientes.

CODIGO DO TRABALHO: 2054

TÍTULO DO TRABALHO: EMPREGO DA MIOTOMIA ENDOSCÓPICA PERIORAL EM PACIENTE COM ACALÁSIA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESÔFAGO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LORENA PASSOS SOARES1; RODRIGO COSTA CARVALHO1; DANIVAL FERREIRA DE CASTRO JÚNIOR1; CONJETO LUIZ DA SILVA NETO2; JOSÉ LUCAS PONTIERI MELAZO2; CAIO TULIO VALE FRAZÃO1; GUSTAVO PIMENTEL FLORENTINO FERREIRA1; LUIS CARLOS MARTINS BADU3. 1. CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIRG, GURUPI - TO - BRASIL; 2. UNIEVANGÉLICA, ANÁPOLIS - GO - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, GURUPI - TO - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Analisar o emprego da miotomia endoscópica perioral (POEM) em pacientes com acalasia, pelo sucesso dessa nova técnica, suas complicações e perfil de pacientes. Métodos: Revisão sistemática de trabalhos científicos dos últimos cinco anos em indexadores como SciELO, PubMed por meio dos descritores: Perioral endoscopic myotomy; Treatment of achalasia e post-POEM evaluation. Resultados: O sucesso do tratamento variou em 82 a 100% conforme estudos feitos com base no escore de Eckhardt, pressões do Esfíncter Esofágico Inferior (EEI), obtidas pela manometria, e melhora clínica. Ocorreu grande redução no escore e queda média de 19.3 mmHg na pressão do EEI, porém, a maioria dos estudos acompanharam apenas períodos variáveis de 1 a 4 meses do pós operatório. Em análise mais prolongada, um estudo evidenciou sucesso de 97%, 88,5% e 82,4%, com 3, 6 e 12 meses de evolução respectivamente, e valores no escore de Eckhardt de 6.9 mmHg no pré-operatório e de 1, 1.3 e 1.7, após 3, 6 e 12 meses de cirurgia respectivamente. A taxa de refluxo gastroesofágico pós-cirúrgica parece ser igual ou pouco maior comparado a técnica de Heller e Dilatação Endoscópica com Balão (DEB). Esofagite foi observada em cerca de 20 a 46% dos casos, mas foi facilmente resolvida com uso de inibidores da bomba de prótons. Enfisema subcutâneo e o pneumoperitônio são frequentes durante o procedimento, não sendo mais considerados eventos adversos. Complicações intra-operatórias foram raras nessa técnica. Todos pacientes com acalásia são elegíveis para o uso da POEM, sendo segura e eficaz mesmo após DEB ou injeção de botox. A técnica foi mais usada em pacientes adultos, mas a idade não é contraindicação, havendo relatos de sucesso em cirurgias pediátricas. Dentre as contra indicações parece ser consenso a presença de esôfago sigmoide, risco ASA>3 e cirurgias gástricas/esofágicas prévias. Quanto à escala de Rezende, não foi citado um grau específico para indicação da POEM. Conclusão: Pode-se inferir que a POEM é uma técnica promissora com poucas contraindicações e menor trauma processual. Seus resultados tem sido satisfatórios no alívio dos sintomas e nas pressões do EEI no pós-operatório precoce com raras complicações e taxa aceitável de refluxo gastroesofágico. Entretanto, mais estudos são necessários relativos à evolução tardia dos pacientes visando avaliar o índice de recidivas dos sintomas e complicações em longo prazo.

CODIGO DO TRABALHO: 677

TÍTULO DO TRABALHO: Esofagectomia devido estenose benigna de esôfago por hiperemese gravídica

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESÔFAGO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOSE FERNANDO MARQUES CARDOSO; WARSES RONAN MARTINS JUNIOR; FABIOLA GOUVEIA HENRIQUES PENTEADO BORGES. HOSPITAL GUILHERME ALVARO, SANTOS - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO A ESTENOSE BENIGNA DE ESÔFAGO OCORRE DEVIDO INTENSA LESÃO DA MUCOSA DO ÓRGÃO COM ALTERAÇÕES DE TODAS AS CAMADAS, EVOLUINDO PARA FIBROSE. UMA CAUSA RARA DESSA PATOLOGIA É A ESOFAGITE PROVOCADA PELA HIPEREMESE GRAVÍDICA.RELATO DE CASOE.C.S., 30 ANOS, FEMININO, PROCEDENTE DE SÃO VICENTE - SP, COM MAU PASSADO OBSTÉTRICO (TRÊS ABORTOS ESPONTÂNEOS, UM NATIMORTO, DOIS PARTOS CESÁREAS), PORTADORA DE DM TIPO 1, COM 28 SEMANAS DE GESTAÇÃO, DA ENTRADA NO PRONTO SOCORRO DO HOSPITAL GUILHERME ÁLVARO COM QUADRO DE VÔMITOS DE GRANDE QUANTIDADE, DE CARACTERÍSTICA MUCOSO, SEM RELAÇÃO COM AS REFEIÇÕES, SEM DOR ABDOMINAL, FEBRE OU ALTERAÇÕES INTESTINAIS. AO EXAME FÍSICO APRESENTAVA EM REGULAR ESTADO GERAL E DESIDRATADA, SEM OUTRAS ALTERAÇÕES. EXAMES LABORATORIAIS E DE IMAGEM NORMAIS. FOI INTERNADA PELO SERVIÇO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA DO HOSPITAL COM DIAGNÓSTICO DE HIPEREMESE GRAVÍDICA.A PACIENTE FOI TRATADA CLINICAMENTE POREM SEM MELHORA DO QUADRO. EVOLUIU COM DISFAGIA PROGRESSIVA PARA LÍQUIDOS. FOI REALIZADO ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA (EDA) EVIDENCIANDO ESOFAGITE, PANGASTRITE E BULBODUODENITE. NÃO HOUVE MELHORA SIGNIFICATIVA COM TRATAMENTO CLÍNICO, EVOLUINDO NA 32º SEMANA DE GESTAÇÃO, COM EDA DE CONTROLE, COM SUBESTENOSE ESOFÁGICA COMPROMETENDO 85% DA LUZ DO ÓRGÃO. APÓS O PARTO, COM 37 SEMANAS DE GESTAÇÃO, NÃO HOUVE RESOLUÇÃO DOS SINTOMAS. FOI TENTADO SEÇÕES DE DILATAÇÃO ENDOSCÓPICA QUE NÃO FORAM EFETIVAS.APÓS SEIS MESES DO INÍCIO DO QUADRO, A PACIENTE APRESENTOU PERDA PONDERAL DE 30 QUILOS E EDA DEMONSTRANDO ESTENOSE TOTAL DO ESÔFAGO. INTERNADA PELA EQUIPE DE CIRURIGA GERAL, INSTITUIDO NUTRIÇÃO PARENTERAL PARA MELHORA DO PERFIL NUTRICIONAL E POSTERIORMENTE REALIZADO ESOFAGECTOMIA SUBTOTAL COM CONFECÇÃO DE TUBO GÁSTRICO E ESÔFAGOGÁSTROANASTOMOSE TERMINO LATERAL MANUAL CERVICAL, COM ANATOMO PATOLÓGICO DE "ESOFAGITE CRÔNICA ULCERATIVA".A PACIENTE TEVE ALTA NO SÉTIMO PÓS OPERATÓRIO, EVOLUINDO DE FORMA FAVORÁVEL, ALIMENTANDO-SE VIA ORAL SEM DIFICULDADES. APÓS UM ANO E SEIS MESES DE CIRURGIA A PACIENTE ENCONTRA-SE SEM DISFAGIA, QUEIXANDO-SE DE POUCA ROUQUIDÃO E SEM ALTERAÇÕES DO TRANSITO INTESTINAL.CONCLUSÃOESTENOSE BENIGNA ESOFÁGICA DE CAUSA POR HIPEREMESE GRAVÍDICA É RARO. DILATAÇÕES ESOFÁGICAS É O TRATAMENTO MAIS SEGURO NESTAS SITUAÇÕES, CASO NÃO SEJA RESOLUTIVO ESTA INDICADO A ESOFAGECTOMIA, PROCEDIMENTO DE ALTA MORBIMORTALIDADE, POREM, RESOLUTIVO QUANDO BEM APLICADO.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2628

TÍTULO DO TRABALHO: ESOFAGITE NECROTIZANTE AGUDA EM PACIENTE COM TRAUMA CERVICAL PENETRANTE

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESÔFAGO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LUIZ ALBERTO MARQUES SANTOS FILHO; MARCELO AUGUSTO F. RIBEIRO JR.; STEPHANIE SANTIN; THALES FELIPE DOS SANTOS PEREIRA; OTTO MAURO DOS SANTOS-ROSA; ALINE NIELSEN BRAGA; MILENA MARIA DE LIMA. UNISA, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A esofagite necrotizante aguda(esôfago negro) é um distúrbio raro caracterizado por uma coloração negra da mucosa do esôfago, difusa e circunferencial que para na transição gastresofágica. Sua etiologia é multifatorial e envolve causas isquêmicas, traumáticas, infecciosas e tóxicas, além de outras sistêmicas. O diagnostico é endoscópico e a biopsia é recomendada. O tratamento baseia-se na ressuscitação agressiva e na correção de condições clinicas subjacentes. O tratamento especifico é baseado no uso de inibidor de bomba de prótons (IBP), jejum, nutrição parenteral e proteção da mucosa com sucralfatos . A mortalidade é alta e em grande parte relacionada com o estado geral de saúde do paciente.CASO CLINICO: Paciente de 27 anos, sexo masculino, hígido, encontrado desacordado com múltiplos ferimentos penetrantes em região cervical anterior após tentativa de suicídio com arma branca. Foi relatado por familiares abuso de cocaína e álcool. Admitido com choque hemorrágico grave, Glasgow 3, sem outras lesões em demais sistemas. Realizado reanimação segundo ATLS e encaminhado paciente para a UTI. Endoscopia inicial evidenciou esofagite necrotizante aguda em toda a extensão do esôfago poupando a mucosa gástrica, sem sinais de perfuração. Optado por tratamento conservador com suporte clinico, dieta enteral, IBP. Paciente apresentou melhora clinica e nova endoscopia após duas semanas evidenciou reepitelização da mucosa esofágica e estenose puntiforme a 22 cm arcada dentaria superior. Paciente realizou tratamento ambulatorial com sessões de dilatação esofágica. DISCUSSÃO: O esôfago negro foi descrito pela primeira vez na década de 90, e é mais comum em homens. Estudos sugerem que o mecanismo de dano é multifatorial, sendo a isquemia considerada principal causa. Há casos descritos em doentes com relato de abuso de álcool e entorpecentes inclusive cocaína por lesão direta e indireta da mucosa esofágica. Os autores de casos relatados sugerem a confirmação diagnóstica com a biopsia e o tratamento baseado na correção das patologias de base e o manejo especifico com proteção da mucosa esofágica (IBP e sucralfatos), e suporte nutricional adequado. A antibioticoterapia e intervenção cirúrgica são reservados para quadros mais graves. A complicação mais relatada é a estenose esofágica (15%), e a mortalidade global é alta, variando de 33- 50%, sendo a maioria dos óbitos relacionados com a doença de base. A mortalidade especifica é estimada em cerca de 6%.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 424

TÍTULO DO TRABALHO: Esôfago de Barrett: diagnóstico e tratamento cirúrgico atual

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESÔFAGO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MATHEUS LOPES PULS1; SÉRGIO MATTOS PULS2; JOÃO VITOR RIZZO3. 1. UNIVERSIDADE DE ARARAQUARA, ARARAS - SP - BRASIL; 2. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ARARAS, ARARAS - SP - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE DE ARARAQUARA, ARARAQUARA - SP - BRASIL.

RESUMO:
O esôfago de Barrett (EB) é uma complicação da Doença de Refluxo Gastroesofágica (DRGE) crônica caracterizada por metaplasia intestinal dentro da mucosa escamosa esofágica, apresentando incidência crescente, e prevalência em 10% dos pacientes com DRGE sintomática. Tem interesse médico-cirúrgico devido ao elevado risco de desenvolvimento de adenocarcinoma esofágico. Desse modo, o objetivo desta revisão bibliográfica foi descrever a abordagem diagnóstica e cirúrgica atual do EB. Buscou ? se artigos nas bases de dados Medline (acessada via Pubmed), SciELO, Scopus e biblioteca Cochrane utilizando como descritores Barrett, Esophagus, Diagnosis, Treatment, Managment, Surgery e Surgical. Realizou-se a seleção inicial dos artigos com base nos títulos e resumos e, após verificação do conteúdo apropriado, buscou-se o texto completo, não havendo critério de exclusão quanto ao tipo do estudo. Um trabalho publicado nos anais do congresso GASTRÃO de 2016 foi incluído. Obteve ? se 51 artigos do período de janeiro de 2012 a janeiro de 2017 e, destes, selecionaram ? se 25 artigos que respondiam satisfatoriamente os objetivos deste trabalho. Foram priorizados os artigos mais atuais, de mais alto fator de impacto e nível de evidência, como revisões sistemáticas. O Padrão Ouro para diagnóstico do EB continua sendo a endoscopia digestiva alta (EDA) com a visualização de área de cor salmão, cuja biópsia confirma a substituição do epitélio escamoso esofágico pelo tipo colunar com células especializadas, indicando metaplasia intestinal. A cromoscopia também pode ser utilizada. O tratamento cirúrgico é indicado nas formas complicadas (estenose ou úlcera), de extensão maior de 3 cm ou menor, desde que hajam condições clínicas para a operação, porém não sendo indicação absoluta. A técnica de escolha é a fundoplicatura associada a hiatoplastia (quando necessária). Estudos indicam melhor qualidade de vida em pacientes operados com fundoplicatura do tipo Nissen que os mantidos com tratamento clínico. Esofagectomia transhiatal é principalmente indicada no EB com displasia de alto grau e em adenocarcinoma T1. Esofagectomia transtorácica é necessária para efetuar linfadenectomia. O seguimento do tratamento demanda controle endoscópico com biópsia pelo menos a cada 24 meses. Mesmo com diagnóstico precoce pela EDA com biópsia, torna ? se evidente a tendência dos guidelines em recomendar o tratamento cirúrgico devido à possibilidade de evolução para adenocarcinoma esofágico.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1536

TÍTULO DO TRABALHO: FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA POS QUEIMADURA POR BATERIA ELETRÔNICA: UM RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESÔFAGO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FRANCIMAR KÉTSIA SERRA ARAÚJO1; LEONARDO COSTA CARTAXO2; HENRIQUE JOSÉ MOTA3; ANA BEATRIZ RODRIGUEZ DA MOTA3; GABRIELA LIMA NÓBREGA1; MAYARA RAYSSA DANTAS BORGES2; JULIANA BEATRIZ DE OLIVEIRA FERREIRA2; MARINA MAYARA BATISTA DO REGO2. 1. UNIVERSIDADE POTIGUAR, NATAL - RN - BRASIL; 2. HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL, NATAL - RN - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, NATAL - RN - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUCAO: A ingestão de corpo estranho na classe infantil, são quadros corriqueiros e tem prevalência entre o primeiro ao terceiro ano de vida. Sendo que a maioria dessas são assintomáticas ou apresentam sintomas transitórios no momento da ingestão. As baterias eletrônicas representam aproximadamente 2% dos corpos estranhos esofágicos pediátricos e as quais têm maior risco de perfuração. Apresenta alta morbidade e mortalidade, podendo evoluir em esofagite erosiva, fístula traqueoesofágica (TEF) ou estenoses esofágicas, se forem deixadas no local por muito tempo. A interrupção luminal completa com perfuração pode ocorrer dentro de 5 h de exposição com relatos de perfuração em todas as baterias em forma discoide mantidas acima de 12 h. As formas de apresentações da lesão, após a absorção de substâncias tóxicas, podem ser por descarga elétrica, necrose de pressão e vazamento de conteúdo da bateria. A fístula traqueoesofágica é rara, porém pode causar potenciais danos e exige retirada em caráter de urgência.RELATO DE CASO: Paciente FAMA, 1 ano e 4 meses, ingeriu bateria eletrônica cilíndrica, veio ao nosocômio com queixa de recusa alimentar e irritabilidade. Realizado endoscopia digestiva alta (EDA) em que foi observado necrose em região do terço médio do esôfago com extensão aproximada de 1,5 cm. Iniciou-se alimentação líquida-pastosa conforme aceitação. Após internação, evoluiu com febre, vômitos, sialorreia e dificuldades para se alimentar, realizando nova EDA que demonstrou fístula traqueo ? esofagiana. Paciente encontra-se com sonda naso enteral (SNE) e nutrição paraenteral total (NPT) em unidade de terapia intensiva (UTI) pediátrica e realizou nova EDA que que evidenciou melhora do aspecto da fístula, em que se encontra no momento em regressão.CONCLUSAO: o diagnostico definitivo pode ser firmado através da visualização direta do trajeto fistuloso por meio de: 1)esofagoscopia, 2)visualização por método de imagem, 3)cirurgia ou 4)autopsia. O tratamento conservador com o descanso esofágico com precauções de refluxo, sem ingestão oral, e uma dieta fornecida por gastrostromia, nasogástrica, ou gastro-jejunal, porém, em média, delonga entre 28 a 77 dias para fechar sem a intervenção cirúrgica. A cirurgia indicada assim que o status do paciente permitir, com o escopo de interromper a comunicação entre o tubo digestivo e a arvore respiratória. Entretanto, é de suma importância a retirada precoce de todo o material ingerido, afim de evitar tais complicações.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1724

TÍTULO DO TRABALHO: Hérnia hiatal pós-operatória. Uma nova doença

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESÔFAGO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: VALTER NILTON FELIX1; IOSHIAKI YOGI2; FERNANDO TADEU VANNUCCI COIMBRA2; LEANDRO SILVEIRA SARMENTO2; LEONARDO BICARATO TURRA2; MATHEUS FELIPE BELO SILVA2; GABRIEL PREVIERO ELIAS DA SILVA2. 1. FMUSP/NÚCLEO DE CIRURGIA GERAL E ESPECIALIZADA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. NÚCLEO DE CIRURGIA GERAL E ESPECIALIZADA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Objetiva-se verificar características de extensas hérnias hiatais que surgem no pós-operatório do tratamento cirúrgico da doença do refluxo gastroesofagiano.Método: Foram estudados 15 pacientes, nove homens e seis mulheres, com média de idades de 46,16 +/- 8,92 anos, obedecendo-se a todos os critérios bioéticos convencionais, submetidos a reoperação de hérnia hiatal de deslizamento extensa, de mais de 5cm de extensão, confirmada por exame endoscópico, que também apontou esofagite erosiva A em dez e B em cinco, após hiatoplastia e fundoplicatura aplicadas para tratamento cirúrgico de doença do refluxo gastroesofagiano há 3,45 +/- 1,34 anos. A fundoplicaturaestava deiscente em todos os casos. Todos queixavam-se de disfagia a sólidos, dor retrosternal à alimentação e cinco, de pirose associada, apesar dos 40mg de omeprazol diários. Foram submetidos a exame eletromanométrico do esôfago, para verificação de peristaltismo, da amplitude dos complexos de deglutição, da extensão e da pressão expiratória máxima do esfíncter inferior do esôfago (EIE), assim como para posicionamento correto do eletrodo de pHmetria, 5 cm acima da borda superior do EIE. Os exames funcionais foram repetidos cerca de noventa dias depois da operação, precedidos por exame radiológico contrastado do esôfago. O procedimento cirúrgico laparoscópico constou de redução da hérnia, refazimento da fundoplicatura, ajuste do hiato esofágico e fixação da parede anterior do estômago à parede abdominal contígua.Resultados: A série não apresentou morbimortalidade. O estudo radiológico contrastado demonstrou manutenção do estômago na cavidade abdominal e fundoplicatura íntegra em todos os casos aos cerca de três meses de pós-operatório. Treze dos quinze pacientes demonstraram escore de DeMeester patológico antes da reoperação. Não houve pHmetria com índice patológico no PO. Quanto ao estudo eletromotor, o peristaltismo manteve-se preservado desde o pré-operatório; tabularam-se diferenças significantes (PConclusão: Conclui-se por relevante implicação da alteração anatômica na fisiologia esofágica, reversíveis com a devida correção cirúrgica.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 597

TÍTULO DO TRABALHO: IMPACTO DA MORTALIDADE DOS PACIENTES COM NEOPLASIA DE ESÔFAGO NO TERRITÓRIO NACIONAL NO PERIODO ENTRE 2010 E 2015

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESÔFAGO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: STEPHANIE ARAUJO MARQUES1; JÉSSICA SARAH SILVA DOS SANTOS2; RAFAEL SILVA SANTOS1; FILIPE MIGUEL BRITO FERNANDES DA SILVA3; MATHEUS DE SOUZA NOGUEIRA1; HELDA CRYSTIANE CIRILO TELES1; NAIANA MOTA ARAÚJO1; SONIA OLIVEIRA LIMA1. 1. UNIVERSIDADE TIRADENTES, ARACAJU - SE - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE, SÃO CRISTÓVÃO - SE - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE, LAGARTO - SE - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo - Estabelecer o impacto da mortalidade dos pacientes com neoplasia de esôfago no território nacional. Casuística: Analisar a mortalidade dos portadores de neoplasia de esôfago nas regiões brasileiras entre o período de janeiro de 2011 a dezembro de 2015.Método - Estudo retrospectivo, descritivo demonstrando as taxas de mortalidade por neoplasia de esôfago entre 2011 e 2015. Os dados foram coletados através do banco de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Resultados - Analisando-se os valores obtidos através de gráficos observa-se ascendente aumento da mortalidade até o ano de 2014; em 2015 todo esse aumento é revertido, atingindo o menor valor do período avaliado. As regiões mantem o padrão da análise nacional, apresentando decréscimo da mortalidade no ano de 2015. As regiões Norte e Nordeste tiveram os menores valores de mortalidade durante todo o período, consequente da baixa incidência do câncer de esôfago nestas regiões. A região Sul apresentou as maiores taxas de mortalidade em todos os anos, seguida pela região Sudeste e Centro-oeste.Conclusão - O estudo demonstra aumento da mortalidade de câncer de esôfago em todo território nacional até o ano de 2014. No ano de 2015, há queda significativa nas taxas de mortalidade. Sabe-se que o câncer de esôfago tem altíssima mortalidade e que essa está relacionada à cultura alimentar da população acometida. A queda demonstrada em 2015 merece investigação para analisar se houve subnotificação ou redução da presença dos fatores de risco associados a essa patologia. Bibliografia Wang YC. Positive esophageal proximal resection margin: an important prognostic factor for esophageal cancer that warrants adjuvante therapy. In: J Thorac Dis. 2016PLAZAS, JG. Cáncer de esôfago. In: Revista de la Sociedad Espanõla de Oncología Médica, 2015.RÊGO M.A.V.; FONSECA A.A. Tendência da mortalidade por câncer de esôfago na cidade de Salvador e no estado da Bahia, Brasil, 1980 a 2012. Rev. bras. cancerol; 60(1): 25-33, jan.-mar. 2014.Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 3108

TÍTULO DO TRABALHO: Leiomioma Sintomático em esôfago.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESÔFAGO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOÃO ANTONIO VERONESE LEME1; CAROLINE NISHIMURA1; RADDIB EDUARDO NOLETO DA NOBREGA OLIVEIRA1; DANIELA ESTEPHANY DELGADO GUEVARA1; MARCOS VINICIUS TAVARES ROLIM2; JOSÉ EDSON PUERARI BENEVIDES3. 1. FACIMED-FACULDADE DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE CACOAL-RO, CACOAL - RO - BRASIL; 2. COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DE CACOAL/SESAU, CACOAL - RO - BRASIL; 3. HOSPITAL REGIONAL DE CACOAL-HRC, CACOAL - RO - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOO leiomioma é um tumor de células de músculo liso, de origem intramural. Apesar de ser o tumor benigno de esôfago mais frequente, é bastante incomum, representando 0,5-0,8% de todos os tumores esofágicos e 5-10% de todos os leiomiomas que acometem o trato digestivo. Localiza-se mais comumente no 1/3 distal do esôfago. Seu pico de incidência ocorre entre a 3a e 5a décadas de vida, sendo mais prevalente no sexo masculino.RELATO DE CASOPaciente de quarenta e três anos, sexo masculino, cursou com queixa de dificuldade de ingerir sólidos e liquidos nos últimos meses. Foi, então, submetido à investigação clínica e exames complementares, como endoscopia digestiva alta (EDA), estudo radiológico do esôfago, estômago e duodeno (EREED) e tomografia de tórax (TC). A EDA evidenciou lesão submucosa em esôfago distal, a cerca de 33cm da arcada dentária superior (ADS), maior que 4cm. A tomografia de tórax apresentou espessamento parietal concêntrico e irregular do esôfago distal com redução do diâmetro luminal. O EREED mostrou alterações de preenchimento do 1/3 distal compatível com tumor, tendo sido indicado o tratamento cirúrgico. Foi realizada uma esofagectomia distal com anastomose primária por laparoscopia. O paciente evoluiu sem intercorrências, obtendo alta hospitalar no 10º dia do pós-operatório. O exame anatomopatológico confirmou leiomioma esofágico. CONCLUSÃOO leiomioma esofágico é uma apresentação rara dos tumores de esôfago, sua descrição na literatura é infrequente, com métodos operatórios pouco discutidos. A ressecção esofágica laparoscópica, apesar de tecnicamente mais complexa, é uma excelente opção como tratamento desse tipo de paciente.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2114

TÍTULO DO TRABALHO: Megaesôfago Idiopático: cirurgia videolaparoscópica x cirurgia convencional ? Relato de dois casos.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESÔFAGO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BRUNO BERNABÉ LUBRAICO; PAULO HENRIQUE RIBEIRO DE OLIVEIRA; CAIO MONTEIRO PIMENTEL; IGOR FECURY LIMA; VINICIUS ANTUNES MENEZES; CHRISTIANO MANHAES DE CARVALHO; MATHEUS SIGILIANO CARNEIRO; RENAN BRITO NOGUEIRA. HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA DE MACAÉ, MACAÉ - RJ - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O megaesôfago caracteriza-se pela ausência ou diminuição dos plexos nervosos da parede esofágica, causando incoordenação das contrações do corpo esofágico e hipertonia do esfíncter esofagiano inferior, que resulta em estase, dilatação progressiva do órgão e diminuição da sua capacidade de contração (acalasia). A destruição dos plexos é irreversível, o que torna paliativo qualquer tratamento conservador, com apenas alivio dos sintomas. Disfagia é a principal manifestação que leva o paciente a procurar ajuda médica. O megaesôfago é classificado, segundo Mascarenhas, em grau I a IV dependendo do diâmetro transverso do seu corpo e a escolha do tipo de cirurgia depende da classificação.Caso 1: Paciente masculino, 51 anos, sem história de etilismo ou tabagismo, iniciou quadro de disfagia progressiva, evoluindo, após um ano, com plenitude pós prandial, náuseas, vômitos e ingestão apenas de alimentos líquidos e pastosos. Referiu perda ponderal de 16 kg nos últimos três meses. EDA revelou esôfago dilatado e aperistaltico, com mucosa opalescente e espessada. Esofagograma mostrou acentuada dilatação esofagiana com afilamento da transição esofagogástrica, sugerindo acalasia. Pesquisa de Trypanosoma Cruzi negativa (ELISA).Caso 2: Paciente feminina, 47 anos, veio ao pronto socorro com queixa de disfagia para alimentos sólidos e pastosos há alguns meses, associado a náuseas e vômitos pós prandiais e saciedade precoce. Refere perda ponderal de 20 kg nos últimos três meses. Pacienta em tratamento de depressão e atribuía todos os sintomas a isso. Esofagograma mostrando dilatação esofagiana com estenose da transição esofagogástrica. EDA com dificuldade para passar pela transição. Sorologias para Chagas negativasConclusão: Os dois casos foram submetidos à cardiomiotomia a Heller, com extensão de aproximadamente 5 cm acima e 4 cm abaixo da transição esofagogástrica, seguido da confecção de válvula anti-refluxo (fundoplicatura a Nissen) nos dois casos. Os pacientes tiveram boa evolução no pós-operatório, sendo que na via laparoscópica a dor no pós-operatório foi menor e a alta mais precoce (4o PO x 6o PO na via convencional). A via laparoscópica já é comprovadamente uma via de acesso segura e de excelentes resultados, diminuindo o trauma cirúrgico comparado a cirurgia convencional, mas que depende da experiência do cirurgião, e que deve ser a via de escolha sempre que possível.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 487

TÍTULO DO TRABALHO: MUCOSECTOMIA ESOFÁGICA MODIFICADA NO TRATAMENTO DO MEGAESÔFAGO CHGÁSICO: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESÔFAGO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: IGOR ARANTES DE OLIVEIRA GÓES; ADRIELI HELOISA CAMPARDO PANSANI; CELENE BENEDITI BRAGION; CIRO CARNEIRO MEDEIROS; RAFAEL FERNANDES GAMA; GABRIELA SILVA SANTOS NATIVIDADE; CAROLINA DE CAMPOS SILVA; MARCELLO CAMACHO CAMPIONE. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O megaesôfago chagásico ocorre devido à destruição dos plexos nervosos da parede esofágica pelo Trypanossoma cruzi. Os principais sinais e sintomas são disfagia, regurgitação e emagrecimento. O padrão-ouro para o diagnóstico é a manometria, a qual possibilita classificar os pacientes em avançados ou não. O tratamento de escolha é cirúrgico: nos casos não avançados, opta-se pela cardiomiotomia de Heller; já nos avançados, opta-se principalmente pela esofagectomia subtotal, mucosectomia ou cirurgia de Serra-Dória. Relato do Caso: M.A.A, masculino, 41 anos, diagnosticado com doença de chagas há 29 anos, queixando-se de disfagia de caráter progressivo, inicialmente com alimentos sólidos (há 01 ano), evoluindo para alimentos líquidos (há 03 meses). Tem como fatores acompanhantes a regurgitação e perda ponderal de 16kg em 06 meses. Ao exame físico apresentava-se emagrecido, sem demais anormalidades. Interrogou-se a hipótese de magaesôfago chagásico, confirmada após exames complementares, classificado como Grau IV de Rezende. Optou-se pela passagem de sonda nasoenteral para alimentação e, após 03 meses de suporte nutricional, o paciente obteve um ganho de 11,5kg e então foi indicado a cirurgia. Dentre as opções de técnicas operatórias, após correlação clínica, endoscópica, manométrica e radiológica, optou-se pela técnica de ?Mucosectomia Modificada?. O paciente evoluiu bem, sem intercorrências, recebendo alta da internação hospitalar no oitavo dia de pós-operatório. Conclusão: apesar de diferentes técnicas e suas possíveis complicações, a mucosectomia é vantajosa em vista da eliminação de um tempo cirúrgico, a toracotomia, reduzindo complicações pulmonares.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2840

TÍTULO DO TRABALHO: NEOPLASIA DE ESÔFAGO: CARACTERÍSTICAS GERAIS E ANÁLISE DAS TAXAS DE ÓBITO E MORTALIDADE ESPECÍFICA NO BRASIL NO PERÍODO DE 2006 A 2011

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESÔFAGO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GUILHERME NASCIMENTO PINHEIRO1; BÁRBARA FERREIRA FERNANDES1; LAYLLA LÚCIA BORGES PINHEIRO1; RAQUEL COSTA BATISTA DE QUEIROZ2; ANA FLÁVIA RIBEIRO DE SOUSA1; THIAGO DELMONDES FEITOSA1; BRENDA SILVEIRA DIAS1; CELSO ROCHA DA SILVA1. 1. CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIRG, GURUPI - TO - BRASIL; 2. CENTRO UNIVERRSITÁRIO UNIRG, GURUPI - TO - BRASIL.

RESUMO:
Objetivos: Neoplasia de esôfago é a sexta causa de neoplasia maligna no mundo, sendo a sétima causa de morte. No Brasil, é o sexto mais frequente entre homens e o décimo terceiro entre o sexo feminino. Relacionada à idade avançada, ao tabagismo, ao etilismo, à ingestão de alimentos ricos em elementos carcinogênicos, esôfago de Barrett, lesões cáusticas no esôfago e Síndrome de Plummer-Vinson. A ausência de serosa, a grande complacência e capacidade de distensão dificultam o diagnóstico precoce, sendo os sintomas, comumente, de aparecimento tardio. Este trabalho objetivou analisar as taxas de incidência e mortalidade desta moléstia no país 2006 a 2011, tudo isso visando reunir informações e dados epidemiológicos do país de forma a facilitar a elaboração de estudos futuros. Método: Coletou-se dados do DataSUS referentes à TME (óbitos por 100.000 habitantes) segundo a região, no período de 2006 a 2011. Usou-se a base de dados bireme, scielo, pubmed/mEdliNE e sciencedirect para seleção de artigos. Resultados: Segundo o SIM do Ministério da Saúde, as taxas de óbito por câncer de esôfago no Brasil entre 2006 e 2011 foi 43651, 6797 em 2006 e 7636 em 2011. A região de maior óbito foi a Sudeste e a região de menor, a Norte. A taxa de mortalidade específica no país se elevou no período observado de 3,6 em 2006, para 4,0 em 2011. Em todas as regiões houve aumento da TME, exceto na Norte em que a taxa manteve-se 1,0. Nas regiões Sul e Nordeste houve um aumento de 0,5 na TME, o maior observado. Na região Sul, a taxa se elevou de 6,8 para 7,3 em 2011. Na região Nordeste, era 2,1 em 2006 e alcançou 2,6 em 2011. As regiões Sul e Centro-Oeste apresentaram o menor aumento na TME, de 0,3. Naquela, a taxa cresceu de 6,8 para 7,3 e nesta, de 2,7 para 3,0. Conclusões: Percebe-se o aumento das taxas de óbito em todas as regiões que pode ter ocorrido devido a mudança de hábitos da população que aumentou o consumo de alimentos industrializados e o nível de estresse a que se submete.Bibliografia:AQUINO, José Luis Braga de et al . Avaliação das complicações da esofagectomia de resgate na terapêutica cirúrgica do câncer de esôfago avançado. ABCD, arq. bras. cir. dig., São Paulo , v. 26, n. 3, p. 173-178, set. 2013. Disponível em . Acesso em 07 Jan. 2017.http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/c10.def

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 958

TÍTULO DO TRABALHO: Perfuração esofágica por dilatação endoscópica em paciente com estenose cáustica: relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESÔFAGO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARYANA NEVES DE SOUZA1; JÚLIA REAL PEREIRA GOMES2; EDUARDO NACUR SILVA2; FERNANDO CESAR FERREIRA CALISTRO2; LUCAS ALVES DIAS2; ANDRE LUÍS DE CARVALHO NOGUEIRA2. 1. SANTA CASA DE BELO HORIZONTE., BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. SANTA CASA DE BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A lesão esofágica por ingesta de substâncias cáusticas é relativamente comum. A consequência imediata é a esofagite podendo evoluir para estenose, frequentemente importante e que persiste por longo tempo. A dilatação endoscópica pode ser considerada segura, mas em casos de lesões cáusticas é mais difícil devido à maior constrição. Em revisões, a incidência de perfurações durante procedimento variou de 12% a 32%. Nesses pacientes com lesão estenosante de esôfago, o tratamento da perfuração esofágica deve ser instituído o quanto antes, evitando mediastinite e uma evolução fatal. Indicada então, a esofagectomia eliminando a doença esofágica como um todo. Relato: masculino, 45 anos com antecedentes de ingestão de soda cáustica em 2000 evoluindo com estenose pilórica e submetido a vagotomia troncular e antrectomia com gastroduodenoanastomose, procura serviço de gastroenterologia em julho de 2016 com disfagia progressiva e perda ponderal. Identificado estenose esofágica à 20cm da arcada dentária superior. Preconizado tratamento com dilatações endoscópicas e jejunostomia com boa evolução e melhora da tolerância da dieta oral. Admitido em novembro para nova dilatação, na qual foi identificada lesão esofágica em região torácica distal. Paciente apresentava-se estável hemodinamicamente, pouco taquicárdico e queixando-se de dor em região esternal. Tomografia de tórax realizada e identificado pneumomediastino. Submetido a toracotomia direita e esofagectomia total com esofagostomia cervical duas horas após perfuração. Visto lesão de 0,5cm ao nível cervical e laceração distal de 2cm de comprimento. Sem sinais macroscópicos de infecção em mediastino, mantido dreno de tórax à direita e encaminhado ao centro de terapia intensiva (CTI) com antibioticoterapia. Boa evolução pós operatória, recebeu alta do CTI no 1ºdia pós operatório e alta hospitalar no 8ºdia assintomático e mantendo dieta pela jejunostomia. Em acompanhamento ambulatorial para posterior esofagocoloplastia. Conclusão: perfuração esofágica ainda é um desafio para os cirurgiões, sendo o objetivo um diagnóstico precoce para controle do processo infeccioso, manutenção do estado nutricional e a restauração da integridade do trato digestivo.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2232

TÍTULO DO TRABALHO: Perfuração esofágica: Tratamento com endoprótese revisão de literatura

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESÔFAGO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ALINE TIEMI KANO SILVA1; RENATO DE MEDINA COELI1; TULIO MEDINA GUERRA PEREIRA CALDAS1; FERNANDA MARSICO DO COUTO TEIXEIRA2; MATHEUS SILVA DE SOUZA BERÇOT2; LEANDRO ADAMI VASQUES2; AFRA ROANA SIQUEIRA DE CASTRO1. 1. HOSPITAL FEDERAL CARDOSO FONTES, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; 2. HOSPITAL FEDERAL CARDOSO FONTES, RJ - RJ - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: A perfuração esofagiana espontânea, iatrogênica ou traumática é uma condição clínica de difícil manejo. A abordagem cirúrgica é tradicionalmente o tratamento de escolha, no entanto, possui elevado índice de morbidade e mortalidade. A colocação de endoprótese é uma opção viável em pacientes com risco cirúrgico elevado. O presente trabalho faz uma revisão na literatura do tratamento conservador na condição clínica apresentada. Método: A revisão de literatura foi realizada através da internet, usando as plataformas SCIELO e PUBMED com as seguintes palavras-chave: perfuração de esôfago, tratamento cirúrgico e endoscópico, foram avaliados 15 artigos, a maioria com relato de caso do uso de um dos tipos de tratamento (cirurgico x endoprótese) Resultados: As estratégias de tratamento conservador incluem o uso de endoprótese e endoclipe. A endoprótese é uma opção segura para o tratamento da perfuração de esofago, com indicações precisas para usa -la. Pois, deve-se levar em consideração a localização da lesão, a extensão e qual tratamento definitivo para causa da lesão. Considerando a raridade da patologia, há pouca discussão e evidência clínica no melhor tratamento a ser empregado. Portanto, o tratamento de escolha ainda é controverso na maioria dos serviços de emergências. A melhor escolha deve considerar tempo, extensão, localização, diagnóstico definitivo e, sobretudo, suas complicações clínicas.Conclusões: A morbidade e mortalidade da perfuração esofágica está relacionada diretamente com a extensão da resposta inflamatória dos tecidos e órgãos periesofágicos como mediastino, espaço pleural e cervical com possível infecção dessas estruturas. A endoprótese é um método possível para o tratamento da perfuração esofágica até mesmo quando diagnosticado tardiamente. Esses stents promovem oclusão rápida, promovendo alimentação via oral precoce, reduzindo o tempo de internação e evitando possível morbidade do tratamento cirúrgico. Bibliografia: Perforation of esophagus and subsequent mediastinitis following mussel shell ingestion; Esophageal Rupture as a Primary Manifestation in Eosinophilic Esophagitis; Cervical esophagotomy for foreign body extraction e Case report and comprehensive review of the literature

CODIGO DO TRABALHO: 2976

TÍTULO DO TRABALHO: PIOPERICÁRDIO POR PERFURAÇÃO ESOFÁGICA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESÔFAGO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RODRIGO VAZ FERREIRA; MÁRCIO CORRÊA DE FREITAS; BERENICE ANTOINE FEGHALI; NAYRA DA SILVA FREITAS. UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS, MANAUS - AM - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Pericardite purulenta (piopericárdio) é uma entidade rara associada a uma alta mortalidade. Usualmente a causa é não-cardíaca e a pericardite constritiva é uma potencial grave complicação. Sua origem pode ter relação com a extensão direta (contiguidade/continuidade), disseminação hematogênica ou extensão linfática. Infecções associadas devem ser excluídas, especialmente em pacientes imunocomprometidos. O tratamento deve incluir a drenagem cirúrgica, pericardiectomia e o uso de antibióticos.Relato de Caso: Paciente do sexo feminino, 15 anos de idade, deu entrada no pronto-socorro com quadro de sepse associada a derrame pleural bilateral e pneumopericárdio, evidenciados através de sua avaliação clínica, laboratorial (hemograma, gasometria), e radiológica (radiografia de tórax e tomografia computadorizada de tórax). A TC realizada revelava grande hidropneumopericárdio e derrame pleural bilateral, maior a esquerda, de caráter homogêneo, sem gás de permeio, além de moderada quantidade de líquido livre na cavidade abdominal. Na primeira hora de atendimento no setor de urgência cirúrgica, foi submetida à abordagem do quadro séptico dentro do proposto pela Surviving Sepsis Campaign. A hipótese diagnóstica aceita na admissão foi de perfuração esofágica, baseada em dados extraídos da anamnese. Indicada toracotomia exploradora, foi submetida a drenagem pericárdica, pericardiectomia e drenagem pleural. A evolução pós-operatória foi de sepse grave, tendo evoluído com falência renal associada. A paciente ficou internada em UTI durante 11 dias e não necessitou ser reabordada cirurgicamente. A investigação da etiologia atá a presente data não confirmou a hipótese, visto que a endoscopia realizada quando a paciente apresentava estabilidade para investigação não mostrou achados sugestivos de perfuração. Aguarda resultado da biópsia do pericárdio.Discussão: O quadro relatado busca demonstrar rara condiioo, com poucos casos semelhantes descritos. A abordagem pronta do quadro séptico, associada à abordagem precoce do foco garantiu condições para o início de um cuidado intensivo notável em UTi de nossa região.

CODIGO DO TRABALHO: 1358

TÍTULO DO TRABALHO: PLUMMER-VISON: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESÔFAGO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: EDSON GONÇALVES FERREIRA JÚNIOR; LARISSA DE MELO FREIRE GOUVEIA SILVEIRA; HUGO ALESSI LIMA MARTINS SOARES; SANDRA LUCIA LODI PERES; THIAGO JARDIM PEREIRA; ADALBERTO CAMPINHO CLEMENTINO FILHO; BRENO CARVALHO CAVALCANTE. UNIVASF, PETROLINA - PE - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A Síndrome de Paterson-Brown-Kelly ou Plummer-Vison (PV), consiste em uma tríade de disfagia, anemia e membranas esofágicas. Descrita inicialmente em 1912, comum durante o século 20, em população caucasóide. Raras nos dias atuais. OBJETIVO: Apresentar um novo caso de PV e fazer uma revisão sistemática do assunto. MÉTODO: Nós realizamos uma revisão sistemática no PubMed database, selecionamos os artigos pelo MeSH terms Plummer-Vison Syndrome e Patterson-Kelly Syndrome, encontrando 230 artigos. Incluímos nesta revisão, todos em português ou inglês nos últimos 10 anos, 35 publicações. Adicionalmente reportamos um novo caso.RESULTADOS: PV é uma doença rara, etiologia desconhecida com fisiopatologia ligada a anemia ferropriva. Afetando principalmente mulheres de meia-idade. O desafio esta na suspeição diagnostica e definição da da melhor opção terapêutica, uma vez que existe apenas uma literatura limitada sobre o tema. A maioria dos estudos avaliados recomenda a suplementação com ferro oral e controle de possível causa para a anemia. A dilatação endoscópica para os raros casos em crianças ou em refratariedade ao tratamento da anemia. Uma vez que a membranas esofágicas não parecem ser responsáveis isoladamente pelo quadro de disfagia que muitas vezes desaparecem após a suplementação. Reportamos o caso em mulher de meia-idade, com disfagia crônica, intermitente apresentando anemia severa com necessidade de múltiplas transfusões. Nos exames laboratoriais, apresentava anemia microcítica e hipocrômica com ferritina abaixo do valor padronizado. Estenose membranosa cervical no esofagograma. Estabelecendo diagnóstico de PV. Procedeu-se uma endoscopia digestiva alta (EDA) com dilatação esofágica com o próprio aparelho, restante do exame normal. Evoluiu com boa aceitação da dieta oral, recebendo alta hospitalar em uso de suplementação de ferro. Encontra-se sintomática e com resolução da anemia. CONCLUSÃO: Recomendamos suplementação oral e dilatação endoscópica para todos os pacientes, visto possibilitar alívio imediato dos sintomas e principalmente completar o exame de rastreio para neoplasias gástricas ou esofágicas. Recomendamos támbem seguimento nos assintomáticos a cada dois anos, com EDA. O prognóstico geralmente é bom, com baixa recorrência da doença. Porém, estudos multicentricos com grupo controle são necessários para definição da melhor opção terapeutica e condução dos casos.

CODIGO DO TRABALHO: 1352

TÍTULO DO TRABALHO: PLUMMER-VISON: UMA REVISÃO SOBRE ESTA DOENÇA RARA, AINDA PRESENTE NOS PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESÔFAGO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: EDSON GONÇALVES FERREIRA JÚNIOR; LARISSA DE MELO FREIRE GOUVEIA SILVEIRA; HUGO ALESSI LIMA MARTINS SOARES; SANDRA LUCIA LODI PERES; THIAGO JARDIM PEREIRA; ADALBERTO CAMPINHO CLEMENTINO FILHO; BRENO CARVALHO CAVALCANTE. UNIVASF, PETROLINA - PE - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Síndrome de Paterson-Brown-Kelly ou Plummer-Vison (PV), consiste em uma tríade de disfagia, anemia e membranas esofágicas. Descrita inicialmente em 1912, comum durante o século 20, em população caucasóide. Raras nos dias atuais. OBJETIVO: Apresentar um novo caso de PV e fazer uma revisão sistemática do assunto. MÉTODO: Nós realizamos uma revisão sistemática no PubMed database, selecionamos os artigos pelo MeSH terms Plummer-Vison Syndrome e Patterson-Kelly Syndrome, encontrando 230 artigos. Incluímos nesta revisão, todos em português ou inglês nos últimos 10 anos, 35 publicações. Adicionalmente reportamos um novo caso.RESULTADOS: PV é uma doença rara, etiologia desconhecida com fisiopatologia ligada a anemia ferropriva. Afetando principalmente mulheres de meia-idade. O desafio esta na suspeição diagnostica e definição da da melhor opção terapêutica, uma vez que existe apenas uma literatura limitada sobre o tema. A maioria dos estudos avaliados recomenda a suplementação com ferro oral e controle de possível causa para a anemia. A dilatação endoscópica para os raros casos em crianças ou em refratariedade ao tratamento da anemia. Uma vez que a membranas esofágicas não parecem ser responsáveis isoladamente pelo quadro de disfagia que muitas vezes desaparecem após a suplementação. Reportamos o caso em mulher de meia-idade, com disfagia crônica, intermitente apresentando anemia severa com necessidade de múltiplas transfusões. Nos exames laboratoriais, apresentava anemia microcítica e hipocrômica com ferritina abaixo do valor padronizado. Estenose membranosa cervical no esofagograma. Estabelecendo diagnóstico de PV. Procedeu-se uma endoscopia digestiva alta (EDA) com dilatação esofágica com o próprio aparelho, restante do exame normal. Evoluiu com boa aceitação da dieta oral, recebendo alta hospitalar em uso de suplementação de ferro. Encontra-se sintomática e com resolução da anemia. CONCLUSÃO: Recomendamos suplementação oral e dilatação endoscópica para todos os pacientes, visto possibilitar alívio imediato dos sintomas e principalmente completar o exame de rastreio para neoplasias gástricas ou esofágicas. Recomendamos támbem seguimento nos assintomáticos a cada dois anos, com EDA. O prognóstico geralmente é bom, com baixa recorrência da doença. Porém, estudos multicentricos com grupo controle são necessários para definição da melhor opção terapeutica e condução dos casos.BIBLIOGRAFIA:Bakshi S. S. 2016. Berthe A., et al. 2014. Goel A., et al. 2016.

CODIGO DO TRABALHO: 2106

TÍTULO DO TRABALHO: Pseudodiverticulose Intramural Esofágica - Relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESÔFAGO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FELIPE MAFIOLETTI PADILHA; RAMIRO COLLEONI NETO; MATHEUS GRECHI MARTINS GAMA; GABRIEL SOUZA CURY; GLAUCO NAJAS SAMMARCO; FERNANDO A. M. HERBELLA FERNANDES. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A pseudodiverticulose intramural esofágica (PIE) é uma condição benigna rara caracterizada por múltiplas pequenas invaginações saculiformes na parede esofágica que representam dilatações dos ductos das glândulas submucosas. Sua exata patogênese permanece desconhecida e tem sido associada a vários fatores de risco como alcoolismo, esofagite de refluxo e infecção esofágica. O principal sintoma clínico é a disfagia progressiva ou intermitente e estenoses esofágicas ocorrem frequentemente. A minoria dos casos relatados na literatura foram estudados com manometria esofágica.Relato de Caso: Paciente do sexo feminino, 45 anos, hipertensa, apresentando quadro de disfagia progressiva há 5 anos, inicialmente para sólidos e recentemente inclusive para líquidos, associada a odinofagia e perda ponderal. Endoscopia digestiva alta identificou discreta estenose esofágica segmentar no terço superior, que permitiu a progressão do aparelho com certa dificuldade. Foram identificados diversos pequenos óstios diverticulares, acima e abaixo da área de estreitamento do lúmen, além de múltiplas placas esbranquiçadas aderidas à mucosa com diagnóstico de candidíase confirmado ao estudo anatomopatológico. Foi realizada terapia antifúngica oral com fluconazol e paciente retornou após 4 semanas apresentando melhora do quadro de disfagia e ganho progressivo de peso. Repetido exame endoscópico sendo identificada estenose esofágica com calibre relativamente maior ao exame anterior, transponível ao gastroscópio e resolução da monilíase esofágica. Prosseguida investigação com manometria esofágica de alta resolução que evidenciou hipertonia do esfíncter esofágico superior sem alteração da motilidade do corpo do órgão.Conclusão: O tratamento da PIE deve ser direcionado para resolução da esofagite em casos de refluxo patológico, dilatação endoscópica das estenoses e tratamento de infecção fúngica. Os distúrbios de motilidade podem ser um fator etiopatogênico em alguns casos de PIE, com relatos de associação da patologia com espasmo esofágico difuso, esôfago em quebra-nozes e acalasia, ressaltando, portanto, a importância do estudo manométrico na investigação da doença, bem como terapia específica para os distúrbios de motilidade.

CODIGO DO TRABALHO: 1554

TÍTULO DO TRABALHO: RECANALIZAÇÃO DO PILORO APÓS QUEIMADURA QUÍMICA DE ESÔFAGO: UM RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESÔFAGO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MAYARA RAYSSA DANTAS BORGES1; FRANCIMAR KÉTSIA SERRA ARAÚJO2; GABRIELA LIMA NÓBREGA2; ANA BEATRIZ RODRIGUEZ DA MOTA3; JULIANA BEATRIZ DE OLIVEIRA FERREIRA1; MARINA MAYARA BATISTA DO REGO1; SILVIO CESAR DE ALCANTARA VELHO BARRETO BRANDÃO1; HENRIQUE JOSÉ MOTA1. 1. HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL, NATAL - RN - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE POTIGUAR, NATAL - RN - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, NATAL - RN - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUCAO: A ingestão de ácidos geralmente produz uma necrose de coagulação superficial que leva a trombose dos vasos sanguíneos da mucosa subjacente e consolida o tecido conjuntivo, formando assim uma escara protetora, culminando em uma lesão extensa e podendo causar perfuração esofágica ou gástrica após 24 a 48 horas. O estômago é o sitio de maior acometimento nestes tipos de lesões corrosivas, pois os ácidos irão induzir espasmo da musculatura pilórica, prolongando assim o tempo de contato com a parede do estômago e produzindo uma variedade de deformidades gástricas como estenose pré - pilórica, estenose antral e ainda contrações levando a capacidade estomacal reduzida.RELATO DE CASO: E.M.F., 51 anos, vítima de intoxicação exógena, ingeriu ácido muriático, resultando em necrose esofagogastroduodenal evidenciada por endoscopia digestiva alta (EDA). Após necrose, verificou-se que a paciente evoluiu com fístula em região do piloro, com presença de lesão em epiglote e úlceras confluentes abaixo do esfíncter esofagiano, ambos observados em esofagoscopia rígida. Foi submetida a gastrostomia distal descompressiva por Gstonn e jejunostomia à Witzel, evoluindo com melhora do quadro disfágico e aceitação de dieta por jejunostomia.CONCLUSAO: A recanalização espontânea do piloro, sem a aplicação de medidas cirúrgicas, apenas com as medidas conservadoras, foram a opção para a paciente do caso clínico. Entretanto, a conduta ser individualizada, pois depende das propriedades corrosivas da substância ingerida, quantidade, concentração e forma física (sólida ou líquida) do agente e a duração do contato com a mucosa. O prognóstico é variável e depende do grau de lesão esofágica e da condição médica subjacente do doente. A paciente do caso, recebeu alta hospitalar e atualmente está em acompanhamento ambulatorial sem intercorrências.

CODIGO DO TRABALHO: 1436

TÍTULO DO TRABALHO: Reconstrução do trânsito digestivo após lesão esofagogástrica por cáustico: relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESÔFAGO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOÃO PAULO SILVA VIEIRA; HENRIQUE BELETÁBLE FONSECA; SILLAS MOURÃO PINTO; ANTONIO SERGIO ALVES; JOSE LUIZ CAMPELLO DE MELLO VIANNA; PABLO NELSON DO VALLE HUBNER; THIAGO DE ALMEIDA FURTADO; DIEGO PAIM CARVALHO GARCIA. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CIÊNCIAS MÉDICAS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOA ingestão de substâncias corrosivas é um problema de saúde pública, principalmente nos países em desenvolvimento. Crianças representam 80% das vítimas por ingestão acidental. Em adultos, a ingestão se faz como tentativas suicidas. Álcalis são mais agressivos e com complicações mais graves. Raio-X de tórax e EDA devem ser solicitados precocemente. O risco de desenvolvimento de câncer de esôfago é mil vezes superior à população não exposta. A abordagem inicial consiste em medidas clínicas e jejunostomia. O tratamento tardio pode ser realizado com dilatação endoscópica e reestabelecimento do trânsito intestinal.RELATO DO CASOD.M.C.P., 29 anos, comparece por estenose cáustica há 7 meses, após tentativa de suicídio. Em uso de gastrostomia. EDA (20/04/16): estenose parcial à 12 cm da linha labial e estenose importante à 18 cm da linha labial, com intensa retração cicatricial, não permitindo a passagem do aparelho. REED (08/08/16): estenose do segmento inferior do terço proximal do esôfago, sem passagem de contraste através da área de estenose.Admitida em 02/11/16 para acompanhamento nutricional e pré-operatório devido impossibilidade de dilatação via endoscópica. Submetida a esôfago-colonplastia e jejunostomia em 10/11. Encaminhada ao CTI. Apresentou taquicardia, edema e enfisema subcutâneo em incisão cervical. Retirados pontos de sutura, com saída de secreção purulenta. Iniciada dieta líquida por jejunostomia em 13/11. No 5º DPO, realizada toracocentese (saída de 1L de líquido amarelo citrino) após evidências de derrame pleural importante à direita. Alta para enfermaria, mantendo saída de secreção hialina por incisão cervical ? em diminuição. Nova toracocentese em 18/11, com saída de 150 mL de líquido amarelo citrino. Administrado azul de metileno via oral no 16º DPO, sem evidências de extravasamento. Iniciada dieta via oral líquida, tolerando progressão da dieta após.Alta hospitalar no 23º DPO. Retornou queixando alterações em incisão cervical. Negou odinofagia. Administrado novamente azul de metileno, sem evidências de extravasamento. Prescrito antibioticoterapia e solicitada nova EDA.CONCLUSÃOAcidentes com substâncias cáusticas são crescentes nos países em desenvolvimento. A EDA precoce é considerada essencial no manejo do paciente. A principal sequela tardia é a estenose, que pode ser tratada por dilatação endoscópica ou reestabelecimento do trato gastrointestinal com segmento colônico. O risco de desenvolvimento de câncer esofágico é elevado.

CODIGO DO TRABALHO: 2080

TÍTULO DO TRABALHO: RELATO DE CASO: ABSCESSO ESPLÊNICO COMO COMPLICAÇÃO DA THAL-HAKAFUKU

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESÔFAGO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MICHELLE SILVA ROCHA1; RAFAEL COSTA DE LIMA2; LUDMILA SOARES FRANCO3. 1. ESCS, BRASÍLIA - DF - BRASIL; 2. HRT, BRASILIA - DF - BRASIL; 3. UNB, BRASILIA - DF - BRASIL.

RESUMO:
O abscesso esplênico é mais frequente no sexo masculino, na faixa etária entre 35 e 45 anos. É uma patologia rara e com principais fatores de risco: sepcicemia (73%), o trauma (17%) e as hemoglobinopatias (12%). Os principais agentes etiológicos são: S. aureus, S. viridans, bacilos gram negativos; K. species e S. enteritidis e os fungos; C. species. É um evento supurativo que pode englobar o espaço subcapsular ou o parênquima esplênico, deixando o baço constantemente exposto a agentes infecciosos, entretanto, abcessos em seu parênquima são raros (MARTINS, 2005). Os sintomas mais evidentes são: febre (90%), dor abdominal (75%) e a esplenomegalia (25%). A tomografia computadorizada do abdômen é o padrão ouro para o diagnóstico, com uma sensibilidade de 96%, ela é superior à ultra sonografia (76%) e à cintilografia hepatoesplênica (75%), a radiografia do tórax pode demonstrar a presença de infiltrado e derrame pleural à esquerda, o hemograma apresenta leucocitose.O tratamento é realizado com esplenectomia e antibióticos, o tratamento com antibioticoterapia inicialmente é de amplo espectro, após o direcionamento do agente etiológico, antibioticoterapia específica deve ser aplicada. Nos dias atuais, já é possível a realização de drenagem opercutânea guiada (MARTINS, 2005).RELATO DO CASOPaciente BCN, 44 anos, submetido à Heler Pinoti em dois mil e doze por megosôfago grau II por acalasia idiopática. Após oito meses, iniciou disfagia progressiva. Estando com disfagia para líquidos. Realizou Thal-Hatafuku em dois mil e quinze. Retornou com febre, negando dor torácica. Referia dor em HCD E, com irradiação para ombro esquerdo. Ao proceder o exame físico recebeu o diagnóstico de abcesso esplênico. Após isso realizou esplenectomia.No relato de caso apresentado, após a realização de uma cirurgia de Thal-Hatafuku para correção de acalasia o paciente evoluiu com abcesso esplênico. O relato visa relacionar as principais complicações da cirurgia de Thal-Hatafuku com abcesso esplênico.CONCLUSÃOConforme a literatura explicitou, e Oliveira (2014) discutiu que ainda existem poucos dados na literatura acerca de eficácia, a médio e longo prazo, da operação de Thal-Hatafuku. O abscesso esplênico relatado mostrou que esta é uma complicação rara da cirurgia de Thal-Hatafuku, necessitando mais estudos de casos, possibilitando realizar melhor tratamento nos pacientes que venham a apresentar o quadro semelhante.

CODIGO DO TRABALHO: 2624

TÍTULO DO TRABALHO: RELATO DE CASO: CARCINOMA EPIDERMÓIDE BASALÓIDE DE ESÔFAGO COM METASTASE PARA O SEGUNDO PODODÁCTILO DO PÉ DIREITO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESÔFAGO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: TATIANA MIE MASUKO1; RODRIGO KOPROVSKI MENGUER2; MONICA ALEXANDRA JIMENEZ ZERPA2; FERNANDO JOSÉ SAVÓIA DE OLIVEIRA1; DIEGO INÁCIO GOERGEN1; RODRIGO DE PIERI COAN1; SAMANTA WITZKE MASSULO3; ANTONIO CARLOS WESTON2. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 2. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS, PELOTAS - RS - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O termo carcinoma epidermóide basaloide foi proposto pela primeira vez por Wain et al para descrever uma neoplasia rara, agressiva com predileção pela hipofaringe, base da língua, laringe e depois esôfago, cavidade nasal e oral, nasofaringe, traqueia, brônquios e pulmões, e outros locais incluindo orelha externa, canal anal, vulva e pênis. Relatamos um caso raro de carcinoma epidermóide basaloide de esôfago com metástase para o segundo pododáctilo do pé direito. Relato: Paciente masculino, 50 anos, com apresentação de câncer de esôfago com metástase para o segundo dedo do pé direito, levado à esofagectomia total e amputação segundo dedo do pé direito, apresentou boa evolução pós-operatória, anatomopatológico de carcinoma epidermóide basaloide. Discussão: O carcinoma epidermóide basaloide do esôfago é um tumor extremamente raro e apenas cerca de 0,1% dos casos de carcinoma esofágico foram diagnosticados como BSCs primários. Isto devido às suas características biologicamente malignas, determinadas por um baixo grau de diferenciação, alta atividade proliferativa e alta incidência de metástases a distância. Encontramos apenas publicações de 1991 a 2008: 3 revisões; 23 relatos de casos 2 relatos de apresentações ?anedóticas? da doença; 20 artigos com enfoque anatomopatológico. Estabelecer um diagnostico pré-operatório de carcinoma epidermóide basaloide tem sido tão difícil que somente 10% dos casos, que eram histologicamente confirmados, foram corretamente diagnosticados e outros 55% eram diagnosticados erroneamente como carcinoma epidermóide de esôfago

CODIGO DO TRABALHO: 2081

TÍTULO DO TRABALHO: RELATO DE CASO: COMPARAÇÃO ENTRE DIFERENTES TIPOS DE FUNDOPLICATURA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESÔFAGO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MICHELLE SILVA ROCHA1; RAFAEL COSTA DE LIMA2; LUDMILA SOARES FRANCO3. 1. ESCS, BRASÍLIA - DF - BRASIL; 2. HRT, BRASILIA - DF - BRASIL; 3. UNB, BRASÍLIA - DF - BRASIL.

RESUMO:
Em casos de refluxo gástrico é recomendável a realização de uma fundoplicatura. A fundoplicatura é um procedimento no qual o fundo gástrico é suturado em torno do esôfago distal, elevando a pressão do esfíncter esofagiano inferior. O exame padrão ouro para o diagnóstico é a esofagomanometria, mas outros exames como radiografia de tórax e esofagografia baritada podem sugerir o diagnóstico. A realização de uma endoscopia digestiva alta é importante para o diagnóstico diferencial com neoplasia e avaliação de estenose secundária à esofagite. Nos estágios avançados, com falha da terapia farmacológica ou sintomatologia proeminente, o tratamento é realizado com dilatação endoscópica ou cirurgia esofagomiotomia (miotomia a Heller modificada). A fundoplicatura de Nissen ou total (360º), envolve toda a circunferência do esôfago, já as fundoplicaturas parciais (180º-270º) não envolvem toda a circunferência do esôfago, são indicadas na presença de dismotilidade esofagiana, comprovada por esofagomanometria, com a finalidade de evitar disfagia no pós-operatório. As fundoplicaturas anteriores são empregadas usualmente após a realização de uma miotomia de Heller modificada, e a cirurgia de Thal-Hatafuku é uma opção menos agressiva para abordar as grandes dilatações esofagianas. O objetivo desse trabalho é estudar o caso e comparar os diferentes tipos de fundoplicatura que poderiam ter sido utilizadas.RELATO DE CASOPaciente, HCN, 44 anos, foi submetido à cardiomiotomia à Heller com válvula à Neissen (Megaesôfago grau II - acalasia clássica idiopática), na época referindo disfagia para sólidos e vômitos pós-prandiais. Cerca de seis meses após procedimento cirúrgico apresentou disfagia progressiva. Em maio de 2015 apresentou esofagograma com megaesôfago grupo IV. A hipótese diagnóstica levantada foi de Acalasia Idiopática, Sua forma esofágica cursa com acalasia e consequente dilatação do esôfago, chamada megaesôfago.CONCLUSÃOEm pacientes com motilidade ineficaz não têm apresentado maior índice de disfagia quando submetidos à fundoplicatura total, e preconiza este procedimento em todos os pacientes (exceto na completa aperistalse do esôfago). No caso do paciente relatado houve evolução para disfagia. Comparando-se alguns trabalhos é possível concluir não há uma unanimidade quanto ao fato de se considerar uma técnica superior à outra, sendo a escolha baseada na experiência do profissional cirurgião quanto à sua execução.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1494

TÍTULO DO TRABALHO: RELATO DE CASO: ESOFAGECTOMIA TRANSHIATAL COM CONFECÇÃO DE TUBO GÁSTRICO, EXCLUSÃO PILÓRICA E GASTROENTEROANASTOMOSE EM Y DE ROUX, EM UM CASO DE ESTENOSE CAÚSTICA DE ESÔFAGO E PILORO.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESÔFAGO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: EDSON GONÇALVES FERREIRA JÚNIOR; LARISSA DE MELO FREIRE GOUVEIA SILVEIRA; THIAGO JARDIM PEREIRA; SANDRA LUCIA LODI PERES; HUGO ALESSI LIMA MARTINS SOARES; ADALBERTO CAMPINHO CLEMENTINO FILHO; BRENO CARVALHO CAVALCANTE. UNIVASF, PETROLINA - PE - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO:A ingestão de cáusticos permanece um importante agravo de saúde pública principalmente na população pediátrica. Porém, vários casos em adolescentes e adultos tem siso reportados, acidentais ou por tentativas de suicídio. Dentre as propostas de tratamento para a estenose caustica estão as dilatações endoscópicas e as cirúrgicas, com confecção de tubo gástrico ou cólon transverso. neste relato de caso reportamos a opção por tubo gástrico mesmo em um caso associado de estenose esofágica e pilórica, optando por associar uma gastroenteroanastomose em Y de Roux na porção inferior do tubo gástrico.RELATO DE CASO:Paciente do sexo masculino, 37 anos, branco, história de prévia de uso de maconha evoluindo com esquizofrenia paranoide há cinco anos da admissão. Vem ao ambulatório com história de disfagia progressiva atualmente para líquidos, incapaz de deglutir, pós ingesta de cáustico 28 dias antes. Realizou endoscopia digestiva alta que evidenciou oclusão completa sem possibilidade de dilatação ou passagem de sonda nasoenteral. Iniciado suporte nutricional parenteral e optado por abordagem cirúrgica com esofagectomia em comum acordo com familiares. Nos exames pré-operatórios apresentava também distensão importante de estomago na tomografia computadorizada de abdome, e estenose importante sem passagem de contraste no esofagograma. No intra operatório foi evidenciado estenose importante de piloro com distenção gástrica. Optado por esofagectomia transhiatal com confecção de tubo gástrico e anastomose cervical associado a exclusão pilórica e gastroenteroanstomose em Y de Roux. Paciente evoluiu com fistula cervical de baixo débito, com resolução expontanea, abscesso retroperitoneal em pós-operatório tardio, tratado com drenagem percutânea e antibioticoterapia. Recebendo alta com dieta oral livre. complicou em pós-operatório tardio com estenose de anstomose cervical, atualmente em terapia de dilatação via endoscopia. Aporte calórico via oral total.CONCLUSÃO:A cirurgia proposta pode ser opção nesses casos de impossibilidade de dilatação e associação com estenose de piloro, dada as desvantagens de uma possível esofagogastrectomia com confecção de tubo de cólon trasnverso e anastomose colônica. As complicações apresentadas pelo paciente foram as mesmas esperadas de qualquer outra esofagectomia.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2598

TÍTULO DO TRABALHO: Ressecção de leiomioma da transição esôfago-gástrica

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESÔFAGO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: SUELLEN VIEIRA DA SILVA1; ALEXANDRE CHARTUNI PEREIRA TEIXEIRA2; ADRIANO PAMPLONA2; NALISSON ARAÚJO2; CAROLINA ERY HOSAKA DE VASCONCELOS2; ISADORA ÍSIS FERNANDES VIEIRA3. 1. HRS, BRASILIA - DF - BRASIL; 2. HSL, BRASÍLIA - DF - BRASIL; 3. HRS, BRASÍLIA - DF - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O leiomioma é o tumor de músculo liso mais comum do estômago e representa 80% de todos os tumores gástricos estromais. Cerca de um terço destas neoplasias localizam-se na transição esôfago-gástrica (TEG) e frequentemente são assintomáticas ou oligossintomáticas. A ressecção cirúrgica pode ser necessária quando a lesão é grande ou está aumentando rapidamente.Relato do Caso: Paciente do sexo masculino, 37 anos, com história de nefrolitiase sintomática. Foi submetido a tomografia de abdome que identificou lesão nodular em pequena curvatura gástrica. Uma endoscopia digestiva alta (EDA) evidenciou lesão subepitelial em pequena curvatura gástrica, próxima à TEG, com 2,0 x 1,5 cm, endurecida, sugestiva de GIST. Eco-endoscopia realizada evidenciou lesão de 4 x 1,8 cm, compatível com tumor estromal gastro-intestinal. Foi submetido a gastrectomia parcial por videolaparoscopia e confecção de fundoplicatura parcial. Apresentou excelente recuperação pós-operatória, recebendo alta no 3o dia de pós-operatório. Análise histopatológica mostrou tratar-se de leiomioma. Seis meses após a cirurgia o paciente não apresenta disfagia ou pirose. EDA realizada não mostra sinais de recidiva.Conclusão: A ressecção laparoscópica de neoplasias ao nível da transição esôfago-gástrica é factível e segura. A correta identificação da TEG e a confecção de válvula antirefluxo são recomendadas para diminuir a probabilidade de estenoses ou esofagite no pós-operatório. A diferenciação histológica pré-operatória destas lesões nem sempre é possível.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2482

TÍTULO DO TRABALHO: Síndrome de Boerhaave - Relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESÔFAGO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FELIPE BRANDÃO MARTHON; BRUNO SUFFREDINI FIGUEIREDO; LUÍS ROBERTO MANZIONE NADAL; PRISCILA TELES ARCANJO NEVES. HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL (IAMSPE), SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A síndrome foi primeiramente descrita por Herman Boerhaave, em 1724 e, consiste em uma ruptura espontânea longitudinal e transmural do esófago. De todas as rupturas do trato gastrointestinal é a que apresenta a maior mortalidade. Relato: Relato de caso de um paciente, sexo masculino, 62 anos, avaliado no pronto socorro do Hospital do Servidor Público Estadual (HSPE - SP), com quadro de dor epigástrica, súbita, há 03 horas da admissão e com história de vômitos persistentes há 03 dias. Evoluiu com persistência da dor, mesmo após analgésicos, com piora progressiva, associado ao surgimento de enfisema subcutâneo da região cervical, torácica e instabilidade hemodinâmica. Após ressuscitação volêmica eficaz, realizada tomografia computadorizada evidenciando principalmente importante pneumomediastino no compartimento anterior. Foi submetido a laparotomia exploradora, com achado de perfuração esofágica e sendo necessária realização de toracotomia esquerda associado com esofagectomia subtotal, esofagostomia terminal e gastrostomia. Reinternado posteriormente para realizar reconstrução do trânsito com transposição colônica. Conclusão: A síndrome de Boerhaave agrega alta morbimortalidade e seu tratamento continua sendo um desafio aos cirurgiões.

CODIGO DO TRABALHO: 2429

TÍTULO DO TRABALHO: TERAPÊUTICA ENDOSCÓPICA DE ESTENOSE BENIGNA DO ESÔFAGO - RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESÔFAGO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DAVI BRAGA DE CARVALHO1; RAIMUNDO NONATO VAZ DE SOUSA FILHO1; ISADORA MARIA MATIAS BATISTA2; JOÃO ESTEVAM DA ROCHA FONSECA NETO1; LEONARDO FORTES GOMES1; DÉBORA SARA NEVES LIMA3; MIRNA KARINE DE BRITO MELO ESCÓRCIO2; RAISSA TECIA BRAGA DE CARVALHO2. 1. FACID, TERESINA - PI - BRASIL; 2. NOVAFAPI, TERESINA - PI - BRASIL; 3. BOVAFAPI, TERESINA - PI - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A etiologia mais comum de estenose benigna do esôfago é a estenose peptica. Sua fisiopatologia relaciona-se, na fase inicial, com o estreitamento da luz esofágica e, posteriormente, com deposição local de colágeno e formação de tecido fibrótico. 60-70% dos casos de estenose péptica decorrem de complicação da Doença do Refluxo Gastroesofágico. O tratamento de dilatação esofágica endoscópica com sonda de Savary-Gilliard tem se mostrado eficaz, sendo necessárias poucas sessões para remissão dos sintomas e baixa recorrência.Caso: Paciente sexo feminino, 82 anos, parda, com antecedentes de Doença de Alzheimer. Acamada há 1 ano, com internação por broncopneumonia e gastrostomia cirúrgica realizada há 1 ano. Nega etilismo, tabagismo, HAS, DM, uso de antiinflamatórios e AF Neoplasias. Apresenta desnutrição com peso de 41,2 Kg e IMC = 19,46 Kg/m. Relatou constipação, dor abdominal, regurgitações e náuseas, associados a perda ponderal desde que realizou a gastrostromia. Procurou o PS, por perda da sonda de gastrostomia e perda de 4,5kg/3m. Foi feita uma EDA que apontou estenose esofágica a 30 cm da ADS, com orifício puntiforme, intransponível ao gastroscópio e a SNE, e estase salivar importante que levava a quadros de broncoaspiração. A biópsia revelou esofagite crônica inespecífica com ausência de malignidade. A Tomografia de tórax mostrou espessamento parietal de esôfago distal, medindo cerca de 2 cm, associada a estasia importante a montante com acúmulo de material de estase. Optou-se por uma dilatação endoscópica com sondas de Savary ? Gilliard, e o procedimento transcorreu sem intercorrências. A paciente evoluiu satisfatoriamente, tendo alta hospitalar com prescrição de inibidor de bomba de prótons e procinéticos. A avaliação nutricional indicou necessidade de dieta enteral hipercalórica; a fonoaudiológica orientou manter dieta por sonda de gastrostomia, e em programa de reeducação alimentar. Segue em acompanhamento com a geriatra, e realizou duas novas sessões de dilatação endoscópica, mantendo a perviedade esofágica.Considerações finais: Nas estenoses pépticas do esôfago, a terapêutica com dilatação endoscópica com sondas de Savary?Gilliard é um procedimento eficaz, de baixo custo, fácil manuseio, e baixo índice de complicações.

CODIGO DO TRABALHO: 2957

TÍTULO DO TRABALHO: Tratamento Endoscópico de Caso Raro de Síndrome de Boerhaave

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESÔFAGO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANDRÉ JIN FUJIOKA1; THALINE BANDEIRA DE SOUZA1; BRUNO GALVAO PETRINI2. 1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. HOSPITAL SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LAVRAS, LAVRAS - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A Síndrome de Boerhaave(SB) ocorre em geral, após o aumento na pressão interna do esôfago precipitada durante o ato de vomitar, associada a abuso alimentar ou alcoólico prévio, e, em 77% dos casos, a uma incoordenação neuromuscular do músculo cricofaríngeo. Devido as manifestações clínicas variáveis, muitas vezes apresenta um diagnóstico tardio e sérias complicações preoces, tais como mediastinite e sepse. Objetivo: Revisar a literatura e descrever um caso clínico de SB tratado via endoscópica.Método: Paciente S.M., masculino, de 75 anos, estável, com lesões pulmonares hipodensas e bilaterais suspeitas a radiografia de torax, foi admitido para realização de broncoscopia ambulatorialmente. Durante broncoscopia diagnóstica, apresentou esforços eméticos e tosse após a introdução do broncoscópio, evoluindo com dor e distensão abdominal importantes, queda da saturação, taquicardia e enfisema subcutâneo extenso. Foi encaminhado a tomografia de torax e abdomen, que evidenciou um grande pneumoperitônio hipertensivo e pneumomediastino. Optado por cuidados intensivos onde foi feita descompressão abdominal por punção em hipocôndrio esquerdo e posterior abordagem endoscópica nas primeiras 2 horas do quadro. Durante inventário do esôfago foi observada perfuração de cerca de 2 cm de extensão, próxima a transição esófago-gástrica, sendo realizado tratamento endoscopico por fechamento da laceração com 5 clipes metálicos, e passagem de sonda nasoentérica (SNE) pós pilórica para nutrição. Obteve alta ao fim de antibioticoterapia e de IBP em dose dupla por 10 dias. Realizado acompanhamento durante 3 meses sem necessidade de outras intervenções cirúrgicas. Resultados: O tratamento recomendado para esta condição é a toracotomia com sutura primária da lesão, quando factível, com ou sem reforço local; o debridamento mediastinal e a drenagem pleural associados a gastrostomia. Sabe-se, entretanto, que uma das vantagens do reparo endoscópico da lesão é não envolver uma grande incisão, apresenta menores chances de complicações pós operatórias e rápida recuperação. Sendo assim, o tratamento endoscópico pode ser uma boa opção terapêutica. Conclusões: Considerando que a síndrome é tida como a perfuração mais letal do trato gastrointestinal, é importante estabelecer o diagnóstico, muitas vezes negligenciado, para que o tratamento menos invasivo seja precoce, a fim de ser reduzida a elevada taxa de mortalidade pré-operatória (em torno de 35 a 40%) e pós operatória.

CODIGO DO TRABALHO: 2467

TÍTULO DO TRABALHO: TRATAMENTO VIDEOLAPAROSCÓPICO DE LEIOMIOMA ESOFÁGICO: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESÔFAGO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FERNANDA SILVA CAMPOS1; PAULA ARAÚJO AUAD2; MARCIO RIVISON SILVA CRUZ3; JOHN THIERRY MARQUES DE JESUS2; WAGNER LUIZ LORA FILHO2; CARLA VIEIRA STRAUCH2; MARCUS DE ALMEIDA CORREIA LIMA2. 1. ESCOLA BAIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, SALVADOR - BA - BRASIL; 2. FACULDADE DE TECNOLOGIA E CIÊNCIAS, SALVADOR - BA - BRASIL; 3. UNIFACS, SALVADOR - BA - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Os tumores benignos do esôfago são raros. Dentre eles, o leiomioma é o mais comumente encontrado, apresentando incidência de 1:1000.000 habitantes. Acometem mais homens que mulheres, numa proporção de 2:1, com idades variando de 30 a 50 anos. O seguimento inferior costuma ser o mais afetado, sendo a porção intramural a mais acometida. A maioria possui crescimento intramural (97%) enquanto o restante possui aspecto poliploide (3%). Os pacientes costumam ser assintomáticos e, dentre os sintomáticos, a disfagia é o sintoma mais comum. A estratégia de tratamento para leiomiomas esofágicos é a ressecção cirúrgica nos casos de tumores sintomáticos ou maiores que 5cm. Objetivo: Relatar um caso de tumor benigno de esôfago tratado por videolaparoscopia. Relato de caso: Paciente de 33 anos, sexo masculino, com queixa de disfagia há seis meses. Após investigação clínica, o mesmo foi submetido a exames complementares como endoscopia digestiva alta (EDA), estudo radiológico do esôfago, estômago e duodeno (EREED) e tomografia computadorizada (TC) de tórax. Na EDA foi observada lesão submucosa, maior que 5cm, em esôfago distal, a cerca de 35cm da arcada dentária superior (ADS). A TC de tórax evidenciou espessamento parietal concêntrico e irregular do esôfago distal com redução do diâmetro luminal. O EREED mostrou alterações de preenchimento do 1/3 distal compatível com tumor, tendo sido indicado o tratamento cirúrgico. Foi realizada uma esofagectomia distal com anastomose primária por laparoscopia. O paciente evoluiu sem intercorrências, tendo recebido alta hospitalar no 7º dia pós-operatório. O exame anatomo-patológico evidenciou leiomioma esofágico. Paciente retornou 15 dias após a operação referindo apenas refluxo gastro esofágico, encontrando-se em uso de pantozol e motilium. Conclusão: O leiomioma esofágico é uma apresentação rara dos tumores de esôfago. Sua descrição na literatura é infrequente, com métodos operatórios pouco discutidos. A ressecção esofágica laparoscópica, apesar de tecnicamente mais complexa, é uma excelente opção como tratamento desse tipo de paciente.

CODIGO DO TRABALHO: 1357

TÍTULO DO TRABALHO: TUMOR DE CÉLULAS GRANULARES DE ESÔFAGO: RELATO DE CASO.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESÔFAGO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: HENRIQUE VALERIO DE MESQUITA; HERMANO AUGUSTO DE MEDEIROS JÚNIOR; LEANDRO DE SOUZA LEHFELD; TATIANA PASCHOALATO; GUSTAVO DA SILVEIRA TRINDADE; MURILO RODRIGUES DO CARMO; MURILO BARCELOS DE SOUZA; BRUNO FERNANDO BINOTTO; CIRO EDUARDO FALCONE. HOSPITAL RENASCENÇA CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O tumor de células granulares foi descrito pela primeira vez em 1926 por Abrikossoff. Pode surgir em qualquer órgão, sendo a língua, a pele e a glândula mamária os locais mais frequentemente atingidos. O envolvimento do tubo digestivo ocorre em cerca de 5% dos casos. Destes, um terço localizam-se no esôfago.Este relato tem como objetivo apresentar caso de tumor de células granulares de esôfago. RELATO DE CASO:Paciente do sexo masculino, 41 anos, raça branca, submetido a endoscopia digestiva alta por queixas dispépticas. Observou-se uma lesão elevada com 8 mm de diâmetro no terço inferior do esôfago, sendo realizada polipectomia. A histologia foi compatível com tumor de células granulares. Realizado exame imuno-histoquimico que confirmou o diagnóstico. A endoscopia de controle, realizada após 6 meses, não mostrou evidência de recidiva tumoral.Os tumores granulares com localização esofágica afetam predominantemente doentes do sexo masculino, com um pico de incidência entre a quarta e a sexta décadas de vida. Na sua maioria, são achados endoscópicos. O aspeto endoscópico habitual é o de um pólipo séssil, com dimensão inferior a 2 cm, de consistência dura e coloração amarelada, recoberto por mucosa normal e situado no terço distal do esófago. Histologicamente, são formados por grupos de células ovoides ou poligonais, com citoplasma eosinofílico, delimitados por septos de tecido conjuntivo, localizados na camada mucosa e submucosa. No estudo imuno-histoquímico, a proteína S-100 é o marcador mais característico, embora não específico. A maioria destes tumores é benigna, verificando-se um comportamento maligno em apenas 1-3% dos doentes. Não existem consensos quanto ao tratamento. A excisão, endoscópica ou cirúrgica, é considerada a terapêutica de primeira linha. A opção pelo tratamento endoscópico deverá ser reservada para tumores até dois centímetros e ausência de invasão da muscularis própria, associando-se, contudo, a um risco de recorrência de 5-10%. Alguns autores sugerem que lesões de menores dimensões e assintomáticas podem ser vigiadas por endoscopia.Face à sua raridade, não está estabelecida a periodicidade de vigilância após a ressecção destes tumores.CONCLUSÃO: Os tumores de células granulares de esôfago devem ser acompanhados e por ser patologia incomum tal seguimento ainda não possui consenso.

CODIGO DO TRABALHO: 1210

TÍTULO DO TRABALHO: ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO POR DIVERTICULITE DE MECKEL: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: SILAS SOARES CAVALCANTE1; ANA CARLA FRANCO UBINHA1; PAMELA SACALINA1; JOÃO PEDRO ROMERO BRAGA1; RODRIGO SADER HECK2; PAULA CRISTINA STEFFEN NOVELLI2; CIRO CARNEIRO MEDEIROS2; DANILO TOSHIO KANNO2. 1. UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOO divertículo de Meckel é um divertículo verdadeiro, originado pela persistência do ducto onfalomesentérico durante a gestação, podendo conter uma mucosa com tecido ectópico e usualmente localizado nos 60cm proximais à válvula ileocecal. Está presente em 2% da população, e na maioria dos pacientes o quadro é assintomático, principalmente em adultos. Cerca de 4 a 6,4% dos casos podem apresentar complicações, sendo a mais comum sangramento, incluindo também diverticulite, obstrução, intussepção. RELATO DO CASOPaciente, 28 anos, sexo feminino, com queixa de dor abdominal em cólica há 2 dias, acompanhada de vômito e parada de eliminação de gases e fezes. Apresentava-se desidratada, com abdome distendido e doloroso à palpação difusamente, sem sinais de peritonite. Radiografia de abdome identificou distensão e presença de nível hidroaéreo em delgado, com achado tomográfico de líquido livre na cavidade. Foi indicada laparotomia exploradora. Na avaliação intra operatória foi identificado um divertículo de Meckel aderido à parede abdominal anterior, com uma porção do íleo herniada pelo orifício formado, sendo realizada enterectomia com anastomose primária. Paciente evoluiu bem, com alta hospitalar no 5º dia pós-operatório.CONCLUSÃOA apresentação clínica com padrão obstrutivo para a diverticulite de Meckel é rara, sendo de difícil diagnóstico. A tomografia pode auxiliar no diagnóstico e nas possíveis complicações do divertículo em casos de abdome agudo obstrutivo de etiologia não determinada.

CODIGO DO TRABALHO: 741

TÍTULO DO TRABALHO: Abdome Agudo Obstrutivo; Bolo de ascaris

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JULIANA CARREIRO CARVALHO1; TÁSSYLLA CAROLINE FERREIRA PEREIRA2; OSMAR GOMES CARVALHO JÚNIOR2; JESSIKA RODRIGUES TAUHATA3; PATRICK NUNES BRITO2; GABRIELA CARVALHO NOBRE2; JESSICA DA SILVA ALVES2; THIAGO PEREZ LEITÃO MACIEL2. 1. INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS, IMPERATRIZ - TO - BRASIL; 2. ITPAC, ARAGUAINA - TO - BRASIL; 3. TO, ARAGUAINA - TO - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A ascaridíase é a helmintíase de maior incidência e prevalência do mundo e atinge, principalmente, a faixa etária pediátrica. A complicação mais comum dessa parasitose é a obstrução intestinal, que geralmente ocorre no íleo terminal ou na válvula íleo-cecal. RELATO DE CASO:Criança chega ao HGE com quadro de distensão abdominal há 04 dias, evoluindo com vômitos, febre, dispnéia e saída de áscaris por orifício anal há 01 dia, foi deixada em observação,apresentando nas 12 horas seguintes queda do estado geral, palidez cutâneo-mucosa, toxemia, oligúria e vômitos com a presença de áscaris. Após avaliação clínica do cirurgião pediátrico, a paciente foi encaminhada ao centro cirúrgico para realização de uma laparotomia de urgência. No ato operatório foi evidenciado volvo de íleo, com necrose de cerca de 02 metros, porém sem perfuração, iniciado a cerca de 30cm da válvula íleo-cecal. Também foi vista grande quantidade de vermes impactadas no jejuno proximal (até o ângulo de Treitz) e no íleo terminal. Foi realizada ressecção ampla de íleo, com anastomose término-terminal em plano único. Após o ato operatório, a paciente foi encaminhada a UTI pediátrica, recebendo alta após 10 dias da cirurgia. Considerações finais: Ao deparar-se com um caso de infestação maciça por áscaris associado a sinais de abdome agudo, como no presente relato, deve-se levantara hipótese de obstrução intestinal por bolo de áscaris. Na sub-oclusão intestinal por áscaris os pacientes apresentam sinais e sintomas inespecíficos. Saber diferenciar essas duas patologias é de extrema importância, visto que o tratamento da obstrução é exclusivamente cirúrgico enquanto o da sub-oclusão é clínico.

CODIGO DO TRABALHO: 2344

TÍTULO DO TRABALHO: ABDOME AGUDO PERFURATIVO POR ESPINHO DE PEIXE ? Relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BRUNA CARRARA CAPARELLI1; ANA CLARA SILVA E DEUS2; MARIANNA CABRAL DE JESUS2; DARLAN PEREIRA BRITO2; FABIO AUGUSTO BRASSAROLA2; FERNANDO CESAR FERREIRA PINTO2; LEONARDO CASTRO MARINZECK2; OCTAVIO ASSUMPÇÃO FAGUNDES DE MACEDO3. 1. UNAERP, RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL; 2. UNAERP, RIBEIRAO PRETO - SP - BRASIL; 3. INSTITUTO DE CIRURGIA DE RIBEIRAO PRETO, RIBEIRAO PRETO - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO Quadros abdominais dolorosos, súbitos ou progressivos, não traumáticos, conhecidos como abdome agudo, correspondem a 10% dos atendimentos de emergência. Englobam uma variedade de etiologias, dentre elas a perfurativa. A perfuração de vísceras ocas pode decorrer da ingestão de corpos estranhos. Dentre esses corpos estranhos, não é incomum a ingesta de espinho de peixe, que pode causar lesões em órgãos do trato gastrointestinal, sendo a perfuração uma complicação preocupante. A abordagem terapêutica é cirúrgica e deve ser feita o mais precoce possível, pois a mortalidade da perfuração visceral encontra-se entre 8 a 10%.RELATO DE CASO Paciente I.V.C., feminino, 48 anos, do lar, solteira, procura atendimento com queixa de dor abdominal difusa há sete dias, iniciada após ingestão de peixe. Negou náusea, vômito, febre. Refere fazer acompanhamento psiquiátrico para síndrome do pânico e depressão. Nega cirurgias prévias, tabagismo e etilismo. Ao exame abdominal apresentava abdome semigloboso, ruídos hidroaéreos presentes e hipoativos, tenso, com dor intensa à percussão e à palpação de abdome superior e sinais de peritonite. Exames laboratoriais apresentavam-se dentro dos padrões de normalidade. Realizada tomografia computadorizada de abdome que evidenciou densificação de gordura adjacente a curvatura maior do estômago e antro gástrico, associado a espessamento parietal e linfonodo inframesentérico. Laudo radiológico interrogou provável neoplasia gástrica. Durante avaliação do caso, foi levantada hipótese diagnóstica de abdome agudo perfurativo devido espinho de peixe. No segundo dia de internação, paciente foi submetida a uma laparotomia exploradora, em que foi identificada uma perfuração em região antro-pilórica tamponada por um abscesso intracavitário. Como causa da perfuração, foi encontrado um espinho de peixe, que estava retido interior do estômago. A cirurgia ocorreu sem nenhuma intercorrência. Após oito dias de internação, paciente teve uma boa evolução, recebeu alta hospitalar e foi encaminhada para seguimento em ambulatório de cirurgia geral. CONCLUSÃO O abdome agudo perfurativo e? a terceira si?ndrome abdominal aguda mais frequente. Os dados da história clínica e do exame físico definem ou sugerem o seu diagnóstico. Após um exame de imagem confirmatório, o tratamento é cirúrgico. O progno?stico depende do local e da causa da perfurac?a?o, do tempo de evoluc?a?o da doenc?a, da idade e de condic?o?es locais da cavidade e siste?micas do doente.

CODIGO DO TRABALHO: 2686

TÍTULO DO TRABALHO: Abdome agudo perfurativo por GIST de ileo terminal

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MAITE MAZIERO AFONSO1; FELIPE RICARDO GRANZOTTO2; JOÃO PAULO DE OLIVEIRA MEDICI2; JOSE FRANCISCO DE MATTOS FARAH2; JOSÉ CARLOS S. P. FILHO2; RENATO ARIONI LUPINACCI2; JOSÉ RICARDO W. RISTOW1; ANDRÉ AUGUSTO CASTELLO ANDRADE1. 1. UNIVERSIDADE CIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL (HSPE), SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO Embora os tumores estromais do trato gastrointestinal(GIST) correspondam a apenas 0.4-3% de todas as neoplasias gastrintestinais, estima-se que represente 80% dos tumores mesenquimais deste trato.Afetam principalmente a região gástrica (cerca de 50-60% dos casos),seguida por intestino delgado(30-35%),cólons e reto(5%) e esôfago(RELATO DE CASO Paciente do sexo masculino,48 anos,admitido no pronto-socorro de Cirurgia Geral queixando-se de dor abdominal súbita de início há 12 horas da admissão,forte intensidade e difusa, associada a náuseas.Ao exame inicial apresentava-se taquicárdico,normotenso e consciente.Sinais de irritação peritoneal presentes,refratários a analgesia otimizada.Radiografias de abdome em decúbito e ortostase constataram pneumoperitônio, e o hemograma admissional com importante leucocitose. Demais exames bioquímicos dentro da normalidade.Após tratamento cirúrgico indicado foi revelada lesão neoplásica em íleo terminala 20cm da válvula íleo-cecal, acompanhada de fibrina e perfuração,que levou à peritonite difusa. Foi instituída como terapêutica a enterectomia com entero-anastomose grampeada, o material excisado foi enviado ao estudo.A análise anatomopatológica evidenciou resultado de GIST de intestino delgado,confirmado por imunohistoquímicaCONCLUSÃO A dificuldade de diagnóstico de GIST deve-se à sua clínica inespecífica, à raridade da doença, e ao fato de muitos casos apresentarem-se de forma assintomática.Atualmente os métodos radiológicos são insuficientes para a conclusão diagnóstica,tornando essenciais os achados ultraestruturais do tecido.Esta investigação é feita através de marcadores imuno-histopatológicos,que tornaram o manejo da doença mais preciso e eficaz,já que cerca de 95% têm expressão da proteína KIT(CD117).A maioria dos pacientes(80-85%) apresenta-se como doença localizada ao diagnóstico.Seu prognostico é relacionado ao tamanho,atividade mitótica e sitio primário.Devido a baixa incidência e alta variabilidade em suas formas de apresenção,faz-se necessário um alto indice de suspeição, visando um diagnóstico definitivo e instituição da terapia adequada em tempo oportuno.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2655

TÍTULO DO TRABALHO: ABORDAGEM CIRÚRGICA DA ÚLCERA POR ESTRESSE EM PACIENTE PEDIÁTRICO: RELATO DE CASO.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DEBORAH MACÊDO RIGONI PRANDINI; YASMIN BIONE DINIZ; PATRÍCIA ALVES MANGUEIRA; CAMILA MONTEIRO DA ROCHA; RONE ANTONIO ALVES ABREU; OTÁVIO LIMA DE ARRUDA JÚNIOR; LILIAN CRISTHIAN FERREIRA DOS SANTOS ROCHA; NATÁLIA LUDMILA CANÊDO LOPES. INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS, ARAGUAÍNA - TO - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Os pacientes criticamente doentes correm o risco de desenvolver lesão da mucosa relacionada ao estresse (LMRE), levando a um aumento de morbidade e mortalidade. Nos pacientes pediátricos, a prevalência de sangramento relacionado com a úlcera de estresse varia de 6 a 43%. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de úlcera por estresse em paciente pediátrico.CASO CLÍNICO: DGBV, 14 anos, masculino, pardo, previamente hígido, internado na unidade hospitalar devido a um quadro de trombose venosa profunda em membro inferior esquerdo evolui no 4º dia de internação hospitalar (DIH) com queda do estado geral, hipertermia de 38°C, taquicardia. Ao exame encontrava-se hipocorado e com abdome rígido e doloroso difusamente à palpação superficial e profunda, com sinais de irritação peritoneal. No 5º DIH foi avaliado pelo serviço de cirurgia geral que interpretou o quadro como abdome agudo cirúrgico. Foi encaminhado ao centro cirúrgico, onde foi submetido a Laparotomia exploradora (LE) que evidenciou grande quantidade de secreção entérica na cavidade, úlcera gástrica pré pilórica perfurada (confirmada por biópsia) de +- 4,0 cm em parede anterior, sendo realizada antrectomia usando grampeador linear 70mm, Gastroenteroanastomose em Y de Roux, limpeza exaustiva da cavidade e drenagem da cavidade com drenos túbulo-laminares. Iniciou-se antibioticoterapia com ceftriaxona, metronidazol e vancomicina. A cultura de líquido entérico evidenciou presença de Candida tropicalis e a hemocultura evidenciou S. aureus. Paciente permaneceu na UTI até o 14º dia pós operatório (DPO) e no 15º DPO evoluiu com hipersensibilidade à palpação superficial difusa de abdome e intercala o quadro com ausência de queixas e sem alterações ao exame físico abdominal durante 12 dias. No 26° DIH, houve piora do quadro e foi submetido a novo procedimento cirúrgico de LE, onde foi encontrado grande quantidade de aderências em cavidade, distensão de alças de delgado e cólon e abscesso em hipocôndrio direito de aproximadamente 200ml sendo realizado drenagem de abscesso, lise de aderências e vagotomia troncular bilateral associado a colocação de drenos de penrose bilateralmente. Paciente necessitou de suporte clínico em UTI para tratamento.CONCLUSÃO: Diante disso, o melhor tratamento para a úlcera péptica perfurada é aquele que leva em conta o tipo de perfuração, as condições clínicas do doente, as condições locais da cavidade abdominal e a experiência do cirurgião na realização da gastrectomia.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 350

TÍTULO DO TRABALHO: Abordagem cirúrgica e diagnóstica atual do adenocarcinoma gástrico: revisão bibliográfica

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MATHEUS LOPES PULS1; SÉRGIO MATTOS PULS2. 1. UNIVERSIDADE DE ARARAQUARA, ARARAS - SP - BRASIL; 2. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ARARAS, ARARAS - SP - BRASIL.

RESUMO:
O câncer gástrico é, no Brasil, o quarto tumor maligno mais frequente entre homens e sexto entre mulheres, sendo o adenocarcinoma o tipo histológico mais comum. A infecção por H. pylory, associado a características nutricionais, ambientais e sociais são fatores de risco. Apesar de fisiopatologia bem estabelecida, pode apresentar sintomas inespecíficos, como indigestão e dor epigástrica, sendo o diagnóstico precoce essencial e o tratamento criterioso. Sendo assim, o objetivo desta revisão bibliográfica foi descrever a abordagem diagnóstica e cirúrgica atual para tratamento do adenocarcinoma gástrico. Buscou ? se artigos nas bases de dados Medline (acessada via Pubmed), SciELO, Scopus e biblioteca Cochrane utilizando como descritores Gastric Adenocarcinoma, Gastric Cancer, Gastric Neoplasia, Managment, Treatment, Surgical, Tests e Diagnosis. Realizou-se a seleção inicial dos artigos com base nos títulos e resumos e, após verificação do conteúdo apropriado, buscou-se o texto completo, não havendo critério de exclusão quanto ao tipo do estudo. Obteve ? se 137 artigos do período de 2012 a 2017 e, destes, selecionaram ? se 41 artigos que respondiam satisfatoriamente os objetivos deste trabalho. Foram priorizados os artigos mais atuais, de mais alto fator de impacto e nível de evidência, como revisões sistemáticas. O padrão ouro para diagnóstico em 2017 continua sendo a endoscopia digestiva alta com sete ou mais biópsias acrescidas de citologia por escovação coletadas ao redor da cratera ulcerosa. A radiografia gastrointestinal com duplo contraste de iodo pode ser utilizada, embora seja incapaz de distinguir úlceras benignas de malignas. Esofagogastroduodenoscopia, Ultrassonografia endoscópica e Tomografia Computadorizada são exames auxiliares. A escolha efetiva do tratamento cirúrgico deve ser adaptada ao local e extensão da neoplasia. A ressecção cirúrgica agressiva é indicada na ausência de metástases. Estudos demonstraram que a gastrectomia total apresenta menor morbidade, mortalidade e desenvolvimento de síndrome de Dumping que a ressecção gástrica proximal, ambas indicadas em lesões proximais. Para distais com que possam possuir margem de ressecção negativa, a gastrectomia subtotal é indicada. A gastrectomia total é, portanto, apropriada quando não se pode obter margem de ressecção negativa. Para melhor assistência e prognósticos de pacientes com adenocarcinoma gástrico, o conhecimento diagnóstico e cirúrgico de profissionais é essencial.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 648

TÍTULO DO TRABALHO: Acometimentos incomuns de GIST: Extra gastrointestinal com recidiva em delgado e reto.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CELENE BENEDITI BRAGION; ADRIELI HELOISA CAMPARDO PANSANI; IGOR ARANTES DE OLIVEIRA GÓES; CIRO CARNEIRO MEDEIROS; PAULA CRISTINA STEFFEN NOVELLI; DANIELA TIEMI SATO; MURILO ROCHA RODRIGUES; JULIANO NORONHA. HUSF, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL.

RESUMO:
O GIST é um tumor relativamente raro do trato gastrointestinal, cujo maior acometimento se dá no estômago e intestino delgado. Dos tumores retais, este tumor representa apenas 0,6% de todos os casos. Seu acometimento extra gastrointestinal se torna uma entidade rara uma vez que corresponde a apenas 5-7% dos casos de GIST. Apresentamos um caso de manifestação primária extra gastrointestinal com recidiva em dois focos concomitantes: intestino delgado e reto. LGM, 61 anos, vem encaminhado de outro serviço, onde deu entrada devido à dor em FID e constipação há 10 dias. No serviço de origem, foi submetido a clister de alívio, e a exame de imagem. TC de abdome evidenciou massas intra-abdominais bem delimitadas, com aspecto heterogêneo, predominantemente hipodensas, medindo 8,6cm (FID) e 12,5cm em pelve, com conteúdo de tecido adiposo de permeio. Além de imagens nodulares adjacentes, de até 3,8cm compatíveis com linfonodos. AP: Cirurgia há oito anos devido a neoplasia, cuja biópsia revelou ser de células fusiformes intraperitoneal com imunohistoquímica positiva para GIST. Ao exame: REG, abdome com defesa voluntária, impossibilitando adequada palpação. TR: massa pélvica extensa, extrínseca e fixa. Paciente foi submetido a exames de estadiamento e pré-operatórios. Colonoscopia apresentou progressão incompleta, com estreitamento em topografia de cólon descendente, sem lesões intraluminais, sugestivo de compressão extrínseca. PET revelou acentuado hipermetabolismo, com nódulos abdominais e nódulos subpleurais em lobo médio D, compatíveis com acomentimento secundário. Realizada BX laparoscópica com confirmação diagnóstica de GIST, sendo então encaminhado para tratamento quimioterápico com imatinib. Após 3 meses paciente interna em nosso serviço devido a abdome agudo obstrutivo, sendo então submetido à laparotomia exploradora, sendo optado, no intra operatório, por realização de citorredução. O paciente recebeu alta no 10º PO e foi encaminhado novamente para tratamento com Imtinib. Importante ressaltar neste a rara apresentação da patologia, com manifestação primária em local pouco usual e metástase em dois pontos concomitantes, sendo um deles, com baixíssima incidência de GIST.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 657

TÍTULO DO TRABALHO: Adenocarcinoma de duodeno: uma neoplasia rara e de prognóstico sombrio.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOÃO CARLOS GEBER JÚNIOR1; ROBERTO HEBER LOPES DE CARVALHO1; SUELLEN VIEIRA DA SILVA2; BRUNO LELITSCEW DA BELA CRUZ FARIA3; RENATO COSTA SOUSA3; ANDRE LUIS DE AQUINO CARVALHO3. 1. ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, BRASÍLIA - DF - BRASIL; 2. HOSPITAL REGIONAL DE SOBRADINHO, SOBRADINHO - DF - BRASIL; 3. HOSPITAL REGIONAL DA ASA NORTE, BRASÍLIA - DF - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Embora o intestino delgado corresponda a 75% de todo o trato gastrointestinal (TGI) e aproximadamente 90% da superfície da mucosa intestinal, o câncer de intestino delgado é raro e responde por menos de 5% dos cânceres do TGI, com predomínio de quatro tipos histológicos: adenocarcinomas, tumores neuroendócrinos, estromais e linfomas. Os adenocarcinomas de intestino delgado (AID) respondem por 40% de todos os cânceres de intestino delgado e sua incidência varia geograficamente com taxas elevadas na América do Norte e com baixas taxas em países asiáticos. Entidades como poliposes familiares, síndromes familiares não-poliposes e doença inflamatória intestinal estão associadas aos AID. O quadro clínico é frustro e não há manifestações até que a lesão tenha tamanho suficiente para causar sinais e sintomas de obstrução intestinal ou sangramento digestivo. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de adenocarcinoma de duodeno em paciente adulto sem morbidades evidentes. Relato de caso: MAA, masculino, 44 anos, admitido com quadro de sintomas dispépticos com 6 meses de evolução. Havia antecedentes de etilismo (>50g/dia) e história positiva para câncer de intestino não especificado em familiar de segundo grau. Inicialmente foi tratado para doença do refluxo gastroesofágico sem melhora. O quadro evoluiu com piora e associação a obstrução intestinal alta e perda ponderal involuntária. Endoscopia digestiva alta mostrou lesão tumoral em papila duodenal maior cuja a análise histopatológica demonstrou adenocarcinoma usual bem diferenciado. Tomografias de abdome e tórax com contraste evidenciaram metástases hepáticas (5 lesões) e pâncreas com aumento do processo uncinado com tecido envolvendo origem da artéria mesentérica superior e metástases pulmonares (múltiplas lesões), respectivamente. Após estadiamento tumoral (estágio IV e lesão irressecável), optou-se por cirurgia paliativa ? gastrojejunostomia ? realizada sem intercorrências. O paciente está em seguimento ambulatorial oncológico e aguarda resultado de marcadores tumorais e imunohistoquímica para início de terapia adjuvante. Conclusão: Adenocarcinomas de duodeno são neoplasias extremamente raras e de prognóstico pobre devido ao atraso diagnóstico ainda em estágios iniciais. A conduta cirúrgica pode ser curativa em estágios inicias (pancreatoduodenectomia) ? e está formalmente contraindicada quando há metástase à distância ? ou paliativa (com vistas à desobstrução intestinal) em tumores irressecáveis.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 507

TÍTULO DO TRABALHO: Adenocarcinoma de intestino delgado: Relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PAULO SERGIO FALCHI JUNIOR; ALINE TROVÃO QUEIROZ; FERNANDA FIGUEIRA FEIJÓ; RAFAEL NETO PEREIRA; JOÃO PAULO ANTUNES DE SOUZA; GABRIEL OLIVEIRA LEITE DE OLIVEIRA; ANDRÉ LUÍS YAMAMOTO NOSE; MARCIO ALEXANDRE TERRA PASSOS. UNIVERSIDADE SEVERINO SOMBRA, VASSOURAS - RJ - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Apesar de representar cerca de 75% de todo tubo digestivo, são raras as neoplasias malignas que se instalam no intestino delgado, totalizando 2% de todos os tumores do trato gastrointestinal, e apenas 0,1 a 0,3% de todas as neoplasias malignas. Hoje, mais de 40 tipos histopatológicos diferentes de neoplasias de intestino delgado são conhecidas, contudo, adenocarcionomas, tumores estromais gastrointestinais, carcinomas e linfomas representam 95% de todos os casos. O diagnóstico, geralmente é tardio, consequência da baixa suspeição clínica e à sintomatologia inespecífica. O tratamento inclui ressecção cirúrgica, apresentando uma taxa de sobrevida em cinco anos de 20% a 30%.Relato de caso: C.G.M, feminina, 73 anos, admitida no Hospital Universitário Sul Fluminense com queixa de dor abdominal difusa, tipo cólica, associada a parada de eliminação de flatos e fezes e um episódio de vômito. Relata perda ponderal importante nos últimos meses. Abdome distendido, timpânico, doloroso a palpação superficial e profunda, com peristalse diminuída e sem sinais de irritação peritoneal. Toque retal evidenciou ausência de fezes em ampola. Apresentava leucocitose com desvio à esquerda no exame laboratorial. Foi submetida a laparotomia exploradora que evidenciou ileíte com áreas de fibrose com suboclusão e áreas de hipofluxo na alça intestinal, além de múltiplos linfonodos no mesentério. Realizado enterectomia com anastomose. Biopsia da peça cirúrgica evidenciou tumor carcinóide com infiltração transmural e metástase para um linfonodo mesentérico. Paciente evoluiu para óbito após 3 meses em decorrência de uma sepse de origem pulmonar adquirida na UTI.Conclusão: A baixa prevalência do adenocarcinoma de intestino delgado, associada à sintomatologia escassa e inespecífica, contribui para o atraso diagnóstico e por muitas vezes impossibilita uma abordagem cirúrgica curativa. Nesse contexto, o diagnóstico precoce e os avanços no tratamento podem, portanto, melhorar a sobrevida nesse tipo de câncer.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2506

TÍTULO DO TRABALHO: ADENOCARCINOMA DE JEJUNO CURSANDO COM HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA - RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GUSTAVO DE BARROS PENA RIBEIRO PAIVA; JOAO PAULO BARBOSA DE OLIVEIRA; BRENNO IVO SOARES SANTOS; MARCOS VINICIUS PASSOS RODRIGUES SILVINO; BRUNO DE MELO VELOSO COUTO; ITHALO RODRIGO MEDEIROS ARAUJO DE LIMA; FELIPE BRANDÃO MARTHON. HSPE, SAO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO O Intestino delgado é responsável pela maior parte do comprimento e superfície do trato gastrointestinal. Não obstante, ele é um raro local para o desenvolvimento de doença neoplásica, uma vez que apenas de 2 a 3% dos tumores gastrointestinais se originam no duodeno, jejuno ou íleo[1]. Devido sua baixa incidencia e dificuldade diagnostica, costuma iniciar suas manifestaç?es com uma complicação aguda da doença e muitas vezes em um estágio avançado, cursando com doença metastática[2]. RELATO DO CASO CLÍNICO Paciente, L.C., 59 anos, portadora de hipertensão e diabetes, sem cirurgias prévias. Procurou o pronto socorro do HSPE com queixa de diarreia sanguinolenta, sendo internada pela clínica médica, com diagnóstico de gastroenterite infecciosa e insuficiência renal aguda pré renal por desidratação. Recebeu antibioticoterapia venosa por 3 dias e após, alta com antibióticos via oral. Desde a alta referia hiporexia, adinamia, vômitos e perda de peso. Aproximadamente 10 kg em 2 meses. Retornou ao pronto socorro com quadro de vômitos biliosos incoercíveis, sendo internada novamente. Na internação evoluiu com quadro de hemorragia digestiva baixa. Realizados endoscopia (sem alterações) e colonoscopia (que mostrava um pólipo pediculado de 2 cm em colón sigmoide), sem sinais de sangramento. Paciente persistiu com quadro de enterorragia recebendo aproximadamente 5 concentrados de hemácias e apresentou quadro de instabilidade hemodinâmica. Realizado arteriografia que não identificou o ponto de sangramento. Foi indicado laparotomia exploradora. No intra-operatório foi achado uma lesão em jejuno a aproximadamente 70 cm do ângulo de Treitz e realizado enterectomia com anastomose termino terminal. Paciente evoluiu bem após a cirurgia. No 8º dia de pós-operatório apresentou afasia súbita, realizada TC de crânio que evidenciou 2 lesões cerebrais em região insular esquerda e de fossa posterior sugestivas de metástases. Paciente foi transferida aos cuidados da neurocirurgia que optou por tratamento paliativo. O anatomopatológico da peça confirmou que se tratava de adenocarcinoma CONCLUSAO A baixa prevalência e a sintomatologia inespecífica podem justificar o atraso diagnóstico e, consequentemente, o prognóstico ruim para estes pacientes.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1998

TÍTULO DO TRABALHO: ADENOCARCINOMA DE ÚRACO: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ROLANDO GUTIERREZ ROSALES1; TÁSSYLLA CAROLINE FERREIRA PEREIRA2; FIAMA VIANA DO VALE2; JHONATA DE SOUZA MACIEL2; PATRICK NUNES BRITO3; OTÁVIO LIMA DE ARRUDA JÚNIOR2; DÉBORA COELHO DUARTE2; NADER NAZIR SULEIMAN2. 1. ITPAC ARAGUAINA, ARAGUAINA - TO - BRASIL; 2. ITPAC, ARAGUAINA - TO - BRASIL; 3. ITPAC, BRASIL - TO - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O úraco é um canal que mede de 5 a 10 cm e se comunica com o alantóide para formar a bexiga primitiva, ainda no período embrionário. É formado por três estruturas: lúmen, camada submucosa e muscular lisa. A obliteração progressiva do lúmen forma o ligamento mediano, que une o domo vesical ao umbigo. Anormalidades nesse processo originam diversas patologias, como os carcinomas Usualmente, esses tumores não são diagnosticados precocemente, visto a parcimoniosa sintomatologia que, quando presente, nas fases mais avançadas da doença, se expressa por sinais e sintomas consequentes ao comprometimento da bexiga e/ou por dor ou massa suprapúbica. Neste trabalho, foi relatado o caso de um paciente de 48 anos com massa abdominal, hematúria macroscópica e perda ponderal com evolução de 1 ano. Relato do caso: Homem, 48 anos, história de desconforto e aumento de volume progressivo em baixo ventre, hematúria, perda de peso e queda do estado geral há um ano. Ao exame: massa palpável em mesogástrio e hipogástrio, pouco dolorosa e fixa. A TC abdominal demonstrou massa tumoral pélvica de aspecto neoplásico, realce heterogêneo na zona de transição entre o úraco e o domo vesical, próximo à parede abdominal inferior. Foi submetido à laparotomia exploradora que revelou volumosa tumoração pélvica envolvendo parede abdominal inferior, bexiga e púbis com carcinomatose peritoneal extensa (estádio IV). A biópsia da tumoração revelou ?Adenocarcinoma de úraco moderadamente diferenciado?. Recebeu alta no 5° DPO e foi encaminhado para a oncologia clínica onde recebeu um ciclo de quimioterapia paliativa evoluindo com queda progressiva do estado geral e óbito após 33 dias. Conclusão: O prognóstico do carcinoma de úraco é ruim e isso se deve ao diagnóstico realizado geralmente em fase avançada da doença. Além disso, as altas taxas de recidiva local e à distância (fígado, pulmão, ossos, peritônio e linfonodos) são frequentes mesmo nas lesões ressecáveis). Os protocolos de tratamento nos estágios avançados com quimioterapia e radioterapia tem pouca eficácia. A sobrevida geral livre de doença em 5 anos é de 43-70%.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1476

TÍTULO DO TRABALHO: ADENOCARCINOMA GÁSTRICO E TUMOR ESTROMAL (GIST) EM DELGADO SINCRÔNICOS: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CRISLANNY REGINA SANTOS DA SILVA1; GEORGE ALEXANDRE LIRA2; ISA MARYANA ARAUJO BEZERRA DE MACEDO3; MAYARA PINHEIRO DE MOURA RODRIGUES3; AMANDA COELHO XAVIER4; FRANCIELLY TERTULINO CUNHA3; BRUNA SALES NEVES1; MAYANE ABRANTES VERAS DE FREITAS3. 1. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. CIRURGIÃO ONCOLÓGICO NA LIGA NORTE RIOGRANDENSE CONTRA O CÂNCER, NATAL - RN - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE POTIGUAR, NATAL - RN - BRASIL; 4. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOAO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Os Tumores Estromais Gastrointestinais (GIST) são neoplasias raras e pouco descritas na literatura, sua localização mais frequente é no estômago correspondendo a 1% das neoplasias gástricas. Ao contrário dos adenocarcinomas (ADC), os GISTs não apresentam fatores predisponentes identificados e existem poucos relatos na literatura de sua ocorrência sincrônica com outros tumores originários do trato gastrointestinal (TGI), sendo, na maioria dos casos, achados intra-operatórios ou durante exame macroscópico. No TGI, podem estar situados desde o esôfago até o canal anal, sendo mais comum no estômago (55%), seguidos pelo intestino delgado (25%) e grosso (10%). RELATO DE CASO: J.F.D.S, masculino, 73 anos, admitido com queixa de epigastralgia há 2 anos, perda ponderal e vômitos pós-pandriais. Tabagista há 40 anos, 20 maços-anos, etilista há 30 anos. Ao exame: bom estado geral, hipocorado (+/+4), emagrecido. Abdome aumentado de volume em região epigástrica, sem nódulos palpáveis. Endoscopia digestiva alta: esofagite não erosiva. Biopsia (BX) evidenciou: ADC de antro. Foi submetido à gastrectomia subtotal com linfadenectomia a D2 e anastomose esôfago-jejunal em Y-de-Roux. Ressecção de lesão nodular, 2cm, na borda antemesentérica do jejuno com rafia do delgado. Cirurgia sem intercorrências. Alta hospitalar no 12º dia pós-operatório (PO). Anatomopatológico: ADC misto intestinal com células em anel de sinete e mucinoso, infiltrando até a camada serosa perineural, com invasão vascular presente e margens livres. Apresentou 1 linfonodo com metástase dos 41 retirados. Estadiamento: pT3N1. A lesão do delgado evidencia neoplasia de células fusiformes. Solicitado imunoistoquímica (IMH) do intestino delgado para definir histogênese, cujo resultado evidemciou GIST, nódulo único bem delimitado. Encaminhado à Oncologia Clínica e Radioterapia (RTX) para tratamento adjuvante. Evoluiu sem evidência de doença, queixando-se de insônia e hiporexia. Perdeu seguimento 3 anos após primeira consulta. CONCLUSÃO: Existem poucos exemplos de casos em que houve o desenvolvimento de ADC gástrico e GIST, sendo a maioria dos achados intra-operatórios ou decorrentes do exame mascroscópico. Ademais, pacientes com GIST sincrônico com outras neoplasias gastrointestinais apresentam pior prognóstico. Estudos adicionais são necessários para elucidar os mecanismos moleculares e genéticos exatos subjacentes à carcinogênese e progressão associando GISTs com tumores gastrointestinais.

CODIGO DO TRABALHO: 2137

TÍTULO DO TRABALHO: Adenocarcinoma mucinoso de apêndice como achado incidental pós trauma ? Relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOAO GUILHERME CAVALCANTI KRIEGER1; KETHERYN ADNA SOUZA ALMEIRA1; VANDO DE SOUZA JUNIOR2; RAUL CAYE ALVES JÚNIOR2. 1. HOSPITAL MUNICIPAL SÃO JOSÉ, JOINVILLE - SC - BRASIL; 2. HOSPITAL MUNICIPAL SAO JOSÉ, JOINVILLE - SC - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Neoplasias mucosas de apêndice são afecções raras, correspondendo a menos de 0.3% das causas de apendicectomias. Descritas originalmente por Rokitansky, em 1842, são divididas histologicamente entre mucocele simples; hiperplasia focal sem atipia, cistoadenoma mucinoso (63-84%) e cistoadenocarcinoma. Geralmente, ocorrem em mulheres (3:1), acima de 55 anos. O quadro clinico geralmente é inespecífico, sendo a maioria assintomática, diagnosticada acidentalmente durante uma cirurgia abdominal. Pela sua baixa prevalência, inespecificidade na apresentação clínica, laboratorial e de imagem, esses tumores são raramente diagnosticados no período pré-operatório, sendo necessário o exame anatomopatológico e imunohistoquímico para confirmação diagnóstica. Relato de caso: O presente trabalho relata o caso de paciente do sexo feminino, 64 anos, encaminhada Pronto Socorro do Hospital Municipal São José devido dor em abdome inferior, distensão abdominal e sudorese iniciada há poucas horas subitamente. Atendida previamente há cerca de 20 dias devido trauma automobilístico (16/11/16), sendo realizada drenagem torácica fechada à esquerda devido pneumotórax e tratamento conservador de lesão esplênica. Realizou nova tomografia de abdome em 04/12/2016 que evidenciou aumento de líquido livre em cavidade abdominal. Opta-se por esplenectomia, apendicectomia e biópsias múltiplas peritoneais, devido achados sugestivo de pseudomixoma peritoneal, confirmado por anatomopatológico como Adenocarcinoma Mucinoso de apêndice, com presença de mucina acelular nas amostras peritoniais, indicando disseminação pela cavidade abdominal da neoplasia de baixo grau (pseudomixoma peritonei de baixo grau). Paciente em acompanhamento ambulatorial aguardando cirurgia citorredutora e quimioterapia hipertérmica. Conclusão: As neoplasias mucinosas de apêndice são eventos raros, muitas vezes diagnosticados acidentalmente durante laparotomia exploradora ou exames de imagem. A ressecção cirúrgica é o tratamento de escolha. A apendicectomia pode ser realizada em paciente com doença localizada, sem sinais de pseudomixoma ou acometimento linfonodal. Pacientes com doença avançada devem ser submetidos à ressecção cirúrgica citorredutora associado a quimioterapia hipertérmica intra peritonteal

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1521

TÍTULO DO TRABALHO: Análise de Fatores Relacionados com Apendicectomia Complicada no HRG

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RODRIGO KOUZAK MAYER1; NATACHA THALITA SANTOS AMORIM2; KATHARINNE INACIO VAZ LAURIANO1; HELOIZA ARRAIS BANDEIRA TAVARES LEITE1; VINICIUS ALVES FONSECA1; MAISA HELENA DE ABREU SILVA SANTOS1; DIMITRI CARVALHO HOMAR1; DANIELLA SILVA MENA1. 1. HRG, GAMA - DF - BRASIL; 2. UNB, BRASILIA - DF - BRASIL.

RESUMO:
Objetivos: Foi realizado análise das apendicectomias realizadas no Hospital Regional do Gama (HRG) com objetivo de determinar variáveis relacionadas com a predição de apendicectomia complicada e tempo de internação.Métodos: Foram avaliadas retrospectivamente todas apendicectomias realizadas no HRG no período de 01/01/2016 a 30/04/2016, quando ao tempo de dor abdominal à admissão, tempo de internação, leucograma admissional, achado cirúrgico, drenagem abdominal e necessidade de reintervenção cirúrgica. Os pacientes foram divididos entre grupos com complicações da apendicectomia (peritonite ou abscesso) e sem complicações. Análise estatística foi realizada no programa SPSS Statistics.Resultados: Foram realizadas 57 apendicectomias no período, sendo 2 excluídas por impossibilidade de resgate do prontuário. Das 55 analisadas, 20 (36,3%) apresentavam peritonite ou abscesso. Todos abscessos foram drenados, sendo que 37,5% necessitaram de relaparotomia com lavagem da cavidade. Um paciente faleceu de complicação cirúrgica (1,8% de mortalidade). Em 3 procedimentos (5,4%), foram evidenciadas outras causas de dor abdominal. Apendicectomias não complicadas tiveram média de 1,62 dias de dor à admissão, enquanto no grupo das complicadas essa média foi de 2,89. Os achados de complicações durante a cirurgia tiveram relação positiva com os dias de dor, p = 0,01. Leucograma médio no grupo sem complicações foi de 13527, enquanto no grupo com complicações foi de 18644; esta relação foi positiva com p = 0,005. Leucograma inicial não teve relação com tempo de dor ou de internação. O tempo de internação também teve relação positiva significativa com tempo de dor, p = 0,001.Conclusões: O índice de mortalidade apresenta-se pouco acima do descrito na literatura (1%), provavelmente devido ao pequeno N avaliado. O percentual de apendicectomias complicadas também está acima do encontrado na literatura, sendo que tal achado cirúrgico apresentou relação positiva significativa com tempo de dor à admissão e leucograma inicial. Entretanto, o leucograma não foi útil para prever tempo de internação, diferentemente do tempo de dor.Bibliografia:1. Ceresoli, Marco, et al. "Acute appendicitis: Epidemiology, treatment and outcomes-analysis of 16544 consecutive cases." World journal of gastrointestinal surgery 8.10 (2016): 693.2. Naderan, Mohammad, et al. "Risk factors for the development of complicated appendicitis in adults." Turkish Journal of Surgery/Ulusal cerrahi dergisi 32.1 (2016): 37.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 3134

TÍTULO DO TRABALHO: Análise Inicial dos Padrões Endoscópicos do Linfoma Gástrico Primário no Hospital das Clínicas da FMUSP

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: VITOR SAGAE; MARCELO MESTER; VANESSA VIEIRA; FAUZE MALUF FILHO; EDUARDO GUIMARAES HOURNEAUX MOURA; LUÍS ALBERTO LAGE; JULIANA PEREIRA; BRUNO ZILBERSTEIN; IVAN CECCONELLO. HOSPITAL DAS CLÍNICAS E ICESP, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (FMUSP), SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução A quimioterapia tornou-se o tratamento inicial de eleição para o linfoma gástrico primário (LGP). Esta conduta ganhou progressiva prioridade em nossa instituição mormente após 2003. Para isso utiliza-se diagnóstico proveniente de coletas endoscópicas, e estadiamento não-cirúrgico. Na literatura médica foi sugerido que o LGP tem características endoscópicas próprias. Aqui apresentamos uma avaliação parcial inicial dos diagnósticos macroscópicos endoscópicos do LGP na instituição. Resultados Entre 2004-2009 coletamos 46 pacientes com dados endoscópicos e patológicos completos de LGP para análise. Sexo masculino 24/46 (52,2 %), e feminino 20/46 (47,8%). LGP MALT 20 casos (54,3%) e LGP difuso de grandes células B (DLBCL) 26 casos (56,5%). Padrões encontrados: distensibilidade reduzida (19,5%), infiltrativo (69,5%), ulcerado (71,7%), multifocal (21,7%), com padrões simultâneos. Houve hiperplasia rugal ou de pregas em cerca de 20%. Não houve lesões ?em vulcão sobre cratera elevada?, ou ?casulo do bicho da seda? nesta série. LGP eram do fundo (19,5%), corpo (80,4%), e antro (54,3%), havendo sítios simultâneos. Conclusão Esta avaliação inicial sugere que, exceto pela multifocalidade e hiperplasia de mucosa/pregas gástricas, não houve padrões endoscópicos ?típicos?, específicos ou diferenciados sugestivos de LGP. Isto ilustra alguns dos percalços do diagnóstico do LGP, mormente frente ao diagnóstico endoscópico diferencial com o carcinoma gástrico, e a necessidade de biópsias significantes e suficientes. Disso dependerão as decisões de tratamento, especialmente as estratégias de conservação do órgão.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1123

TÍTULO DO TRABALHO: ANASTOMOSE PSEUDOCISTOGÁSTRICA: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANDRE CANESSO PIERRO; SANDRO NAMIKAWA; ALEXANDRE VERALDI ROSSETTINI; MATHEUS SOARES VITAL. HOSPITAL MUNICIPAL DR. MARIO GATTI, CAMPINAS - SP - BRASIL.

RESUMO:
O pseudocisto pancreático (PP) é uma possível complicação de quadros de pancreatites. Quando a abordagem cirúrgica se faz necessária, diferentes técnicas podem ser usadas, dependendo da sua localização no pâncreas. Relatamos um caso de um paciente com episódios recorrentes de pancreatite alcoólica que evoluiu com pseudocisto pancreático associado à dor abdominal importante e refratária ao tratamento clínico, sendo optado por resolução cirúrgica, através de anastomose pseudocistogástrica.O trabalho teve como objetivo demonstrar as possiveis tecnicas de tratamento do Pseudocisto pancreatico sintomático, no caso, devido a falta de material endoscopico e laparoscopico, uma possivel tecnica aberta.A metodologoa utilizada foi por meio da pesquisa nas bases de dados da BVS, Lilacs e PubMedApesar da drenagem endoscópica ter seu papel relevante principalmente para drenagem de pseudocistos adjacentes ao estômago e duodeno, a drenagem interna cirúrgica aberta é uma opção viável com eficácia similar, principalmente quando não se dispõe de material endoscópico.

CODIGO DO TRABALHO: 861

TÍTULO DO TRABALHO: Angina mesentérica: relato de caso.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GRETA DA ROCHA; ANTONIO CARLOS WESTON; NICOLE REDEKER; LAURA FREITAS; MARCELLA FRUET; LETICIA FERREIRA VAZ. ULBRA, CANOAS - RS - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A isquemia mesentérica crônica é decorrente de uma evolução de aterosclerose sistêmica, sendo as artérias viscerais as localizações mais comuns de oclusão. 80% dos pacientes podem apresentar sinais de doença arterial obstrutiva periférica, e 1/3 apresentam doença coronariana. A tríade clínica característica é: dor abdominal pós-prandial, perda de peso e aversão à alimentação, podendo ocorrer alteração de hábito intestinal.[1] Os sintomas aparecem quando pelo menos 2 das 3 das artérias viscerais da aorta estão ocluídas.[2] As manifestações clínicas são inespecíficas,[3] e, por isso, a angina mesentérica constitui um desafio diagnóstico.[1] Além disso, pacientes sintomáticos requerem tratamento pelo risco maior de infarto do intestino.[2] RELATO DE CASO: M.P.F, 57 anos, sexo feminino. Constatou-se como queixa principal uma dor epigástrica pós-prandial. A paciente apresentou-se, referindo, há 3 meses, emagrecimento de 5 kg, além da dor em peso na região epigástrica. É hipertensa e fumante. Faz uso de enalapril como terapia farmacológica. No exame físico, observou-se dor à palpação profunda em região epigástrica, sem sinais de peritonismo e visceromegalias. O hemograma mostrou alteração em hemoglobina (9,0 g/dl), hematócrito (29%), creatinina (1,8 mg/dl) e glicose (109 mg/dl). Os exames de imagem solicitados foram ecografia abdominal total e endoscopia digestiva alta. A ecografia demonstrou intenso meteorismo intestinal, enquanto a endoscopia digestiva alta, gastrite leve. Secundariamente,com a paciente internada no Hospital Universitário de Canoas, foram realizadas tomografia computadorizada de abdome, que evidenciou ateromatose de aorta abdominal e edema de alças de intestino delgado, além de uma colonoscopia, que resultou em úlceras de mucosa, sugerindo processo isquêmico. Foi realizada, também, uma arteriografia mesentérica, que demonstrou estenose de 90% da artéria mesentérica superior.CONCLUSÃO: A angiotomografia computadorizada tem substituído a ultrassonografia com Doppler e a angiografia convencional para o diagnóstico da isquemia mesentérica crônica.? Foi demonstrado que a revascularização endovascular e a aberta obtiveram resultados semelhantes acerca de desfecho, mas houve maior morbidade no grupo submetido à cirurgia aberta.[3] A redução da morbimortalidade se deve à soma de realização de diagnóstico precoce da doença, métodos de imagem adequados e escolha individualizada da opção terapêutica, porém, ainda há altas taxas de falhas no tratamento.[1]

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2753

TÍTULO DO TRABALHO: ANGIODISPLASIA DE INTESTINO DELGADO: UMA CAUSA INCOMUM DE HEMORRAGIA DIGESTIVA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LEONARDO SILVA SOARES1; VANESSA DA SILVA AZAMBUJA RIBEIRO2; NATALIA GOMES CARDOSO E SILVA2; HELIO MACHADO VIEIRA JUNIOR2. 1. HOSPITAL ISRAELITA ALBERT SABIN, SÃO BERNARDO DO CAMPO - RJ - BRASIL; 2. HOSPITAL ISRAELITA ALBERT SABIN, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Demonstrar as características importantes das angiodisplasias, com foco no acometimento do intestino delgado, e atentar para a possibilidade de ocorrência desta condição incomum, a fim de promover o diagnóstico precoce e um tratamento eficaz.Métodos: Relato de caso de uma paciente, Q.A.N., 50 anos, portadora de hepatite autoimune e cirrose biliar primária, admitida no Hospital Israelita Albert Sabin apresentando enterorragia de grande monta, melena, dor abdominal difusa, náuseas e episódios de calafrios. A Angiotomografia de abdome total evidenciou imagem vascular serpiginosa, sugestiva de angiodisplasia, em topografia ileal. A lesão não apresentou expressão arteriográfica e foi optado pelo tratamento cirúrgico.Resultados: A paciente foi submetida à Enterectomia segmentar com enteroanastomose látero-lateral sem intercorrências. Evoluiu com hipotensão e oligúria no pós-operatório imediato e foi mantida em Unidade de Terapia Intensiva por dois dias apresentando melhora clínica. No quarto dia de pós-operatório, apresentou taquipnéia e taquicardia supraventricular sem instabilidade hemodinâmica associadas à náusea, êmese e dor abdominal difusa sem irritação peritoneal. Foram realizados novos exames de imagem e a paciente foi transferida para unidade fechada para suporte clínico intensivo com ajuste do esquema de antibioticoterapia. Apresentou boa evolução, com melhora total da enterorragia e recebeu alta hospitalar no décimo dia de pós-operatório. No período de quatro meses após a cirurgia, não houve recidiva do sangramento.Conclusão: A angiodisplasia do trato gastrointestinal é uma condição rara, porém importante, podendo causar morbidade significativa e mortalidade. É a malformação vascular adquirida mais comum do tubo digestivo e a principal causa de hemorragia do intestino delgado em indivíduos idosos. Os avanços nas técnicas diagnósticas e terapêuticas têm levado a melhores resultados. A escolha do tratamento deve ser individualizada, dependendo da forma de apresentação da hemorragia, do número e localização das lesões, da condição clínica e comorbidades do paciente e da resposta a tratamentos prévios.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1787

TÍTULO DO TRABALHO: Antibioticoterapia de curta duração x longa duração na apendicectomia perfurada.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: KARLA CORREA MONTENEGRO FIDALGO1; CAMILA MARTINS PINTO2; MILLENA XAVIER ANDRADE2. 1. FACIPLAC, BRASÍLIA - DF - BRASIL; 2. FACIPLAC, BRASILIA - DF - BRASIL.

RESUMO:
RESUMO: Racional- Apendicite aguda é a causa mais comum de abdômen agudo cirúrgico. Uma vez realizado o procedimento permanece um desafio, o tempo de duração da antibioticoterapia. Objetivo ? Avaliar se a suspensão da antibioticoterapia pós apendicectomia perfurada é mais efetiva na terapêutica de curta duração ou de longa duração do tratamento. Métodos- Pesquisa em ensaios clínicos randomizados e revisões sistemáticas onde foram escolhidos três artigos que citam o tratamento antibiótico no pós-cirúrgico da apendicectomia perfurada. O critério de seleção baseou-se em pacientes em diferentes faixas etárias que foram submetidos às diferentes técnicas de apendicectomia. Todos realizaram antibioticoterapia em internação hospitalar durante o pós-cirúrgico. Resultado ? Em todas as ocasiões os pacientes não seguiram o protocolo de número de dias na suspensão do tratamento microbiano. Seus devidos médicos optaram por suspendê-lo quando os sintomas de infecção deixaram de existir. Conclusão- Independente da idade do paciente ou da técnica utilizada parece ser melhor suspender o tratamento antibiótico quando, em acompanhamento clínico, o paciente não apresenta mais sinais de infecção como febre, leucocitose e taquicardia.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1033

TÍTULO DO TRABALHO: Apendicite Aguda Complicada Com Íleo Paralitico: Relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GILMÁRIO PINHEIRO DA SILVA JUNIOR; DELÚBIO GOMES MACHADO NETO. ITPAC, ARAGUAÍNA - TO - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOA apendicite aguda constitui a emergência cirúrgica mais comum no nosso meio. O diagnóstico e o tratamento cirúrgico precoce influem diretamente no prognóstico dessa patologia. De uma intervenção cirúrgica de execução fácil nas primeiras 24 horas, sua abordagem cirúrgica vai progressivamente tornando-se mais complexa, sobretudo após as primeiras 48 horas. Apresenta uma gama de complicações inerentes a sua localização, a fazes do processo inflamatório e a condição clinica prévia do doente, sendo o ílio paralitico uma delas, o que pode dificultar o diagnostico precoce e consequentemente o prognostico do paciente.RELATO DE CASOL.E.M, masculino, 65 anos, oriundo de Augustinópolis-TO, aposentado, DM, HAS, deu entrada ao Hospital Regional de Araguaína com queixa de dor abdominal difusa, de inicio a quinze dias, e parada de eliminação de gases e fezes a três dias, associado a náuseas e vômitos amarelados e muito fétidos. Ao exame paciente LOTE, MEG, anictérico, acianótico, afebril, hipocorado +2/+4, PA: 100/70 mmHg, FC: 27 irpm, FC: 115 bpm, T: 37,9ºC; MV+, sem ruídos adventícios; RCR, 2T, bulhas normofonéticas; abdome globoso, RHA ausentes, doloroso a palpação superficial e profunda com descompressão brusca dolorosa em todo abdome, ao toque retal pequena quantidade de fezes não evidenciado sangramentos ou tumorações. Exames laboratoriais revelaram Hb: 10,2; Ht: 30,2; Leucócitos: 16800; Plaquetas: 431000; EAS: sem alterações; Ur: 98; Cr: 1,98; Na: 137; K: 6; Glicemia atual: 459; Amilase: 35; Lipase: 11; ALT: 13; AST: 26; BT: 0,9; BD:0,2. A USG abdominal revelando área hipoecóica mal definida em fossa ilíaca direita, distensão difusa de alças intestinais com espessamento das paredes e ausência de peristaltismo. Realizada laparotomia exploradora, identificado grande quantidade de liquido purulento em cavidade abdominal, sigmóide e alças de delgado bloqueando o processo inflamatório, apêndice cecal totalmente necrótico, realizado cecorrafia com pontos simples e invaginação da base apendicular com posterior, lavagem exaustiva de cavidade com soro fisiológico morno e posterior drenagem bilateral com drenos túbulo laminares. Paciente apresenta melhora progressiva do quadro com alta hospitalar no décimo segundo dia pós operatório.CONCLUSÃOA apendicite aguda possui uma ampla variedade de apresentações clínicas. Complicações como íleo paralitico podem mimetizar quadro de obstrução intestinal, retardar o diagnostico e consequentemente o tratamento precoce.

CODIGO DO TRABALHO: 1534

TÍTULO DO TRABALHO: Apendicite em Idosos - Perfil Epidemiológico da Doença nas Regiões do Brasil.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BEATRIZ FERREIRA CARVALHO1; CAIO CASTRO MENDANHA BARROS1; GUSTAVO SIMÃO SOUZA2; JOSÉ LUCAS PONTIERI MELAZO1. 1. UNIEVANGÉLICA, GOIÂNIA - GO - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA, BRASÍLIA - DF - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: o objetivo deste trabalho é comparar o número de internações hospitalares por apendicite em idosos nas diferentes regiões do Brasil no período de novembro de 2015 a novembro de 2016 e apresentar o perfil epidemiológico desta na região Centro-Oeste, para que assim haja melhor conhecimento das características desta doença na população senil. Metodologia: foi realizado um estudo descritivo e transversal, elaborado a partir de dados obtidos no item ??Informações de Saúde?? - (TABNET), subitem ??Epidemiológicas e Morbidade??, no site do DATASUS. Utilizou-se como critérios de diferenciação as variáveis: regiões do Brasil, faixa etária, sexo e cor/raça. Resultados: a partir da pesquisa realizada, foram constatados, ao todo 5.139 casos de apendicite no período relatado, em pacientes acima de 60 anos. Destes, 9,08% ocorreram na Região Norte, 21,75% se deram na Região Nordeste, 39,42% na Região Sudeste, 21,05% na Região Sul e 8,67% na Região Centro-Oeste. Segundo o IBGE, as regiões Sudeste, Nordeste e Sul são as com maior número de habitantes, sendo a Sudeste a mais populosa. Os valores obtidos coincidem com a densidade populacional de cada região. Na Região Centro-Oeste, ocorreram 446 casos notificados, sendo que 281 (63,00%) se deram na faixa etária de 60 a 69 anos. Salienta-se que 9,64% dos casos ocorreram naqueles acima de 80 anos (muito idosos). Em relação ao sexo, 58,96% eram homens e 41,03%, mulheres. Considerando-se a etnia, tem-se que 41,47% dos pacientes eram pardos e 15,45% eram brancos. Entretanto, 38,78% foram classificados como ??sem informação??, o que torna a análise da variável cor/raça não fidedigna. Conclusão: a Região Sudeste apresenta o maior número absoluto de internações por apendicite em idosos (2.026 casos). A Região Centro-Oeste é a quarta em números absolutos, e nela a maioria dos pacientes encontrava-se na faixa etária entre 60-69 anos, eram homens e pardos. A apendicite aguda é a mais comum emergência cirúrgica e a taxa de perfuração é maior em idosos. Conhecer estes dados incrementa a epidemiologia da doença e facilita sua identificação nestes pacientes, que sabidamente podem apresentar quadro clínico atípico e maior morbimortalidade. Bibliografia: www.datasus.gov.br; JS Bhullar et al.Acute appendicitis in the elderly: diagnosis and management still a challenge. Am Surg. 2014 Nov;80(11):E295-7. Abdelkarim HO et al. Acute appendicitis in the elderly: risk factors for perforation. World Journal of Emergency Surgery 2014.

CODIGO DO TRABALHO: 1542

TÍTULO DO TRABALHO: APENDICITE PSEUDOTUMORAL- RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANA MARIA GARCIA; JESSIKA RODRIGUES TAUHATA; JOÃO MANOEL SANTOS BOTELHO; EDILSON JORGE BORBA SOUSA JUNIOR; ANTONIO OLIVEIRA DOS SANTOS JUNIOR; OTÁVIO LIMA DE ARRUDA JÚNIOR; LUIZ FLAVIO QUINTA JUNIOR; JÚLIO CÉSAR GOMES PAIVA. ITPAC, ARAGUAINA - TO - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO:A apendicite aguda constitui a emergência cirúrgica mais comum no meio médico. É uma doença típica dos adolescentes e adultos jovens.Existe, porém, tipo peculiar de apendicite denominada hiperplástica ou plastrão apendicular que ocorre em 7% dos casos, em que o tratamento é controverso. O tratamento conservador como abordagem inicial é defendido por vários autores. Entretanto, a resolução cirúrgica imediata é o método mais usado na prática médica.OBJETIVO: Relatar a propedêutica diagnóstica e intervenção de um quadro de abdome agudo obstrutivo devido Apendicite Fase IV.MÉTODO: Consulta retrospectiva em prontuário, obtendo dados dos exames de imagem e da conduta cirúrgica empregada.RESULTADOS: Paciente 72 anos, masculino, hipertenso, deu entrada no serviço de saúde com queixa de dor abdominal em hipogástrio há 7 dias, com irradiação para dorso, associado a vários episódios de vômitos pós prandiais, de coloração esverdeada e parada de eliminação de flatos e fezes. Ao exame físico, abdome volumoso, com ruídos hidroaéreos aumentados, doloroso a palpação superficial em hipogástrio e fossa ilíaca direita.Toque retal livre. Solicitado laboratório que não apresentou alterações. Rotina radiológica de abdome agudodemonstrou distensão de delgado e presença de nível hidroaéreo no íleo terminal. A partir dos resultados, foi indicado uma laparotomia exploradora com incisão mediana infra e supraumbilical com exploração da cavidade, revelando o apêndice com importante aumento de tamanho gerando compressão intestinal e grande quantidade de secreção fétido-purulenta. Realizou-se secção do apêndice e fechamento do coto, com formação da bolsa de Oschner, limpeza exaustiva da cavidade com soro fisiológico e inserido dreno tubulolaminar em fossa ilíaca direita.DISCUSSÃO:A obstrução intraluminal é o evento inicial na maioria dos casos de apendicite e pode ser causada por fecalito, hiperplasia linfóide, corpo estranho, parasita, doença de Crohn, tumores primários e metastáticos. A apendicite hiperplásica constitui-se em tipo peculiar de apendicite em que o apêndice torna-se intensamente bloqueado por epíplon, com alças de delgado próximas e peritônio parietal, formando uma massa tumoral. O tempo de evolução é mais longo (05 a 10 dias) e com apresentação clínica inflamatória clássica, contudo, podemos encontrar quadros de obstrução funcional, reafirmando a apendicite como um diagnóstico diferencial entre os abdomes agudos.

CODIGO DO TRABALHO: 2269

TÍTULO DO TRABALHO: Aplicação da escala de Boey como preditora de mortalidade em pacientes com úlcera péptica perfurada.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: SCARLETT CARVALHO NABUCO D`ÁVILA CESPEDES; MATEUS FONSECA DE GOUVÊA FRANCO; CARLOS AUGUSTO PINTOR DE ARRUDA; MILTON SCALABRINI; LAERCIO GOMES LOURENCO; RAMIRO COLLEONI NETO. UNIFESP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Contexto: A úlcera péptica perfurada, apesar de menos frequente nos dias atuais, ainda apresenta expressivas morbidade e mortalidade. A escala de Boey consiste na análise de três variáveis: presença de choque na admissão, atraso de mais de 24 horas entre o início dos sintomas e a realização de tratamento cirúrgico, e presença de comorbidades severas. Os pacientes são classificados em grupos de 0 a 3 segundo essas categorias.Objetivo: Avaliar a escala de Boey como preditora de mortalidade em doentes operados por úlcera perfurada. Resultados: A escala foi aplicada retrospectivamente em 22 pacientes atendidos no no período de 2012 a 2016, dos quais 12 eram do sexo masculino, com idades entre 26 e 83 anos. Houve um intervalo maior que 24 hs entre o início dos sintomas e a cirurgia em 14 doentes (63.6%), quatro pacientes (18,2%) apresentavam choque na admissão e 10 (45,5%) apresentavam comorbidades severas, dos quais 66.7% doenças cardiovasculares e 33.3% falência hepática. A topografia da úlcera era gástrica em 11 doentes (50%) e duodenal nos restantes. O procedimento mais empregado foi a laparotomia com sutura da lesão, omentopastia, lavagem e drenagem da cavidade. A mortalidade geral foi 45.5%. Quanto à distribuição dos pacientes nos grupos e respectiva mortalidade observamos: no grupo 0 seis pacientes que não apresentaram óbito, no grupo 1 oito doentes e 37.5% de mortalidade, no grupo 2 quatro pacientes com 75% de mortalidade e quatro doentes no grupo 3 com mortalidade de 100%.Discussão: A mortalidade geral foi mais elevada do que o relatado (30%) na revisão sistemática mais recente. Comparativamente com os resultados encontrados em Boey (1987), foram encontrados resultados idênticos nos extremos (grupos 0 e 3), porém observamos um aumento de 3.75 vezes da taxa de mortalidade encontrada no grupo 1 e de 1.64 vezes no grupo 2. Nos pacientes que faleceram: 40% apresentavam choque, 80% mais de 24 horas entre o início dos sintomas e a cirurgia e 90% comorbidades severas. Nos sobreviventes: ausência de choque, 50% com mais de 24h e apenas 8.3% com comorbidades severas. Isso pode sugerir que a presença de comorbidades severas seria ainda mais preditiva de mortalidade nestes doentes que o atraso do tratamento cirúrgico. Conclusão: A escala de Boey é uma ferramenta útil para classificar pacientes portadores de úlcera péptica perfurada quanto ao risco de morte e pode contribuir para planejar o uso de protocolos e gerenciar recursos em serviços médicos.

CODIGO DO TRABALHO: 1680

TÍTULO DO TRABALHO: Associação do receptor órfão relacionado ao receptor retinóide e o câncer gástrico

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: AMANDA POLARO MARREIRO1; FERNANDA CAVALCANTI CABRAL2; DANIELLEN LINS LOURENÇO2. 1. HOSPITAL DA SANTA CASA DE SAO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. HGI, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVO: O objetivo deste trabalho consiste em analisar a associação do receptor órfão relacionado com o receptor retinóide (ROR) e o câncer gástrico. MÉTODO: Realizou-se uma revisão da literatura com as bases de dados eletrônicos da Pubmed e Scielo, utilizando como palavra-chave: receptor órfão relacionado ao receptor retinóide e o câncer gástrico. RESULTADOS: O câncer gástrico apresenta heterogenecidade biológica e genética. A obtenção da compreensão molecular detalhada associada ao câncer gástrico parece ser fundamental para melhorar os resultados do paciente. O receptor órfão relacionado com o receptor retinóide é membro da superfamília dos receptores nucleares. Funcionam como fatores de transcrição dependentes de ligando. Regula a inflamação, aumenta a apoptose, diminui a proliferação celular e desempenha papel crítico na regulação do relógio circadiano. Dados epidemiológicos indicam que a interrupção da ritmicidade circadiana está associada ao desenvolvimento de neoplasias. Descobriu-se que sua expressão está reduzida em tecidos gástricos com câncer, o que correlacionou-se com o estadiamento avançado dos pacientes. A sua diminuição reduz genes de supressão tumoral, diminuindo a apoptose em células neoplásicas. Algumas estratégias promissoras estão sendo estudadas, como o tratamento com o agonista receptor órfão relacionado com o receptor retinóide ou um ativador seletivo de AMPK, agindo ativando o p53, uma terapêutica anticancerígena. CONCLUSÃO: Conclui-se que o receptor órfão relacionado com o receptor retinóide tem importante associação com o câncer gástrico, apresentando-se em níveis baixos. BIBLIOGRAFIA:1. Solt LA, Burris TP. Action of RORs and their ligands in (Patho)physiology. Trends Endocrinol Metab. 2012. December; 23(12):619-627.2. Wang Y, et al. Regulation of p53 stability and apoptosis by a ROR agonist. PLoS ONE. 2012.3. Lee BJ. The association betwenn stomach cancer and colorectal cancer: it still remains unclear. Korean J Gastroenterol. 20134. Pedamallu C, et al. Compreehensive molecular chacacterization of gastric adenocarcinoma. The Cancer Genome Atlas Research Network. 2014.5. Tan P, Yeah KG. Genetics and Molecular Pathogenesis of gastric adenocarcinoma. Gastroenterology. 2015.149:1153-1162.6. Wang Z, et al. Nuclear receptor retinoid-related orphan receptor alpha promotes apoptosis butis reduced in human gastric cancer. Oncotarget. 2016. December, 29.

CODIGO DO TRABALHO: 541

TÍTULO DO TRABALHO: AVALIAÇÃO DA RESPOSTA PATOLÓGICA DA TERAPIA NEOADJUVANTE NO TRATAMENTO DO CÂNCER GÁSTRICO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: THIAGO DE AGUIAR VALLADÃO; LEONARDO ALBERTO DA SARDOU OLIVEIRA; CARLOS EDUARDO SAMPAIO; MARCO ANTONIO CORREA GUIMARAES FO; FRANKLIN VIEIRA DE ALMEIDA. UERJ, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Apesar dos avanços técnicos no tratamento cirúrgico do adenocarcinoma gástrico localmente avançado, o incremento na sobrevida destes pacientes foi pequeno. Vários estudos recentes mostraram que o emprego da quimioterapia peri-operatória tem impacto significativo na sobrevida global deste subgrupo de pacientes, o que motivou a definição de protocolo semelhante pelo Serviço de Oncologia e pelo Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE). O objetivo deste trabalho é analisar os resultados iniciais da implementação de protocolo de quimioterapia neoadjuvante nos pacientes com câncer gástrico e de junção esofagogástrica potencialmente ressecáveis. Método: Estudo prospectivo, por meio de revisão de prontuários, de quatro pacientes com adenocarcinoma gástrico e de junção esofagogástrica admitidos no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2016. Tomografia computadorizada foi o exame utilizado para o estadiamento da doença. Foram propostos três a quatro ciclos de quimioterapia pré-operatória com Cisplatina e Capecitabina ou Cisplatina e Doxorrubicina, durante 3 a 4 meses. Resultados: Três pacientes (75%) completaram o tratamento sem apresentar toxicidade. Um paciente (25%) apresentou interrupção do tratamento, devido a neutropenia febril, recebendo apenas um ciclo de quimioterapia. Após a realização da terapia neoadjuvante, decorrido um intervalo médio de cerca de três meses, todos os pacientes foram submetidos ao tratamento cirúrgico programado: gastrectomia total com linfadenectomia a D2 (três casos), esofagectomia transhiatal (um caso). Dentre as complicações cirúrgicas observadas, um paciente (25%) apresentou fístula da anastomose e, posteriormente, evoluiu a óbito. Em relação às complicações clínicas, um paciente (25%) evoluiu com pneumonia hospitalar. Ao se analisar o desfecho estudado, 3 pacientes (75%) obtiveram resposta patológica completa e 1 paciente (25%) obteve resposta patológica parcial. Por meio do seguimento ambulatorial, observou-se que não houve recidiva local ou doença sistêmica até o presente momento. Conclus?o: A análise da experiência inicial da quimioterapia neoadjuvante em pacientes com adenocarcinoma gástrico e de junção esofagogástrica ressecáveis no HUPE revela um desfecho favorável quanto à resposta patológica do tumor, servindo como base para a ampliação do número de pacientes neste protocolo, permitindo a elaboração de futuros estudos comparativos de resposta e sobrevida.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 896

TÍTULO DO TRABALHO: Avulsão Mesentérica após trauma abdominal fechado

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: YURI GUILHEM RACHID JAUDY1; OTÁVIO LIMA DE ARRUDA JÚNIOR2; HUDSON FERNANDES BARILE2; RONE ANTONIO ALVES ABREU2; JULIANA GUNDIM BARROS GUIMARÃES2; ERIC DE OLIVEIRA SOARES JÚNIOR2; JOÃO MANOEL SANTOS BOTELHO2; JULIANA CARREIRO CARVALHO2. 1. ITPAC/FAHESA ARAGUAÍNA, ARAGUAÍNA - TO - BRASIL; 2. ITPAC, ARAGUAINA - TO - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O trauma abdominal é uma das ocorrências mais comuns dentro dos prontos socorros. Na vigência de um trauma abdominal fechado, devemos sempre suspeitar de uma lesão em víscera maciça, sendo as mais acometidas o baço, fígado e o pâncreas. As lesões vasculares e de vísceras ocas são mais comuns em traumas abertos. No momento do atendimento, o exame físico do paciente é de grande importância e sua reavaliação é obrigatória. RELATO DE CASO: H.R.S., masculino, 52 anos, vitima de acidente de moto, encaminhado para o Hospital Regional de Araguaína. No momento da entrada, apresentava-se taquicárdico, ruídos hidroaéreos diminuídos em abdome, dor á palpação, irritação peritoneal. USG evidenciou liquido livre em cavidade e ele foi encaminhado a cirurgia. Durante o inventário da cavidade foi diagnosticado uma avulsão de parte do mesentério, comprometendo a perfusão. A abordagem cirúrgica foi ligadura dos vasos mesentéricos, enterectomia de aprocimadamente 100 cm de íleo e anastomose primária entero-entero termino-terminal em dois planos. Paciente evoluiu bem, deambulando e recebendo dieta branda no terceiro dia e retirando a sonda e recebendo alta no quinto dia de internação hospitalar. Nesse caso, os sinais observados no paciente no momento da admissão dele no hospital foram de grande valia, o USG foi bem indicado e confirmou liquido na cavidade abdominal. CONCLUSÃO: A lesão vascular é mais comum no trauma aberto, e apesar de ser pequena, trouxe uma grande área de sofrimento intestinal, que pelo fato do tempo entre o acidente e a cirurgia, teve que ser ressecado.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1385

TÍTULO DO TRABALHO: BURIED BUMPER SYNDROME: UM RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JULIO SERGIO MACHADO DE CAMPOS1; NATALIA MAXIMIANO SILVESTRE2; MARCO ANTONIO TISCOSKI NESI1; GABRIEL ZANETTE NASPOLINI3; GABRIEL CIPRIANO VIDAL HELUANY4. 1. HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 2. UNESC, CRICIÚMA - SC - BRASIL; 3. UNESC, CRICIUMA - RS - BRASIL; 4. UNESC, CRICIUMA - SC - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A gastrostomia percutânea endoscópica (PEG) é um método efetivo e relativamente seguro para nutrir pacientes com déficits neurológicos e patologias proximais do trato gastrointestinal. O procedimento é passível de algumas complicações, uma delas baseia-se no deslocamento da canula de fixação interna (bumper) pelo trato da ostomia fora do estomago, realocando-se entre a parede gástrica e a pele, a chamada Buried Bumper Syndrome (BBS). O principal fator etiológico é a pressão entre a fixação externa e interna do dispositivo da PEG e pode resultar em disfunção do tubo, perfuração gástrica, peritonite, sangramento e morte do paciente. Relato de caso: RVM, 60 anos, feminina, foi admitida na emergência com relato de sonda de gastrostomia não funcionante,drenagem de secreção gástrica ao redor do orifício de inserção da sonda e fáscies de dor à palpação abdominal. A paciente é portadora de sequelas neurológicas graves após hemorragia subaracnóidea em 2014. Foi necessária uma instalação de sonda de gastrostomia (via endoscópica) naquela ocasião. Exames laboratoriais apresentavam leucocitose com desvio à esquerda. Após avaliação inicial, foi submetida a uma endoscopia digestiva alta (EDA) que identificou, na grande curvatura da transição de corpo-antro, elevação recoberta por mucosa enantematosa em local correspondente ao bottom de gastrostomia (que não se encontrava na luz gástrica), complicação conhecida como BBS. Após o exame, iniciou-se uso de cristaloides e piperacilina tazobactam endovenosos. Optou-se pela realização de retirada cirúrgica da sonda de gastrostomia. O botton se encontrava fixo em espaço subaponeurótico, fez-se uma incisão transversa em local de inserção de sonda para a sua retirada, sob visualização endoscópica direta, sem intercorrências e sem saída de secreção gástrica pela ferida operatória.No mesmo tempo cirúrgico, inseriu-se nova sonda de gastrostomia via endoscópica em local mais cranial do que a anterior. Houve melhora clínica e laboratorial significativa no pós operatório, com a gastrostomia funcionante e a paciente recebeu alta 15 dias após o procedimento.Conclusão: A BBS é relativamente rara e, geralmente, uma complicação tardia da colocação do tubo PEG. O tratamento geralmente inclui a remoção do tubo junto com tratamento de feridas. Embora vários fatores possam contribuir para o desenvolvimento desta doença, a maioria dos casos pode ser evitada com o atendimento e orientação adequados ao paciente e seu cuidador.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1491

TÍTULO DO TRABALHO: Bypass gástrico em Y-de-Roux em paciente com Situs Inversus Totalis: Relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CLAUDIA THEIS1; JOEL ANTONIO BERNHARDT1; GUSTAVO GALVAN DEBIASI1; LUIZ HENRIQUE YOSHINO2; CAROLINE PIGOZZI HARO1; STEPHANIE THEISEN KONZEN1; KELLY VIVIANE UEDA1; ANA PAULA MICHELS COSTA1. 1. UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ, ITAJAÍ - SC - BRASIL; 2. HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN, ITAJAÍ - SC - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O Situs Inversus Totalis (SIT) é uma afecção rara, normalmente de achado incidental. É um defeito autossômico recessivo congênito aonde a disposição dos órgãos intra-abdominais e torácicos se apresentam em imagem espelhada sagitalmente contralateral ao habitual. As cirurgias laparoscópicas mais relatadas em pacientes com SIT são colecistectomias e possui poucos relatos sobre cirurgias bariátricas por Bypass gástrico.RELATO: Paciente feminina, 36 anos, IMC 48, com indicação de cirurgia bariátrica e optado por Bypass Gástrico por videolaparoscopia. Negava queixas e comorbidades. Apresentava USG prévia de abdome total demonstrando sinais de situs inversus totalis e Rx de tórax em pré-operatório corroborando com o mesmo achado. Demais exames pré-operatórios sem alterações. Após a indução anestésica, foram utilizados 2 portais de 12mm centrais e 1 trocater de 10mm, supraumbilicais, 1 trocater 5mm infraesternal, 1 de 5mm em hipocôndrio direito e 1 trocater de 5mm em hipocôndrio esquerdo, estando o cirurgião principal a esquerda do paciente e monitor de vídeo principal a direita. Cirurgia ocorreu sem intercorrências. Devido a disposição fora do habitual do cirurgião principal e dos auxiliares e de todos serem destros, houve maior necessidade de ação dos auxiliares e manuseio do cirurgião principal do grampeador com a mão não dominante. Os passos da cirurgia puderam ser discorridos semelhantes ao comum e houve um aumento no tempo cirúrgico (aproximadamente 120min) sem relação com intercorrências cirúrgicas. Pós-operatório imediato com boa evolução, com alta no terceiro dia, evoluindo assintomática, com perda ponderal de 25% em 6 meses.CONCLUSÃO: O Situs Inversus Totalis não contraindica a realização de procedimentos cirúrgicos laparoscópicos isoladamente, porém geram dificuldades diagnósticas em patologias agudas e dificulta o manejo cirúrgico. O não conhecimento desta variação durante o pré-operatório de cirurgias eletivas coloca em risco o planejamento e andamento do procedimento, gerando maiores morbidades, intercorrências e tempo cirúrgico, pois gera necessidade de variações em disposição de material e equipe. Os benefícios do método cirúrgico são evidentes e, por isto, torna-se importante a exposição das variações empregadas nesta afecção, principalmente devido a escassez literária em cirurgias bariátricas e, mediante o bom planejamento prévio, para buscar resultados semelhantes aos procedimentos em pacientes não Situs Inversus.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2746

TÍTULO DO TRABALHO: CÂNCER GÁSTRICO AVANÇADO COM LESÃO PANCREÁTICA ASSOCIADA: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ALEXANDRE ERNESTO POZZEBON MOURÃO1; LEANDRO DE SOUSA COELHO1; NATALIE ALMEIDA SILVA1; FABIO ALVES MORIKAWA CALDEIRA1; VICTOR DE FREITAS FERREIRA1; HIGOR LUCIANO SERIQUE GATO LEITE1; LARA BEATRIX SNIJDERS RIZZI ROGERIO1; ERIKA SILVA SPESSIRITS2; PEDRO AUGUSTO BISI DOS SANTOS FO.1. 1. OPHIR LOYOLA, BELÉM - PA - BRASIL; 2. OPHIR LOYOLA, BELEM - PA - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O câncer gástrico é a segunda neoplasia maligna mais comum no mundo, terceira e quinta neoplasia mais frequente para o sexo masculino e feminino. Os sintomas não são específicos, o que dificulta o diagnóstico precoce. Sintomas como massa palpável em abdome superior, hepatomegalia e linfonodomegalias já sugerem doença avançada, com presença de metástase à distância. A ressecção completa do tumor gástrico com margens cirúrgicas livres e a linfadenectomia à D2 permanecem como a única chance de cura para os pacientes com câncer gástrico. RELATO DE CASO: E.M.P.C, sexo feminino, 48 anos, residente em Bélem-PA, referindo plenitude gástrica e náuseas há 6 meses com uso de sintomáticos sem melhora. Há 2 meses o quadro evoluiu com epigastralgia associada à melena e perda ponderal 4kg. Realizada endoscopia digestiva alta (EDA) evidenciando lesão ulcerada de 4cm com superfície lobulada friável e sangrante no corpo gástrico com histopatológico de adenocarcinoma pouco diferenciado grau III ulcerado. Paciente foi internada sendo para procedimento cirúrgico sendo evidenciado no intra-operatório tumor infiltrando corpo e cauda pancreática, sendo assim submetida à gastrectomia total com pancreatectomia corpo-caudal mais linfadenectomia D2, esplectomia, colecistectomia e reconstrução em Y de Roux. Paciente evoluindo satisfatoriamente no pós-intraoperatório, sem queixas álgicas, redução gradativa dos drenos abdominais e já aceitando dieta líquida cia oral. CONCLUSÂO: A alta morbimortalidade desta casuística é devido à presença de doença avançada ao diagnóstico, havendo necessidade de ressecções multiorgânicas. A cirurgia é o tratamento principal, porém isolada é insuficiente para se atingir sobrevida longa em doença avançada.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1115

TÍTULO DO TRABALHO: CÂNCER GÁSTRICO NA GESTAÇÃO E ASSOCIAÇÃO COM FATORES HEREDITÁRIOS: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DANIEL LINHARES CARDOSO; SARA VITÓRIA SOUSA SAMPAIO; LÍVIA CRISTINA PEREIRA FREITAS; THIAGO SILVA TEIXEIRA. UNIVERSIDADE DE FORTALEZA, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Câncer (CA) gástrico é mais comum em homens >60 anos. Estimativa de 20.520 casos em 2016 (INCA). Adenocarcinoma é subtipo mais comum, pode estar associado com fatores hereditários, como mutação do gene CDH 1 (Síndrome do Câncer Gástrico Hereditário Difuso). CA gástrico na gravidez pode ocorrer durante período gravídico ou até 1 ano pós-parto. Situação bastante rara, ocorre em menos de 0,1% das gestações no Japão (país de maior incidência) e, geralmente diagnosticado em estágios avançados devido à sintomatologia inespecífica. Em pacientes jovens tendem a ser mal diferenciados, com prognóstico ruim. Índices de infecção por H. pylori são mais altos em gestantes. Ademais, conflito entre a necessidade de tratamento precoce e a manutenção da gravidez é constante. RELATO: Paciente feminina (12/12/1983) em 19/04/13 relatou queixas de epigastralgia há 4 meses, em queimação, NRS 7, piora com jejum prolongado, além de náuseas e vômitos com sangue. Relata perda de 3kg nos últimos 5 meses. Ao exame, paciente emagrecida, abdome gravídico com útero ao nível da cicatriz umbilical. Em 28/05/13 realizou EDA que mostrou lesão ulcerada em antro gástrico de aspecto neoplásico Borrmann III, além de gastrite crônica. Biópsia em 18/07/13 evidenciou adenocarcinoma pouco diferenciado em anel de sinete, decidido esperar resolução da gestação para abordagem da neoplasia. Em 22/08/13 paciente realizou parto vaginal sem intercorrências. Em 16/05/14 retorna ao ambulatório de cirurgia com queixa de epigastralgia e perda de peso severa (de 47kg para 34kg), foi indicada cirurgia. Paciente nega alergias, tabagismo e etilismo e refere história familiar importante de CA gástrico (pai, mãe, 2 tios e 5 irmãos). Em 18/06/14 foi submetida à gastrectomia total, linfadenectomia D2, omentectomia e confecção de Y-de-Roux. Estadiamento T4N2. Encaminhada para QT adjuvante. Em 26/02/16 retorna, não fez tratamento adjuvante, ao exame apresenta distensão abdominal, hipertimpânismo à percussão, caquexia e anasarca. Realizado diagnóstico de carcinomatose peritoneal difusa. Discutida paliação com os familiares e encaminhada para início do tratamento. CONCLUSÃO: CA gástrico associado à gravidez é bastante raro. Diagnóstico geralmente tardio, prognóstico ruim. Ideal abordagem multidisciplinar. Decisões terapêuticas devem considerar idade gestacional e estágio da doença. Mutações genéticas estão relacionadas à gênese tumoral, devendo haver investigação intensa e precoce nesses casos.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2953

TÍTULO DO TRABALHO: CARACTERÍSTICAS DAS CIRURGIAS DO APARELHO DIGESTIVO, ÓRGÃOS ANEXOS E PAREDE ABDOMINAL ELETIVAS E DE URGÊNCIA REALIZADAS ENTRE 2012 E 2015 EM JOÃO PESSOA ? PARAÍBA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: AUTHA MARIA MENDES DE OLIVEIRA1; IURI DE BRITO NÓBREGA SILVA2; LUÍVIA FRAGOSO DE BARROS1; IRLA ANDRADE DANTAS1; GUSTAVO HENRIQUE MENDES DE OLIVEIRA3; LUIZ GUSTAVO DELGADO DUARTE4. 1. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 4. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE CAMPINA GRANDE, CAMPINA GRANDE - PB - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo Compreender o perfil das cirurgias do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal (CAD), possibilitando um acompanhamento adequado que reduza a morbimortalidade, minimizando tempo e custos, através de análise do perfil das cirurgias do AD nos serviços médicos de João Pessoa, Paraíba, entre 2012 e 2015.Método Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, descritivo, com análise quantitativa, em que são apresentadas informações e análises sobre CAD, ocorridas nos serviços de João Pessoa, Paraíba, durante o período de 01 de janeiro de 2012 a 31 de dezembro de 2015, segundo os conteúdos existentes na base de dados Sistema de Informação sobre Internação Hospitalar do Ministério da Saúde.Resultados Foram realizados 21.645 procedimentos, classificados quanto ao caráter de atendimento: eletivo (14.431), urgência (6.862), outros tipos de acidente de trânsito (1) e outros tipos de lesões e envenenamento por agentes químicos e físicos (351). Para a realização dos procedimentos, foram gastos, ao total, R$18.083.364, sendo os procedimentos de maior custo os classificados como eletivos (R$10.105.311), seguido dos classificados como urgência (R$7.425.752,90). Ao total, foram 74.924 dias de internação, sendo os procedimentos com o maior número de dias de permanência dos pacientes nos serviços, os tidos como urgência (39.204), seguidos de eletivo (33.519).Conclusões A maior parte das CAD ocorridas em João Pessoa são realizadas de forma eletiva, sendo que estas trazem maiores gastos para o SUS, o que diverge com dados encontrados em outras pesquisas. Com o conhecimento deste perfil, podem ser identificadas particularidades na distribuição quanto às demandas do serviço, que pode auxiliar gestores de saúde à tomada de decisões no sentido de garantir os princípios preconizados pelo SUS no acesso aos serviços de saúde.ReferênciasFEITOSA, RGF, et al. Análise da incidência de infecção de sítio cirúrgico em cirurgias oncológicas do aparelho digestivo no Hospital Geral de Fortaleza. Medicina (Ribeirão Preto), vol. 47, n. 2, p. 157-64. 2014.GERALDO, I, et al. Aspectos epidemiológicos de pacientes com lesões iatrogênicas das vias biliares. Rev. Para. Med, vol. 29, n. 2. 2015.PRADO, CBC, et al. Ocorrência e fatores associados à hipotermia no intraoperatório de cirurgias abdominais eletivas. Acta paul. Enferm, vol. 28, n. 5, p. 475-81. 2015.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2936

TÍTULO DO TRABALHO: CARACTERÍSTICAS DOS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS DO APARELHO DIGESTIVO REALIZADOS ENTRE 2012 E 2015 NA PARAÍBA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: IRLA ANDRADE DANTAS1; IURI DE BRITO NÓBREGA SILVA2; AUTHA MARIA MENDES DE OLIVEIRA1; LUÍVIA FRAGOSO DE BARROS1; ANNE KAROLLINE MENDES DA SILVA3; RENATA LIMA MEDEIROS2; DAVI LIMA MEDEIROS2; VINÍCIUS BEZERRA NOBRE1. 1. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 3. CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo Ao compreender o perfil dos internamentos cirúrgicos do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal (AD), é possível realizar um acompanhamento adequado que reduza significativamente a morbimortalidade, economizando tempo e minimizando custos. Objetiva-se analisar o perfil dos procedimentos de cirurgia do AD nos serviços da Paraíba, entre 2012 e 2015.Método Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, descritivo, com análise quantitativa, em que são apresentadas informações e análises sobre cirurgias do AD, ocorridas em João Pessoa, Paraíba, durante o período de 01 de janeiro de 2012 a 31 de dezembro de 2015, segundo os conteúdos existentes na base de dados Sistema de Informação sobre Internação Hospitalar do Ministério da Saúde.Resultado Foram realizados 45.635 procedimentos, sendo os mais frequentes a colecistectomia (12.857), seguida de hernioplastia inguinal unilateral (7.467). Para a realização dos procedimentos, foram gastos, ao total, R$35.283.419 sendo os procedimentos que totalizaram maiores custos a colecistectomia (R$9.578.972,30) seguida de hernioplastia inguinal unilateral (R$3.782.172,70). Ao total, foram 152.721 dias de internação, sendo os procedimentos com o maior número de dias de permanência dos pacientes nos serviços a colecistectomia (35.061 dias) e apendicectomia (24.906 dias).Conclusão Os procedimentos mais frequentemente realizados são os de maior custo aos cofres públicos. Ao contrário do encontrado em outras análises, foi possível identificar que um dos procedimentos com maior número de dias de internação não faz parte do grupo de maior custo. Com o conhecimento deste perfil, podem ser identificadas particularidades na distribuição quanto às demandas do serviço, que pode auxiliar gestores de saúde à tomada de decisões no sentido de garantir os princípios preconizados pelo SUS no acesso aos serviços de saúde.BibliografiaLIMA, AP et al. Perfil clínico-epidemiológico da apendicite aguda: análise retrospectiva de 638 casos. Rev. Col. Bras. Cir, v. 43, n. 4, p. 248-253, 2016.NUNES, EC. Internações por colecistite e colelitíase no Rio Grande do Sul, triênio 2011-2013. 49f. Dissertação (Especialização em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2015.PERES, RR et al. Perfil clinico-epidemiológico dos pacientes internados no pronto-socorro de um hospital universitario. Saúde (Santa Maria), v. 39, n. 1, p. 77-86, 2013.

CODIGO DO TRABALHO: 2939

TÍTULO DO TRABALHO: CARACTERÍSTICAS DOS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS REALIZADOS EM 2015 EM JOÃO PESSOA ? PARAÍBA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: IRLA ANDRADE DANTAS1; IURI DE BRITO NÓBREGA SILVA2; AUTHA MARIA MENDES DE OLIVEIRA1; LUÍVIA FRAGOSO DE BARROS1; ANNE KAROLLINE MENDES DA SILVA3; LUIZ GUSTAVO DELGADO DUARTE4; GUSTAVO HENRIQUE MENDES DE OLIVEIRA5. 1. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 3. CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 4. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE CAMPINA GRANDE, CAMPINA GRANDE - PB - BRASIL; 5. UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo Trabalhos epidemiológicos sobre procedimentos cirúrgicos realizados em uma determinada região tem importância evidente quando observa-se que esta é a forma mais eficiente de melhorar a qualidade dos serviços, mediante a demanda, e diminuir custos. Objetiva-se analisar o perfil dos procedimentos cirúrgicos realizados em João Pessoa no ano de 2015.Método Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, descritivo, com análise quantitativa, em que são apresentadas informações e análises sobre os procedimentos cirúrgicos realizados em João Pessoa, Paraíba, durante o período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2015, segundo os conteúdos existentes na base de dados Sistema de Informação sobre Internação Hospitalar do Ministério da Saúde.Resultados Foram realizados 34.253 procedimentos, sendo os mais frequentes as cirurgias obstétricas (7.084), seguida das cirurgias do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal (5.527). Para a realização dos procedimentos, foram gastos, ao total, R$61.642.779,12, sendo os procedimentos cirúrgicos que totalizaram maior custo as cirurgias classificadas como ?outras cirurgias? (R$16.377.347,68), seguida de cirurgias do aparelho circulatório (R$15.878.848,88). Os procedimentos que resultaram em um maior número de dias de permanência dos pacientes no serviço foram cirurgias do sistema osteomuscular (44.678) e outras cirurgias (31.641).Conclusões O conhecimento do perfil de prevalência dos procedimentos e dos gastos relativos aos mesmos nos serviços deste município identifica as particularidades na distribuição quanto às demandas dos serviços, o que pode auxiliar gestores de saúde à tomada de decisões no sentido de garantir os princípios preconizados pelo SUS no acesso aos serviços de saúde.BibliografiaARAGÃO, JA et al. O perfil epidemiológico dos pacientes com cardiopatias congênitas submetidos à cirurgia no Hospital do Coração. Rev Bras Cien da Saúde, v. 17, n. 3, p. 263-268, 2013.COSTA, VN et al. Perfil epidemiológico dos pacientes submetidos a cirurgias em um hospital público. Rev Enfer UFPI, v. 3, n. 1, p. 4-9, 2014.DORDETTO, PR et al. Pacientes submetidos à cirurgia cardíaca: caracterização sociodemográfica, perfil clínico-epidemiológico e complicações. Rev Fac de Cien Med de Soroc, v. 18, n. 3, p. 144-149, 2016.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 847

TÍTULO DO TRABALHO: CIRURGIA DE KAMINISHI PARA TRATAMENTO DA NEOPLASIA MALIGNA OBSTRUTIVA E IRRESSECÁVEL DO ANTRO GÁSTRICO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CARLOS ROBERTO CARVALHO LEITE; JÉSSICA MONTENEGRO PONTES; ERNESTO DE SOUZA DINIZ NETO; JOSANN FREDERICO RIBEIRO; GABRIELLA SANCHO LEITE; ARTHUR GONÇALVES DE LIMA FRANÇA; KAROLINE RODRIGUES COSTA ARAÚJO. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Avaliar os resultados da gastrojejunostomia particionada (Cirurgia de Kaminishi) para tratamento paliativo da obstrução gástrica distal em paciente com carcinoma gástrico irressecável. Métodos: Foram realizadas três (03) gastrojejunostomias pela técnica de Kaminishi, no Serviço de Cirurgia Abdominal do Hospital de Câncer Napoleão Laureano, em João Pessoa ? PB. Todos os pacientes apresentavam neoplasia de estômago distal com obstrução pilórica e sinais de irressecabilidade. A cirurgia consistiu de partição do estômago, feita com grampeador linear 55mm, mantendo-se um túnel de aproximadamente três (03) centímetros de diâmetro na pequena curvatura gástrica, seguida de anastomose gastrojejunal na parte proximal do estômago, com sutura contínua de poliglactina 910 3-0. Resultados: Todos os pacientes evoluíram com drenagem satisfatória da gastrojejunostomia, recebendo alta com alimentação oral normal. Não houve morbimortalidade pós-operatória. Conclusão: Os autores concluem que a cirurgia de Kaminishi melhora o esvaziamento gástrico, evita o sangramento contínuo devido ao contato do conteúdo alimentar na superfície do tumor e evita a obstrução precoce do estoma pelo crescimento da neoplasia, podendo ser usada como segurança nos casos de neoplasia de estômago com obstrução e irressecabilidade para melhoria da qualidade de vida do paciente.Bibliografia:O. Abdel-lah-Fernández, F.C. Parreño-Manchado, A. García-Plaza, A. Álvarez-Delgado. Partial stomach partitioning gastrojejunostomy in the treatment of the malignantgastric outlet obstruction. Cirugía y Cirujanos, Vol 83, Issue 5, Sep?Oct 2015, pp. 386-392;R. Arrangoiz, P. Papavasiliou, S. Singla, V. Siripurapu, T. Li, J.C. Watson, et al. Partial stomach-partitioning gastrojejunostomy and the success of this procedure in terms of palliation. Am J Surg., 206 (2013), pp. 333?339.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1185

TÍTULO DO TRABALHO: Cisto de duplicação gástrica - Relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BRUNO BERNABÉ LUBRAICO1; RENAN BRITO NOGUEIRA2; ANNA MARCELLA QUINTANILHA BARBOSA DE MELLO1; IGOR FECURY LIMA1; CAIO MONTEIRO PIMENTEL1; LAISA ALVES DE SOUZA1; PAULO HENRIQUE RIBEIRO DE OLIVEIRA1; FLAVIO DOS SANTOS ANTUNES2. 1. HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA DE MACAÉ/HPM, MACAÉ - RJ - BRASIL; 2. HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA DE MACAÉ, MACAÉ - RJ - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Os cistos de duplicação gastrointestinal são malformações congênitas raras que podem surgir ao longo de todo o tubo digestivo. São mais frequentes no íleo e jejuno, sendo a localização gástrica das mais raras(4%). Apresentam três características em comum: 1 - Serem rodeados por uma camada muscular desenvolvida; 2 - Serem revestidos, parcialmente, por mucosa gastrointestinal; 3 - Estarem ligados a uma parte do tubo digestivo. Na sua maioria, os cistos de duplicação gástrica são diagnosticados na infância, antes dos 12 anos em 75% dos casos. São malformações mais comuns no sexo feminino (2:1). As duplicações gástricas podem ser classificadas em císticas, sem comunicação com o lúmen (80% dos casos), e?tubulares, com comunicação com o lúmen do estômago. São mais comuns na grande curvatura gástrica e no bordo mesentérico.RELATO DE CASO: Homem, 25 anos, enviado ao ambulatório de cirurgia geral, por quadro de dispepsia. O paciente referia desconforto epigástrico há dois anos. Neste período, negava vómitos, saciedade precoce, anorexia, emagrecimento, hematêmeses e alteração do trânsito intestinal. Ao exame fisico abdômen flácido, depressível, indolor a palpação, sem massas palpáveis. Realizou EDA que não apresentou alterações. Submetido a Ecoendoscopia Digestiva que revelou lesão sub epitelial de fundo gástrico sugestiva de cisto de duplicação digestivo com crescimento exofítico. A Tomografia Computorizada Abdominal indentificou lesão hipodensa no fundo gástrico, que não se preenche com contraste por via oral. Foi submetido a cirurgia e realizado gastrectomia segmentar em cunha por laparotomia seguido de gastrorafia, após tentativa por laparoscopia. O histopatológico evidenciou segmento gástrico de padrão fúndico, apresentando na face externa revestimento mucoso do tipo fúndico, escamoso e cilíndrico, compatível com duplicação gástrica. Apresentou boa evolução no pós operatório, com alta Hospitalar no 4 PO. CONCLUSÃO: Os cistos de duplicação gástricos normalmente são benignos e assintomáticos, sendo achados acidentais em exames de rotina. Quando sintomáticos, as queixas dispépticas são as mais comuns e podem ser abordados por via laparoscópica, que já é comprovadamente uma via de acesso segura e de excelentes resultados, diminuindo o trauma cirúrgico comparado a cirurgia convencional, porém em alguns casos ainda se faz necessário o uso da laparotomia: por se tratar de achados raros e que a via de a acesso dependerá da experiência da equipe cirúrgica.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2113

TÍTULO DO TRABALHO: Cisto de Duplicação Gastrointestinal Volumoso Gástrico

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LUCAS ALANO SFFAIR; BRUNA PINTO GREGOLIN; ALEX OLIBONI SUSSELA; VICTOR HUGO VIONE SCHWENGBER; LUIZ HENRIQUE BASTOS CAPAVERDE; CHRISTINA CAMPANA DUARTE. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Os cistos de duplicação gastrointestinais são anomalias raras e, predominantemente, benignas que ocorrem durante o desenvolvimento embrionário precoce. Geralmente, assintomáticos, são encontrados na maioria das vezes de forma incidental em exames de imagem. Quando sintomáticos, possuem apresentações clínicas diversas. Eles são mais frequentemente encontrados no intestino delgado proximal, embora também possam ser encontrados no esôfago, estômago e cólon. Podem causar disfagia, dor abdominal, sangramento e pancreatite. Em geral, são divididos em adjacentes ao lúmen, sem comunicação com a parede gastrointestinal, ou intraluminais, menos comuns que os demais. Os cistos de duplicação são revestidos por epitélio estratificado, ciliado ou colunar e contêm um líquido mucoide. O diagnóstico é feito através de ecografia, tomografia computadorizada ou ressonância magnética. O tratamento expectante é possível em cistos assintomáticos, mas a ressecção cirúrgica ou endoscópica tem sido indicada pelo risco de complicações ou potencial transformação maligna.Relato de caso: Paciente masculino, 42 anos, com queixa de dor abdominal em região de hipocôndrio esquerdo, náuseas e vômitos. Sintomas iniciados há 8 meses. Ao exame físico, apresentava abaulamento em região de hipocôndrio esquerdo e dor a palpação superficial e profunda da mesma região. TC de abdômen evidenciou volumosa formação cística na região infradiafragmática esquerda, medindo cerca de 14 x 11 x 10 cm (LL X AP x CC), sem realce pelo meio de contraste, sem definido plano de clivagem com lobo hepático esquerdo e de origem indefinida pelo estudo tomográfico. Submetido à videolaparoscopia, onde foi identificado lesão cística volumosa, firmemente aderida a parede gástrica (pequena curvatura), marginal ao lobo hepático esquerdo, estendendo-se posteriormente em direção e anterior ao baço, até a região anterior do rim esquerdo. Realizada punção e aspiração de conteúdo mucinoso e ressecção do cisto, respeitando limites anatômicos. Retirada da lesão da cavidade abdominal com uso de preservativo, e lavagem da cavidade com soro fisiológico aquecido. Paciente evoluiu bem no pós-operatório e recebeu alta hospitalar precoce. Conclusão: O objetivo desse trabalho é relatar o caso de um paciente com um cisto de duplicação gastrointestinal volumoso, patologia rara principalmente nessa faixa etária e de localização incomum, e enfatizar a viabilidade do tratamento cirúrgico videolaparoscópico dessa patologia.

CODIGO DO TRABALHO: 1410

TÍTULO DO TRABALHO: Cisto de mesentério: relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: HENRIQUE BELETÁBLE FONSECA; JOÃO PAULO SILVA VIEIRA; SILLAS MOURÃO PINTO; ANTONIO SERGIO ALVES; JOSE LUIZ CAMPELLO DE MELLO VIANNA; PABLO NELSON DO VALLE HUBNER; THIAGO DE ALMEIDA FURTADO; DIEGO PAIM CARVALHO GARCIA. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CIÊNCIAS MÉDICAS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOOs cistos mesentéricos são lesões benignas e raras, com acometimento de 1 para cada 27.000 a 250.000 pessoas. Predominam em mulheres na 4ª década de vida. Os sintomas mais comuns são dor abdominal (82%) e náuseas e vômitos (45%) e o sinal clínico mais comum é a massa palpável. Os melhores exames são a ultrassonografia (US) e tomografia computadorizada (TC). Os cistos podem ocorrer em qualquer segmento, mas a maioria se encontra no mesentério do intestino delgado. As complicações mais frequentes são perfuração, supuração, oclusão intestinal aguda e degeneração maligna. O tratamento de escolha é a excisão completa, associada ou não à ressecção intestinal. Quando esta não é possível, opta-se por enucleação e marsupialização.RELATO DE CASOR.L.C., mulher, 67 anos, apresenta queixa inespecífica de náuseas e vômitos iniciados há 7 anos, sem fatores de melhora ou piora. Nega dor abdominal ou perda ponderal. Hábitos fisiológicos preservados. História cirúrgica prévia de cesárea. Sem outras queixas. Bom estado geral ao exame físico. À palpação abdominal, presença de massa de 8 cm de diâmetro em mesogástrio, móvel, indolor.Ao US abdominal (17/09/14): formação cística em mesogástrio, de contornos lobulados, conteúdo anecóico e homogêneo, de 97 x 70 x 57 mm, volume 206 mL, com finas septações irregulares em seu interior, sem fluxo ao Doppler. Exames laboratoriais sem alterações. À TC de abdome e pelve com contraste (03/12/14): formação hipodensa, de 96 x 76 mm, na região pré-ilíaca comum direita, conteúdo homogêneo.Submetida a laparotomia exploradora em 26/10/16, evidenciando lesão de mesentério, de 9 cm de diâmetro, conteúdo cístico, com planos de clivagem livres. Ausência de carcinomatose peritoneal. Aspirado conteúdo do cisto e exérese completa da cápsula do mesmo. Ausência de invasão neoplásica, perfuração ou isquemia de alças intestinais.Recebeu alta hospitalar no 5º dia de pós operatório. Retorna ao ambulatório assintomática. Ao exame anatomopatológico: achados histopatológicos compatíveis com parede de cisto mesentérico, associado a processo inflamatório crônico inespecífico. Após um mês, manteve-se assintomática, recebendo alta da Cirurgia Geral.CONCLUSÃOOs cistos de mesentério são lesões intra-abdominais raras. Os sinais e sintomas mais comuns são inespecíficos, tornando o diagnóstico difícil. Os exames de imagem preferenciais são US e TC. O tratamento de escolha é cirúrgico, visando a excisão completa da lesão. A doença cursa com bom prognóstico.

CODIGO DO TRABALHO: 449

TÍTULO DO TRABALHO: Cisto mesentérico quiloso: relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANDRÉ FAINSTEIN; JOÃO LUCAS BODEVAN; KEVIN LIMA TAVARES; RICARDO SILVA GUIMARAES; GLAUCO VASCONCELLOS DA SILVA RAMOS; GEISON ORÇAY ECCARD. HOSPITAL NAVAL MARCILIO DIAS, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O cisto mesentérico (CM) é uma rara entidade, apresentando incidência aproximada de 1/100.000 admissões hospitalares, podendo acometer o mesentério desde o duodeno ao reto. Ainda de etiologia incerta, acredita-se que desordens embriológicas e linfáticas, trauma abdominal e outras condições possam estar relacionadas com a formação cística. A sua topografia mais comum, destina-se ao intestino delgado, seguida do mesocólon e reto. O CM quiloso é ainda mais raro, sendo encontrado apenas em aproximadamente 7,3% dos casos.Relato de Caso: paciente feminina, 29 anos, sem comorbidades, é atendida no ambulatório de Cirurgia Geral, referindo náuseas e dor em andar inferior do abdômen com 7 dias de evolução, de moderada intensidade e piora progressiva, sem irradiações. Não relata sintomas urinários, alterações dos hábitos intestinais, exteriorização de sangramento, trauma local, desordens menstruais ou demais sintomas. Ao exame nota-se dor a palpação em hipogástro, sem massas ou visceromegalias. A mesma portava ultrassonografia (USG) abdominal em mãos, evidenciando formação ovalada, cístico-sólida, medindo 39x36x31mm, em topografia infra-umbilical. A Tomografia Computadorizada (TC) de abdômen revelou imagem de aspecto cístico, com paredes algo espessadas, contornos regulares e limites bem definidos, medindo 45x44x40mm, próximo aos vasos ilíacos à esquerda. Procedeu-se a laparoscopia diagnóstica, identificando a tumoração mesentérica junto ao intestino delgado, sendo então ressecada com 10cm de íleo. A peça foi retirada após minilaparotomia e enviada à anatomopatologia. A histopatologia diagnosticou lesão compatível com CM quiloso.Conclusão: o CM quiloso é uma rara condição, em sua maioria assintomática e que deve ser considerada como diagnóstico diferencial em vigência de tumor cístico intra-abdominal. A conduta terapêutica de primeira linha é a remoção cirúrgica da lesão, via laparotômica ou laparoscópica, cuidadosamente estudada e planejada previamente ao procedimento.Referências:1- Sudiono D et al. Acute abdominal pain caused by an infected mesenteric cyst in a 24-year-old female. Case Reports in Radiology 2016.2- Lee D, et al. Chylous mesenteric cyst: a diagnostic dilemma. Asian J of Surgery. 20163- Kumar W et al. Mesenteric cyst in sigmoid mesocolon ? a rare location and its laparoscopic excision. Medical Journal Armed Forces India. 20154- Dioscoridi L. et al. Chylous mesenteric cysts: a rare surgical challenge. Journal of Surgical Case Reports. 2014

CODIGO DO TRABALHO: 334

TÍTULO DO TRABALHO: Complicações pós-operatórias precoces de pacientes submetidos a tratamento cirúrgico de câncer gástrico em um hospital militar.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: KEVIN LIMA TAVARES; ANDRÉ FAINSTEIN; MARCELLA PIMENTEL DE ALVARENGA; RICARDO SILVA GUIMARAES. HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Analisar o pós-operatório precoce dos pacientes submetidos à cirurgia para tratamento de câncer gástrico.Método: Este estudo é uma análise retrospectiva, onde foram avaliados 55 pacientes com diagnóstico de Adenocarcinoma Gástrico submetidos a gastrectomias curativas no Hospital Naval Marcilio Dias (HNMD), no período de maio de 2011 a maio de 2016. Os parâmetros avaliados foram: sexo, idade, tipo de gastrectomia (total ou subtotal), estadiamento oncológico TNM e complicações.Os dados foram obtidos pelo Prontuário Médico Informatizado do HNMD e analisados pelo Microsoft ExcelR2015.Resultados: Dos 55 avaliados, 33 (60%) eram do sexo masculino. A faixa etária do estudo foi de 26 a 85 anos, com idade média de 63 anos e mediana de 70 anos. Das cirurgias realizadas, 40 (72,72%) foram gastrectomia subtotal e 15 (27,28%) gastrectomia total. No estadiamento cirúrgico foram identificados 20 (36.35%) no estádio I, 17 (30.90%) no estádio II, 12 (21.80%) no estádio III e 6 (10.90%) no estádio IV. Dos pacientes analisados 22 (40%) apresentaram complicações pós-operatórias, sendo que 3 (5.45%) evoluíram para óbito. As complicações apresentadas foram pneumonia (10.90%), atelectasia (3.63%), fistula (7,20%), deiscência (3.63%), evisceração (3.63%), gastroparesia (3,63%), infecção de ferida operatória (1.80%) e infecção de trato urinário (1.80%).Conclusões: Os pacientes submetidos à cirurgia na instituição apresentaram taxa de complicação compatível com a literatura nacional, no entanto a literatura internacional ainda possui taxas melhores. 1,2,3Um dos possíveis fatores que contribuem para tal fato é o estadiamento avançado dos pacientes no diagnóstico inicial, sendo essa dificuldade decorrente de falhas na aplicação de protocolos de diagnóstico precoce de CG.3,4Bibliografia:1. Kubota T, Hiki N, Sano T, Nomura S, Nunobe S, et al. (2014) Prognostic significance of complications after curative surgery for gastric cancer. Ann SurgOncol 21: 891?898.2. Toneto MG. Estado atual do tratamento cirúrgico do adenocarcinoma gástrico avançado. Rev AMRIGS. 2012; 56:75-80.3. Laporte GA, Weston AC, Paludo AO, Castria TB, Kalil AN . Analise Epidemiológica Dos Adenocarcinomas Gástricos Ressecados Em Um Serviço De Cirurgia Oncológica. Revista AMRIGS , v. 58, p. 121-125, 2014.4. Jucá PC, Lourenço L, Kesley R, Mello ELR, Oliveira IM, Corrêa JHS. Comparação da sobrevivência e dos fatores prognósticos em pacientes com adenocarcinoma gástrico T2 e T3. RevColBras Cir. 2012; 39(5).

CODIGO DO TRABALHO: 2110

TÍTULO DO TRABALHO: Conduta cirúrgica em hemorragia digestiva por doença diverticular de delgado e cólon em paciente idoso.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ROMULO HALBERT GRECHI SGARBI; FERNANDO AUGUSTO MATAVELLI; CINARA MARTINS DE OLIVEIRA; JESSICA BOCCHI BACCO; ISABELA ROVERATTI SPAGNOL; RODRIGO NARDELLI DE ANDRADE SCALABRIN. BENEFICÊNCIA PORTUGUESA, SAO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução A doença diverticular pode se apresentar por todo intestino, sendo sua maior incidência no cólon, deste a região mais acometida é o sigmoide (envolvimento em 95% dos casos seja de forma exclusiva ou associada [1]). Na prevalência do acometimento de delgado temos de 0,3 á 2,5% dos casos [2], sendo que dos divertículos jejuno-ileiais 80% estão em jejuno, 15% em íleo e 5% em ambos[3]. O sangramento gastrointestinal maciço é responsável por 30 a 50% das complicações. Sendo este abrupto, indolor e de grande volume, exigindo inclusive hemotransfusões[4].Objetivo e Métodos O presente relato evidenciou ao longo de 5 anos, a tentativa de tratamento conservador em paciente com doença diverticular de todo intestino, apresentando episódios de sangramento recorrentes.Relato de CasoPaciente D.S.C, 69 anos apresentou enterorragia no ano de 2012, internado em UTI. Realizado colonoscopia evidenciando pólipo 06 mm em cólon ascendente e divertículos em cólon sigmóide, ascendente e transverso. Evoluiu até dezembro de 2015 com outros 06 episódios de sangramentos, tendo recebido neste período 18 concentrados de hemácias. Realizou em dezembro de 2015 cintilografia com hemácias marcadas evidenciando acúmulo anômalo na projeção de alças de delgado, em flanco direito (jejuno-íleal) positivo para sangramento digestivo ativo, com foco inicial na projeção de alças de delgado. Apresentou mais 03 episódios de sangramento até março de 2016, sendo optado pela realização de laparotomia exploradora com enteroscopia intraoperatória e enterectomia segmentar, cujo anatomopatológico confirmou inúmeras projeções diverticulares do segmento ressecado. Recebeu alta em bom estado porém apresentou, após três meses novos episódios de sangramento.ConclusãoA hemorragia diverticular é uma complicação que tem habitualmente uma ocorrência tardia na história natural da doença sendo, portanto mais comum no idoso e rara nos doentes com idade inferior a 50 anos [5], assim como evidenciado neste estudo. Na hemorragia digestiva, a parada espontânea do sangramento ocorre em 70-80% de todos os casos em sangramento agudo [6], optado inicialmente pelo tratamento conservador. No entanto, devido á recorrência o tratamento cirúrgico fora indicado. Evidenciamos que mesmo após a identificação do sítio de sangramento com auxílio da enteroscopia e ressecção do mesmo, o paciente voltou a apresentar novos episódios de sangramento de outros sítios.

CODIGO DO TRABALHO: 1966

TÍTULO DO TRABALHO: CORPO ESTRANHO NO APÊNDICE VERMIFORME

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DANILO AUGUSTO NARCIZO DA SILVA; CAIO CIRILLO FREITAS DA SILVA; HERCULES MAGALHAES O. DO CARMO; ANGELA CLAUDIA PAIXAO SOARES. UFAC, RIO BRANCO - AC - BRASIL.

RESUMO:
RESUMORelato de caso de paciente que ingeriu corpo estranho submetido à laparotomia exploradora para remoção do mesmo, na qual se observou prego no lúmen do apêndice vermiforme, por isso, realizada apendicectomia.INTRODUÇÃOA ingestão de corpo estranho pode ser acidental ou intencional, ocorre em todas as idades e é um motivo frequente de admissão ao serviço de urgência. Os grupos geralmente observados são: crianças, idosos, pacientes desdentados, psiquiátricos, presidiários, dependentes químicos e aqueles em libações alcoólicas. A população pediátrica, entre dois e quatro anos de idade, é responsável por 80% dos corpos estranhos ingeridos, estimando-se que 10% dos casos representem recidivas.Nos adultos, os eventos são mais comuns em pacientes da sexta década de vida, podendo estar relacionados à diminuição da visão, do controle da deglutição e da sensibilidade oral .RELATO DE CASOPaciente masculino, 25 anos, proveniente de Rio Branco, Acre, grau de escolaridade E.M completo, solteiro, desempregado, renda familiar de um salário mínimo. Foi trazido por seus familiares ao Hospital de Urgências e Emergências de Rio Branco ? HUERB, com história de queda de altura, escada de aproximadamente 1,5 m, durante reforma da casa, há 21 dias. Relatou que na ocasião estava com quatro pregos (corpos estranhos) na cavidade oral, tendo ingerido um destes. Queixava-se de ansiedade, hiporexia, náuseas, lombalgia e as funções fisiológicas estavam preservadas. Ao exame físico do abdome apresentava dor à palpação da fossa ilíaca direita, sem sinais de irritação peritoneal e os outros aparelhos e sistemas sem alterações dignas de nota.Portava raios X prévios, todos sem laudo, além de TC de abdome total, promovendo artefatos em correspondência, localizada na fossa ilíaca direita, aparentemente na topografia ileocecal, sem obstrução do trânsito intestinal, sugerindo correlação clínica. Foi submetido à Laparotomia exploradora, palpado corpo estranho no lúmen do apêndice vermiforme e optado por proceder com Apendicectomia técnica de Ochsner.CONCLUSÃOUma boa inspeção física e clinica têm importância para o êxito no diagnótico, não podendo descartar a boa conduta no procedimento. Sendo assim, os raios X prévios e a tomografia computadorizada de abdome total, realizada com cortes axiais com técnica de aquisição helicoidal, foram ímpar para o procedimento cirúrgico e, assim, evitar complicações na cirurgia. O paciente evoluiu sem intercorrências no intra e pós-operatória

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2000

TÍTULO DO TRABALHO: DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO DE LIPOMA GÁSTRICO APÓS MANEJO DE TUMORAÇÃO GÁSTRICA: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANNA LUIZA PORTELA TARGINO1; JOSÉ VICTOR GOMES LOPES2; WANUZIA KEYLA SILVA MIRANDA3; RAIMUNDO SALES FILHO4; THAÍS CARVALHO PIRES DE SÁ1; LETICIA DINIZ ARANDA1; GABRIELA SILVEIRA PESSOA1; JOÃO ANTÔNIO ALVES GONCALVES1. 1. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 3. DOUTORA EM MEDICINA, ESPECIALISTA EM CITOPATOLOGIA E DOCENTE DA DISCIPLINA DE GINECOLOGIA E OBSTETRI, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 4. DOUTOR EM ANATOMIA PATOLÓGICA, DOCENTE DA DISCIPLINA DE ANATOMIA PATOLÓGICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Lipomas são tumores mesenquimais benignos compostos por adipócitos maduros que apresentam crescimento lento e podem ser fixos ou móveis. Apresentando etiologia incerta, alguns autores sugerem como causas as alterações endócrinas, a hereditariedade, trauma e infecção local. O lipoma gástrico é raro, representando apenas 3% de todos os tumores benignos do estômago e são usualmente encontrados nas regiões do antro e corpo gástrico, podendo intussusceptar-se para o canal pilórico e o duodeno, obstruindo-os. Eventualmente podem simular tumores malignos do estômago. A sintomatologia é variável e algumas vezes dependente de outras patologias associadas. Mostrando-se de difícil diagnóstico, costuma ser um achado acidental durante a realização de exames, como a radiografia ou endoscopia. O tratamento consiste na ressecção cirúrgica do tumor por laparotomia ou videolaparoscopia, principalmente quando sintomáticos. RELATO DE CASO: F. F., sexo masculino, 78 anos, paciente do Complexo Hospitalar de Mangabeira em Joao Pessoa-PB, submetido à gastrectomia subtotal após diagnóstico endoscópico de massa nodular na região entre o piloro e o duodeno. Encaminhada ao estudo histopatológico, a avaliação macroscópica da peça constatou corresponder a segmento gástrico/duodenal medindo 7,0 cm de comprimento, revestido externamente por serosa lisa e transparente. Aberta a peça, evidenciou-se uma lesão de aspecto polipoide, séssil, medindo 3,0 cm em seu maior diâmetro, revestida por mucosa de superfície lisa, correspondendo a nódulo amarelado, submucoso, distando 2,0 cm da margem cirúrgica mais próxima. À microscopia, os cortes histológicos correspondiam à região do antro gástrico, contendo massa nodular submucosa composta por acúmulo de adipócitos típicos. A mucosa suprajacente apresentava-se livre de alterações. A lesão foi diagnosticada histopatologicamente como tratando-se de um lipoma gástrico submucoso. CONCLUSÃO: Apesar da baixa incidência e prevalência, o lipoma gástrico é condição benigna rara que deve ser aventada como diagnóstico diferencial em casos de formação tumoral em parede gástrica e sempre que sinais como a sensação de comprimir uma espoja (almofada) e a coloração amarelada da superfície de revestimento da lesão forem evidenciados através da endoscopia. A avaliação histopatológica ainda se mostra como método de eleição para o diagnóstico definitivo.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2186

TÍTULO DO TRABALHO: DIAGNÓSTICO PRECOCE DE PÓLIPO FIBRÓIDE INFLAMATÓRIO - RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOÃO PEDRO SOARES NUNES; ANDRÉA CRUVINEL ROCHA SILVA; PEDRO ANTÔNIO PASSOS AMORIM; JAMILE CRISTINE FERREIRA; NAYARA FERREIRA FRANÇA; DANIEL NOGUEIRA LACATIVA LOURENÇO; JAIR PEREIRA DE MELO JÚNIOR; VICENTE GUERRA FILHO. DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DO HOSPITAL SANTA TEREZINHA DE RIO VERDE - GOIÁS, RIO VERDE - GO - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Pólipo Fibróide Inflamatório é uma lesão rara, benigna, com baixa transformação maligna, que surge a partir da submucosa do trato gastrointestinal. É mais comum no antro, sendo rara no duodeno, com predominância do gênero masculino e faixa etária de 60 a 70 anos.Relato de caso: Paciente feminino, 76 anos, internada na Unidade de Terapia Intensiva com queixa de dor abdominal intensa, tipo cólica, em região epigástrica e quadro de insuficiência renal aguda com suspeita de Pielonefrite. Foi feita a reposição hidroeletrolítica, levando a melhora do quadro renal, porém a paciente permaneceu hipocalêmica e evoluiu com parada de eliminação de gases e fezes. Ao realizar a tomografia computadorizada de abdome total, foram evidenciados sinais compatíveis com obstrução intestinal ao nível de íleo sugerindo intussuscepção. Encaminhada para a cirurgia, foi feita a Enterectomia segmentar com Enteroanastomose íleo-ileal latero-lateral, com sutura mecânica por videolaparoscopia. Foi realizada análise anatomo-patológico da peça cirúrgica e as alterações histopatológicas podiam corresponder a Tumor Gastrointestinal Estromal, Neurofibroma, Leiomioma ou Pólipo fibroide inflamatório, sendo o material encaminhado para a imuno-histoquímica. Através desse estudo estabeleceu-se o diagnóstico definitivo de Pólipo Fibróide Inflamatório de intestino Delgado: CD-117 ? negativo, CD-68 (KP1) ? positivo e Ki-67 (MIB-1) ? positivo, sendo orientado à paciente acompanhamento periódico.Conclusão: Pode-se, por meio deste relato, alertar para a importância do precoce diagnóstico diferencial de Pólipo Fibróide Inflamatório e adoção de intervenções efetivas e rápidas na abordagem de abdome agudo obstrutivo, de maneira a aumentar a expectativa de vida destes pacientes.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1629

TÍTULO DO TRABALHO: Dilatação gástrica aguda com necrose e perfuração devido à Síndrome da Artéria Mesentérica Superior: Relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RAPHAEL SEGATO VAZ DE OLIVEIRA; MARCELO POLASTRI GOMES FERREIRA; TARCISIO VERSIANI AZEVEDO FILHO; FABIO GONTIJO RODRIGUES; MARCOS LANNA BICALHO; LARISSA AMARAL CARREGAL; AMANDA FERREIRA NAZARETH MARQUES; RODRIGO GUIMARÃES CORRADI. HOSPITAL JULIA KUBITSCHEK, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A Síndrome da artéria mesentérica superior (SAMS), também conhecida pelo nome de Síndrome de Wilkie, é uma causa rara de obstrução intestinal. Acontece pela compressão da terceira porção duodenal entre a aorta e a artéria mesentérica superior, quando o ângulo entre essas duas artérias e menor que 20 graus. Pode ser congênita ou secundária a outras condições, como perda de peso ou trauma. Os pacientes geralmente respondem a tratamento conservador.Relato de caso: Paciente do sexo feminino, 21 anos, procurou atendimento médico com desconforto abdominal intenso e difuso, hiporexia, náuseas sem vômitos, parada de eliminação de fezes e flatos há 2 dias, após alimentação copiosa. Ao exame físico da admissão apresentava taquicardia, dor e distensão abdominal, sem sinais de peritonite. Tomografia computadorizada de abdome e pelve evidenciou acentuada dilatação gástrica e duodenal até a terceira porção, redução do ângulo entre a artéria mesentérica superior e a aorta, medindo 15 graus, derrame pleural bilateral e ascite. Este achado foi confirmado por angiotomografia e feito diagnóstico de SAMS. Foi realizado tratamento clínico inicial com jejum, passagem de sonda nasogástrica (SNG) e hidratação. Mesmo após 8 dias de medidas clínicas paciente manteve quadro de desconforto abdominal, débito de SNG acima de 1000 ml e sem eliminação de fezes ou flatos. Optou-se por realização de laparotomia exploradora, com identificação de necrose e perfuração de parede anterior e posterior do estômago. Foi submetida à gastrectomia total com reconstrução do trânsito em Y de Roux em dois tempos. Recebeu cuidados intensivos no pós-operatório e recebeu alta em boas condições clínicas após um período prolongado de internação. Atualmente encontra-se em acompanhamento ambulatorial, após 11 meses do primeiro procedimento cirúrgico, sem complicações.Conclusão: Apesar da SMAS ser uma condição rara, deve-se levar em consideração como diagnóstico diferencial em pacientes com quadros sugestivos de obstrução intestinal alta e distensão gástrica aguda. Diagnóstico e manejo precoces são essenciais para a boa evolução do paciente.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2140

TÍTULO DO TRABALHO: DIVERTICULITE AGUDA DE MECKEL: UM CASO POUCO FREQUENTE DE ABDOME AGUDO INFLAMATÓRIO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: NATÁSSIA ALBERICI ANSELMO; FERNANDA FORTUCI RESENDE BOTELHO; CARLOS DARIO DA SILVA COSTA; PAULO EDUARDO ZERATI MONTEIRO; RAPHAEL RAPHE. FACERES, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Divertículo de Meckel é uma patologia congênita rara, localizada no íleo terminal em sua borda antimesentérica, que predomina no sexo masculino. Hemorragia é a compliação mais comum em crianças, e processos obstrutivos e inflamatórios, em adultos. É um importante diagnóstico diferencial de apendicite aguda. O diagnóstico pode ser confirmado por imagem, principalmente através da ultrassonografia abdominal e tomografia computadorizada de abdome. O tratamento cirúrgico está indicado na presença de sintomatologia e complicações. RELATO: THPL, sexo feminino, 35 anos, procura atendimento na emergência com epigastralgia há 3 dias, que evoluiu com irradiação da dor em fossa ilíaca direita e flanco direito, associada a náusea. Sem febre e sem alteração do ritmo intestinal. Ao exame físico, abdome flácido, com defesa em fossa ilíaca e flanco direito e Blumberg positivo. Na tomografia computadorizada de abdome, foi evidenciada uma imagem nodular localizada em fossa ilíaca direita com aspecto inflamatório/infeccioso, além de aumento de linfonodos na mesma região. Em caráter de urgência, realizou-se laparoscopia diagnóstica sendo identificado o divertículo de Meckel aproximadamente 100 cm da válvulaileocecal, perfurado e com presença de fecalito. A ressecção do divertículo foi feita com grampeador linear laparoscópico já que sua base não era larga, sem necessidade de enterectomia. A peça cirúrgica foi retirada pela incisão do trocater e enviada para anatomopatológico que confirmou divertículo de meckel inflamado. Não houve pontos de sangramento e o apêndice estava sem alterações. Paciente em acompanhamento ambulatorial, assintomática. CONCLUSÃO: Divertículo de Meckel é uma patologia rara. É comum ser assintomática, e quando há sintomas, é decorrente de alguma complicação tais como a obstrução e inflamação. Inicialmente os sintomas da paciente mimetizaram apendicite aguda, mas o diagnóstico final só foi possível à laparoscopia. O tratamento definitivo e preconizado quando há sintomas evidentes é a ressecção, o que foi prontamente realizado na paciente.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 862

TÍTULO DO TRABALHO: DIVERTICULITE DE MECKEL: Divertículo de Meckel perfurado por corpo estranho (osso de peixe)

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FELIPE SOARES BRANQUINHO; ANTONIO CUSTODIO DA COSTA JÚNIOR; PAULO HENRIQUE CASSIMIRO VIEIRA; ERIKA PATRICIA NETO DE FREITAS; VINICIUS SILVEIRA AMARAL; HEVERTON RAMOS DOS SANTOS; IVAN ARAUJO MOTTA; FRANKLIN PEREIRA DOS SANTOS. HOSPITAL REGIONAL DE SANTA MARIA DF, BRASILIA - DF - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoO divertículo de Meckel (DM), é a anomalia congênita, mais prevalente do trato gastrointestinal. Afeta 2% da população geral (3:2 homem x mulher) e pode ser encontrado em crianças menores de 2 anos. As complicações são de +/- 4%, sendo a perfuração rara, apenas 0,5% de divertículos sintomáticos. A diverticulite, presente em 20% dos pacientes com DM sintomáticos, está associada a uma síndrome clínica de apendicite aguda. A perfuração por osso de peixe, na diverticulite de Meckel é pouco relatada.Caso ClínicoIdentificação: A.T.R., homem, 41 anosQueixa Principal: dor abdominal, em fossa ilíaca direita, há 4 dias, com irradiação para bolsa escrotal, de forte intensidade.História Pessoal: doença do refluxo gastroesofágico. Nega cirurgias prévias.Exame físico: REG, desidratado 1+/4+, febril 38ºC, anictérico, acianótico. Hemodinâmica estável, eupneico, abdome globoso, sem distensão, RHA+ e normais, Blumberg (+), Giordano (-);Exames laboratoriais: hemograma, leucograma e urina normais, creatinina: 1,12, glicose: 125, uréia: 35, potássio: 4,0, sódio: 143Exames de imagem: rotina de abdome agudo sem alteraçõesHipótese diagnóstica: Apendicite agudaTratamento clínico: expansão volêmica e antibioticoterapia empíricaTratamento cirúrgico: laparotomia exploradora (apêndice normal e DM, aproximadamente a 40cm da válvula ileocecal, com sinais flogísticos e perfuração por corpo estranho, osso de peixe). Realizado a enterectomia do segmento acometido com entero ? enteroanastomose término terminal. Paciente recebeu alta no 5º PO com antibiótico (VO) por 10 dias.DiscussãoO DM foi descrito em 1809, por Johann Friedrich Meckel, mostrando que a obliteração incompleta do ducto vitelino ocorre durante a quinta semana de gestação. É designado divertículo verdadeiro, porque suas paredes contêm todas as camadas encontradas no intestino normal. Geralmente encontrado no íleo até 100cm da válvula ileocecal. Corpos estranhos, foram conhecidos como causas de perfuração intestinal, visualizados em exames de imagem ou durante a cirurgia, pois o diagnostico é clinicamente difícil. A perfuração do DM, mesmo sendo rara, se não caracterizada como diagnóstico de diferencial de dor da fossa ilíaca direita, pode levar a sérias complicações. Na literatura, o diagnóstico de perfuração por corpo estranho, foi feito apenas durante a cirurgia na suspeita de apendicite aguda. Este caso, mostra a necessidade de caracterizar o diagnóstico diferencial na suspeita de apendicite aguda.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2888

TÍTULO DO TRABALHO: Diverticulite jejunal: relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FERNANDA MARSICO DO COUTO TEIXEIRA; ELIZABETH MADRIAGA BITTENCOURT; RENATO DE MEDINA COELI; ALINE TIEMI KANO SILVA; AFRA ROANA SIQUEIRA DE CASTRO; LEANDRO ADAMI VASQUES; MATHEUS SILVA DE SOUZA BERÇOT. HOSPITAL FEDERAL CARDOSO FONTES, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A diverticulose de jejuno é considerada uma doença rara. Sua incidência varia entre 1 a 2%, sendo mais frequente em homens (2:1) e a prevalência aumenta com a idade, ocorrendo principalmente na 6a e 7a décadas de vida. Provavelmente ocorre devido a uma disfunção da musculatura lisa ou do plexo mioentérico, podendo ser congênita ou adquirida. Podem coexistir com divertículos de cólon, duodeno, esôfago e estômago. Normalmente o paciente é assintomático e o diagnóstico é feito incidentalmente. Quando sintomáticos, os principais achados crônicos são: dor abdominal, plenitude pós-prandial, náuseas, vômitos, diarréia e hemorragia digestiva baixa e as complicações agudas são: diverticulite, hemorragia digestiva volumosa e obstrução intestinal.RELATO DE CASO: Paciente do gênero masculino, 42 anos, procurou a emergência do Hospital Federal Cardoso Fontes em junho de 2016, com quadro de dor abdominal há 2 dias, acompanhada de náuseas e vômitos. Ao exame: irritação peritoneal, leucocitose e PCR: 13,15. Rotina de abdome agudo com pneumoperitôneo. TC de abdome com pneumoperitôneo e moderada quantidade de líquido livre peritoneal. Foi submetido à laparotomia exploradora que evidenciou múltiplos divertículos jejunais (até 80 cm do ângulo de Treitz), com área hiperemiada, recoberta por fibrina. Mesentério infiltrado em toda extensão e estendendo-se até a serosa do jejuno e íleo. Realizado lavagem e drenagem da cavidade e antibioticoterapia com ciprofloxacino e metronidazol. Foi realizada investigação de doença inflamatória intestinal, devido ao padrão característico observado durante a cirurgia. Colonoscopia: Ileíte terminal inespecífica. ASCA com resultado indeterminado (valor limítrofe).CONCLUSÃO: Apesar de pouco freqüente, a diverticulite jejunal deve ser considerada como diagnóstico diferencial nos quadros de abdome agudo. Muitas vezes o diagnóstico pode ser feito por TC, no entanto, no presente caso não foi possível visualizar os divertículos por esse método, sendo indispensável a exploração cirúrgica. Embora em todos os relatos encontrados na literatura tenha sido realizada ressecção do segmento acometido, neste caso optou-se por tratamento conservador, devido à extensa área acometida e à proximidade do ângulo de Treitz, ademais, o jejuno encontrava-se hiperemiado e com meso infiltrado, configurando risco à anastomose. Não há ligação estabelecida entre diverticulose de jejuno e Doença de Crohn, porém, tal associação não pode ser descartada neste caso.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 655

TÍTULO DO TRABALHO: DIVERTÍCULO DE FUNDO GÁSTRICO: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: VINICIUS MAGALHÃES RODRIGUES SILVA; HELOISA GOMES; MARIANA SILVA ASSUNÇÃO; AMANDA FERREIRA LEÃO; BIANCA CARBONARI. UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO, RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Divertículos gástricos (DG) são formações saciformes decorrentes de herniações na parede do órgão. Representam de 0,01% a 0,11% das endoscopias digestivas altas (EDA), cerca de 0,0043% das admissões hospitalares e, 0,043% dos estudos radiológicos contrastados encontram esse tipo de formação. Segundo os relatos é mais comum na meia-idade e em mulheres. Os classificados como verdadeiros apresentam todos os componentes da parede gástrica. Os falsos não possuem a camada muscular. Podem ainda ser subdivididos em de pulsão e de tração. Os chamados de pulsão apresentam-se quando há hiperpressão intragástrica por traumatismo ou presença de corpos estranhos, por exemplo. Os de tração são mais frequentes e resultam de repuxamento da parede, secundário à sequela de processos inflamatórios de órgãos vizinhos. Normalmente são assintomáticos ou com pouca referência à sintomas dispépticos. São mais comuns na parede posterior do órgão. A região esofagocardiotuberositária, 2 cm abaixo da junção esofagogástrica e 3 cm da pequena curvatura, área esta de menor resistência, é o onde se encontram 75% dos divertículos gástricos. Ao contrário de outros divertículos do aparelho digestivo, principalmente os colônicos, há singularidade literária a respeito. OBJETIVO: Relatar um caso de DG. MÉTODO: Revisão de prontuário médico e literatura dos últimos 5 anos. RESULTADOS: Z.A.R.O., 44 anos, sexo feminino, foi encaminhada ao ambulatório de gastroenterologia, no Hospital Electro Bonini da Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), com queixa de sintomas dispépticos frustos há dois anos. Havia piora nos últimos nove meses, com persistência da plenitude pós-prandial e ocorrência de vômitos. O uso episódico e espontâneo de inibidores de bomba de prótons (IBP) não obteve o sucesso esperado. Sendo assim, a paciente procurou atendimento e foi submetida à endoscopia digestiva alta que revelou um divertículo no fundo gástrico com óstio largo, próximo à parede posterior. A paciente foi submetida a tratamento clínico com IBP e pró-cinéticos apresentando assim melhora. Após, foi mantida em conduta expectante por seguimento ambulatorial. CONCLUSÃO: O DG é um achado raro com escassos relatos. Apesar disso a sua condução é, na maioria das vezes, simples e expectante.

CODIGO DO TRABALHO: 867

TÍTULO DO TRABALHO: DIVERTÍCULO DE MECKEL CAUSANDO OBSTRUÇÃO INTESTINAL - RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FLÁVIA MARIA MOREIRA DE OLIVEIRA1; LAÍS CHAVES DE SOUZA2; ROBERTA XAVIER CAMPOS2; FERNANDA LARA BORGES2; MARIELE RIBEIRO NUNES2; LUIZ GUSTAVO PINTO DA CUNHA2; THIAGO LEÃO SOARES2; VINÍCIUS GUIMARÃES SILVA2. 1. HOSPITAL BELO HORIZONTE, BARBACENA - MG - BRASIL; 2. HOSPITAL BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
PACIENTE, P.V.C, 28 ANOS, FEMININO, PREVIAMENTE HÍGIDA, COMPARECEU AO PRONTO ATENDIMENTO DEVIDO A DOR ABDOMINAL DIFUSA TIPO CÓLICA DE INÍCIO SÚBITO HÁ 1 DIA ACOMPANHADO DE DIARRÉIA AQUOSA, SEM MUCO, PUS OU SANGUE; EVOLUINDO COM VÔMITOS DE ASPECTO FECALÓIDE. NEGA FEBRE. HISTÓRICO CIRÚRGICO DE APENDICECTOMIA CONVENCIONAL HÁ 5 ANOS E CESÁREA HÁ 1 ANO.CICLO MENSTRUAL REGULAR. DUM HÁ 05 DIAS. EM USO DE DIU DE COBRE E SEM QUEIXAS GINECOLÓGICAS.EXAME FÍSICO EVIDENCIANDO ABDOME DISTENDIDO, DOLOROSO A PALPAÇÃO DIFUSA E BLUMBER POSITIVO, TIMPÂNICO E SEM MASSAS PALPÁVEIS. RHA - .EXAMES LABORATORIAIS EVIDENCIANDO APENAS LEUCOCITOSE (17000MM3) SEM DESVIOS.PCR 97TC ABDOMINAL: DISTENSÃO LÍQUIDA DIFUSA DE ALÇA DE DELGADO COM PONTO DE REDUÇÃO ABRUPTA DE CALIBRE EM FOSSA ILÍACA DIREITA. ALÇA DE DELGADO COM CONTEÚDO HETEROGÊNEO INDICANDO ESTASE; INGURGITAMENTO DOS VASOS MESENTÉRICOS COM DENSIFICAÇÃO DAS GORDURAS. HÁ TAMBÉM ALÇA ILEAL ESPESSADA NA FOSSA ILÍACA DIREITA, PODENDO INDICAR SOFRIMENTO. ASPECTOS QUE SUGEREM OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR BRIDA OU HÉRNIA INTERNA.PACIENTE SUBMETIDA A LAPAROTOMIA EXPLORADOR, SENDO VISUALIZADO SACULAÇÃO EM ÍLEO TERMINAL HÁ APROXIMADAMENTE 15 CM DO CECO E DISTENSÃO DE ALÇA SEM SINAIS DE SOFRIMENTO.REALIZADO ENTERECTOMIA E ANASTOMOSE TÉRMINO-TERMINAL E MATERIAL PARA ANÁLISE COM RESULTADO COMPATÍVEL COM DIVERTÍCULO DE MECKEL COM ALTERAÇÕES INFLAMATÓRIAS LEVES.PACIENTE EVOLUIU NO PÓS OPERATÓRIO SEM INTERCORRENCIAS E COM RESOLUÇÃO DO QUADRO OBSTRUTIVO.

CODIGO DO TRABALHO: 526

TÍTULO DO TRABALHO: DIVERTÍCULO DE MECKEL COMPLICADO COM DIVERTICULITE PERFURADA E APENDICITE ASSOCIADA: UM RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: SÁTYRO GIL DE SOUZA NETO1; LUÍS FELIPE REVOREDO ANTUNES DE MELO2; IURI ESTRELA DE OLIVEIRA2; JOSE JANDI DE SOUSA JUNIOR2; JULIANY MEDEIROS SANTOS2; NATHANY LOUIZE DE ARAÚJO2; EPIFANIO SILVINO DO MONTE JUNIOR2. 1. HOSPITAL REGIONAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA / SESAP-RN, PARNAMIRIM - RN - BRASIL; 2. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES / UFRN, NATAL - RN - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O divertículo de Meckel é a anormalidade congênita gastrointestinal mais comum, decorrente de um remanescente embrionário do ducto onfalomesentérico que conecta o intestino médio ao saco vitelino do embrião. Geralmente é assintomático durante toda a vida dos indivíduos portadores, entretanto, 2% dos pacientes com esta malformação podem apresentar complicações, entre elas: sangramento gastrointestinal, obstrução, diverticulite e neoplasias. O diagnóstico pré-operatório, portanto, pode ser desafiador pela ampla gama de sintomas e sinais inespecíficos que a doença pode apresentar.RELATO DE CASO: Apresentamos o caso de um homem de 18 anos, sem comorbidades ou cirurgias prévias, com quadro de 34 horas de dor em fossa ilíaca e hipocôndrio direitos, inicialmente sem febre ou sinais de peritonite. Durante a admissão hospitalar, o paciente evoluiu com irritação peritoneal, leucocitose e provas inflamatórias séricas elevadas. Instituída antibioticoterapia parenteral, reanimação volêmica e realizada laparotomia exploradora, que evidenciou apendicite grau I, diverticulite de Meckel perfurada e abcessos peritoneais em goteira parieto-cólica direita e cavidade pélvica. Realizadas apendicectomia, diverticulectomia com enterorrafia primária e drenagem dos abcessos. Estudo anatomopatológico concluiu processo inflamatório em apêndice cecal e em divertículo de Meckel, sem evidência de mucosa heterotópica ou neoplasia. Paciente evoluiu bem no pós-operatório, sem novas complicações ou sequelas cirúrgicas.CONCLUSÃO: O diagnóstico pré-operatório da diverticulite de Meckel pode ser difícil, sendo feito na maioria das vezes durante o intra-operatório. A despeito da sua rara incidência, faz-se importante incluir a Diverticulite de Meckel sintomática no diagnóstico diferencial do Abdome Agudo Inflamatório, para que desta forma, seja possível antecipar-se e prevenir as complicações decorrentes do atraso em seu manejo cirúrgico.

CODIGO DO TRABALHO: 1686

TÍTULO DO TRABALHO: DIVERTÍCULO DE MECKEL: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RONALDO RODRIGUES ZACARIAS1; HAMILTON LUIZ XAVIER FUNES1; FERNANDA RIBEIRO FUNES1; FERNANDO BATIGALIA2; JONAS DIAS CAMPOS SEVERI1; CARLOS HENRIQUE DOS REIS CONTE1; DANIEL AUGUSTO DE FERNANDES1; FABIANO DE ALMEIDA FERRARI1. 1. IELAR - HOSPITAL ESPIRITA NOSSO LAR, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL; 2. 2. FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO (FAMERP), SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL.

RESUMO:
O Divertículo de Meckel (DM) é consequência de obliteração incompleta do ducto onfalomesentérico ou vitelino, ao não regredir completamente em torno da quinta semana de vida intrauterina. Ocorre com frequência no intestino delgado, e prevalece em até 2% da população. Comumente assintomático, pode haver hemorragia, obstrução intestinal e diverticulite. O presente estudo tem por finalidade relatar caso de Divertículo de Meckel. Paciente jovem do sexo feminino admitida com quadro de dor abdominal aguda difusa em cólica e descompressão brusca positiva. Tomografia computadorizada de abdome indicou suspeita de intussuscepção por compressão extrínseca. Laparotomia exploradora evidenciou DM, com realização de ressecção ileal com anastomose término-terminal e evolução favorável. O tratamento definitivo do DM é cirúrgico, e pode ser efetuado por meio de laparoscopia ou laparotomia, com indicação absoluta em pacientes sintomáticos. Em pacientes assintomáticos, seu tratamento cirúrgico ainda é controverso, ao se considerar o potencial de complicações e o risco inerente ao procedimento cirúrgico.

CODIGO DO TRABALHO: 1567

TÍTULO DO TRABALHO: DIVERTICULOSE JEJUNO-ILEAL: RELATO DE UM CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MAURO ANDRÉ GONÇALVES CARVALHO E SILVA1; GERMANO DE SOUSA LEÃO2; DJALMA RIBEIRO COSTA1; CARLA MARIANA GONÇALVES CARVALHO E SILVA3; ÁLISSON DUARTE MARTINS4; LEVY DE AGUIAR PONTES3. 1. HOSPITAL SANTA MARIA, TERESINA - PI - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ, TERESINA - PI - BRASIL; 3. CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI, TERESINA - PI - BRASIL; 4. FACULDADE INTEGRAL DIFERENCIAL, TERESINA - PI - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A diverticulose jejuno-ileal foi descrita pela primeira vez por Sommering em 1794. Sua prevalência varia de 0,06% a 1,3%. A maioria dos pacientes está na sexta e sétima década de vida. A doença é duas vezes mais frequente nos homens do que nas mulheres. A diverticulose do intestino delgado é muitas vezes assintomática e pode ser encontrada como achados em exames de imagem, cirurgias e autópsias. Como, em geral, não apresentam manifestações clínicas por um longo período, seu diagnóstico, dificilmente, ocorre na ausência de complicações. Quando se tornam sintomáticos, apresentam-se com quadro de diverticulite aguda que, mesmo rara, deve sempre ser lembrada em pacientes idosos com dor abdominal. Na maioria dos casos, o tratamento conservador pode ser realizado com sucesso. No entanto, na presença de complicações, o tratamento é cirúrgico, sendo indicada ressecção da porção intestinal acometida. Relato de caso: Paciente, feminino, 79 anos, deu entrada em serviço de emergência com dor abdominal na fossa ilíaca direita que iniciou na região epigástrica há dois dias, juntamente com náuseas, vômitos e anorexia. Ao exame físico estava com dor à palpação superficial e profunda na fossa ilíaca direita (FID) e na região hipogástrica, com sinal de irritação peritoneal à descompressão brusca em FID. Hemograma com leucocitose e desvio à esquerda. Tais achados são compatíveis clinicamente com apendicite aguda. O diagnóstico foi confirmado pela ultrassonografia, sendo indicada apendicectomia. Foi realizada laparotomia mediana infra-umbilical com achados de peritonite difusa, plastrão em apêndice cecal e divertículos jejunais em todo o jejuno proximal, posicionados na borda mesentérica. Foi realizada apendicectomia. Não foi realizada ressecção da porção jejunal que continha os divertículos, pois o quadro da paciente era proveniente da apendicite aguda e não da doença diverticular, que se tratava de um mero achado cirúrgico, sem sinais de inflamação, ruptura ou qualquer outro achado que justificasse a ressecção dos mesmos. Conclusão: este relato de caso vem para complementar a literatura já existente sobre divertículos de jejuno, visto que estes são raros e de relativa importância à prática médica, pois, apesar de existirem diversos casos descritos na literatura que foram diagnosticados ou após a necrópsia ou incidentalmente, como neste relatado, os divertículos de jejuno podem ser uma causa incomum de abdome agudo, resultando em altas taxas de mortalidade.

CODIGO DO TRABALHO: 501

TÍTULO DO TRABALHO: DOENÇA DIVERTICULAR INTESTINAL: DIVERTICULITE DE DELGADO COMPLICADA - RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ISADORA OLENSCKI GILLI1; IVANA LUNEZO GUIMARÃES DE OLIVEIRA2; SILVIO BATISTA GARCIA SIMÕES2; MÁRIO CÉLIO DE MORAES2; MARCUS VINICIUS RONCADA PERES2. 1. FACULDADE DE MEDICINA - PUC-CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO - HMCP - PUC-CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A Doença diverticular intestinal é bastante frequente, acometendo cerca de dois terços da população. Entretanto, os diverti?culos de intestino delgado sa?o pseudodiverti?culos formados apenas por mucosa. Sa?o raros e, geralmente, assintoma?ticos, sendo encontrados como achados incidentais. Como apresentam manifestac?o?es cli?nicas inespecíficas, seu diagno?stico frequentemente é postergado, ocorrendo após a instalação de complicac?o?es, o que acarreta em maior morbimortalidade merecendo, por esse motivo, grande atenção por sua importância clínica. Estas complicações incluem dor abdominal cro?nica, diverticulite ou perfurac?a?o, hemorragia e pseudo-obstruc?a?o. Na maioria dos casos, o tratamento conservador pode ser realizado com sucesso. No entanto, na presenc?a de complicac?o?es, o tratamento e? ciru?rgico, sendo enta?o indicada ressecc?a?o da porc?a?o intestinal acometida. Método: Relato de caso baseado em revisão de prontuário do paciente e inventário clínico-cirúrgico e de imagem. Objetivo: Relatar caso de uma paciente com doença diverticular difusa complicada e sua urgência quanto ao diagnóstico precoce, visto que este normalmente é postergado pela presença de manifestações clínicas inespecíficas. Relato de caso: Paciente de 78 anos, sexo feminino, internada no Serviço de Cirurgia do Hospital e Maternidade Celso Pierro em Abril de 2016 para elucidação diagnóstica de quadro suboclusivo intestinal associado à emagrecimento em 2 meses. Foi submetida à laparotomia exploradora com lise de brida e desvolvulação de alças de delgado além do achado de doença diverticular difusa do trato gastrintestinal associada à diverticulite complicada de delgado, tratada com diverticulectomia. Houve melhora do quadro após o procedimento, condizendo com o fato de que, em casos complicados como abdome agudo perfurativo ou obstrutivo a terapêutica cirúrgica está indicada; bem como pretende-se demonstrar que a diverticulite do intestino delgado, apesar de incomum, deve ser incluída no diagnóstico diferencial das causas de abdome agudo. Conclusão: A diverticulose jejuno-ileal é uma entidade patológica rara, cujo diagnóstico geralmente é tardio e constitui um desafio especialmente por apresentar-se inicialmente com manifestações clínicas inespecíficas e pobres e estar associada à mortalidade elevada, na presença de complicações. Assim, o critério mais importante para este diagnóstico é a sua urgência de tal forma que, o pronto tratamento assume melhores índices.

CODIGO DO TRABALHO: 2338

TÍTULO DO TRABALHO: ENTERITE TUBERCULOSA: UM RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LÍVIA CARDOSO REIS; BRUNO DE FREITAS BELIZIA; JORDANIA ALKMIM JORDÃO; LAURA ALVES DE SOUZA DIAS; GABRIEL MARTIN LAUAR; MARCELO MARTINS CASAGRANDE; PEDRO HENRIQUE BAUTH; DANIEL ADONAI MACHADO CALDEIRA. HOSPITAL METROPOLITANO ODILON BEHRENS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Enterite tuberculosa é uma forma de tuberculose extrapulmonar que responde por 1 a 3% dos casos de tuberculose no mundo. Associa-se a tuberculose pulmonar em atividade, com disseminação hematogênica, deglutição de catarro infectado ou ingestão de alimentos contaminados. A doença se apresenta com sinais inespecíficos, agudos ou crônicos, como dor abdominal, febre, anorexia, perda de peso, diarréia sanguinolenta, ascite e obstrução intestinal. A região ileocecal é a mais acometida e o Mycobacterium tuberculosis se aloja no tecido linfóide submucoso provocando intensa reação inflamatória com conseqüente linfangite, formação de granulomas, necrose caseosa, espessamento da parede e múltiplas ulcerações de mucosa. Relato de caso: DFV, masculino, 27 anos, história prévia de hanseníase e diagnóstico recente de eritema nodoso em uso irregular de Talidomida e Prednisona, admitido com quadro de dor abdominal, febre, vômitos, diarréia e perda ponderal de 5kg em 14 dias. Realizou tomografia de tórax e abdome que evidenciou imagem de caverna em ápice pulmonar direito, consolidações bibasais, distensão difusa de alças de delgado sem ponto de obstrução, linfadenomegalia importante e líquido livre intrabdominal. Realizada pesquisa de BAAR em 03 amostras de escarro com resultado negativo. Evoluiu com insuficiência respiratória e hematoquezia com queda hematimétrica importante, sendo encaminhado ao centro de terapia intensiva. Iniciada antibioticoterapia de amplo espectro e tuberculostáticos. Após avaliação da cirurgia geral, optado por laparotomia exploradora. Achados intra-operatórios de líquido ascítico sero-hemático, 19 perfurações em jejuno e íleo, sangue vivo e coágulos em toda luz intestinal, além de numerosos linfonodos em meso. Procedida jejunoileocolectomia direita preservando 60 cm de jejuno. A despeito do tratamento cirúrgico e suporte intensivo, paciente manteve hematoquezia e melena, além de choque séptico refratário, evoluindo a óbito no 4º DPO. Anatomopatológico post-mortem evidenciou ileíte crônica granulomatosa ulcerada e linfadenite tuberculosa. Conclusão: A presunção de enterite tuberculosa pode ser feita em pacientes com tuberculose pulmonar ativa associada à clínica abdominal inespecífica e achados tomográficos como espessamento da região ileo-cecal, com distensão de alças a montante e linfadenomegalia. A confirmação é feita baseada no exame histológico e cultura do material biopsiado e deve ser diferenciada principalmente da doença de Crohn.

CODIGO DO TRABALHO: 2224

TÍTULO DO TRABALHO: FIBROMATOSE MESENTÉRICA: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BRUNA HELEN BIAZI; MARIA EDUARDA DA COSTA LEMOS CARAMORI; BRUNO LORENZET FLORIAN; CAROLINE BECKER GIACOMAZZI; PAULO ROBERTO OTT FONTES; EDUARDO MENEGAT. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:
Fibromatose mesentérica é definida como um tumor benigno raro, caracterizada pela proliferação de fibroblastos e miofibroblastos. Apresenta comportamento localmente agressivo, com capacidade de infiltração e de recorrência, porém, sem gerar metástases. Neste relato, apresentamos o caso de um paciente masculino, 49 anos, previamente hígido, sem antecedentes de cirurgia ou trauma abdominal. Procurou atendimento por quadro de dor abdominal de forte intensidade, com três dias de evolução, associada a episódios de febrículas. Ao exame físico, os sinais vitais eram estáveis, o abdome flácido, levemente distendido, doloroso à palpação em região periumbilical, onde era possível identificar uma massa endurecida de aproximadamente 10 cm. Exames laboratoriais evidenciaram leucocitose. Na tomografia de abdome, observou-se lesão expansiva no mesentério com densidade de partes moles, que media cerca de 8,3 x 6,4cm, com íntimo contato com alças do intestino delgado. Adjacente à lesão, havia área de pneumoperitôneo de pequeno volume, aparentemente bloqueado. A endoscopia digestiva alta evidenciou quatro úlceras em bulbo duodenal, sem sinais de sangramento e a realização da colonoscopia foi prejudicada devido à presença de resíduos fecais, sendo possível identificar mucosa intestinal normal até ângulo hepático. Após a realização dos exames endoscópicos, o paciente apresentou quadro de dor abdominal intensa, sendo submetido à laparotomia exploradora no dia 11/01/2017. Durante o inventário da cavidade, identificou-se moderada quantidade de secreção purulenta e a presença de lesão de aspecto neoplásico com cerca de 10cm em intestino delgado e mesentério, a 120 cm do ângulo de Treitz. Foi realizada enterectomia segmentar com margens macroscópicas livres e anastomose primária término-terminal. O exame anatomopatológico apresentou como laudo fibromatose mesentérica, sem invasão da muscular própria e com margem cirúrgica capsular focalmente comprometida. O diagnóstico foi corroborado pelo estudo imunohistoquímico da peça cirúrgica, cujo painel de anticorpos utilizados apresentou resultado positivo para Beta-Catenina-1 e Actina ML. O paciente recebeu alta em boas condições clínicas no oitavo dia pós-operatório e permanece em acompanhamento ambulatorial regular.A fibromatose mesentérica é um tumor raro, cujas informações presentes na literatura provêm principalmente de relatos de caso isolados e pequenas séries de casos.

CODIGO DO TRABALHO: 588

TÍTULO DO TRABALHO: FÍSTULA ENTEROVESICAL CAUSADA POR ADENOCARCINOMA ILEAL PRIMÁRIO: UM RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ROMUALDO DA SILVA CORRÊA; FELLIPE ALEXANDRE MACENA SALVIANO; LUÍS FELIPE REVOREDO ANTUNES DE MELO; IGOR RAFAEL GUEDES PEREIRA BRANDÃO; JOSÉ MANOEL DANTAS JUNIOR; THIAGO BARROS PINHEIRO; JULIANY MEDEIROS SANTOS; EPIFANIO SILVINO DO MONTE JUNIOR. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES / UFRN, NATAL - RN - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: As neoplasias do intestino delgado são entidades raras com apenas 3,2% dos tumores gastrointestinais localizando-se neste segmento, possuindo uma prevalência de 0,5% entre todos os cânceres. O adenocarcinoma figura como o segundo tipo histológico mais comum entre as neoplasias do intestino delgado, ocorrendo com maior frequência no duodeno. Os sintomas da doença são inespecíficos, sendo a dor abdominal o mais comum, dificultando, portanto, o diagnóstico precoce. Dentre as complicações, as fistulas são de ocorrência ainda mais rara, ocorrendo geralmente em concomitância com doença inflamatória intestinal.RELATO DE CASO: Apresentamos o caso de uma mulher de 86 anos, hipertensa, diabética e ex-tabagista. Quadro de dor em abdome inferior, hematúria, disúria, fecalúria e febre eventual associada à perda ponderal. Ao exame físico pele e mucosas hipocoradas. Ressonância Magnética de abdome evidenciou espessamento parietal em segmento do íleo distal com fístula para a parede anterior da bexiga. Ausência de metástases torácicas e abdominais. Submetida à biopsia endoscópica transuretral da lesão vesical, cujo estudo anatomopatológico foi compatível com adenocarcinoma mucinoso invasivo. Realizada enterectomia com enteroanastomose primária, associada à cistectomia parcial por videolaparoscopia. Estudo anatomopatológico das peças cirúrgicas concluiu adenocarcinoma mucinoso com células em anel de sinete localizado em intestino delgado e bexiga. A Imunohistoquímica identificou achados compatíveis com adenoma mucinoso de origem em intestino delgado. A paciente evoluiu bem no pós-operatório, recebendo alta e retornando para seguimento pós-operatório sem sinais de recidiva da doença.CONCLUSÃO: A relativa inacessibilidade do intestino delgado somado aos sintomas inespecíficos das neoplasias malignas deste sítio dificulta o seu diagnóstico precoce. O reconhecimento da doença, na maioria das vezes somente em estágio avançado, resulta em complicações e sequelas com terapêutica menos eficaz. A abordagem laparoscópica pode ser vantajosa e efetiva no tratamento do câncer avançado do intestino delgado com invasão de estruturas adjacentes.

CODIGO DO TRABALHO: 1498

TÍTULO DO TRABALHO: FISTULA GASTROCOLOCUTANEA POS GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANDERSON FREITAS DE SOUZA ASSIS MORAIS1; RODRIGO SPÍNOLA E SILVA1; FERNANDO SIMÕES DE SENA1; HENRIQUE MOURA PARREIRA1; MARIA CLARICE A. VASCONCELOS1; FELIPPE HAUCK MANSUR1; GISELLY GOMES CARVALHO2; VICTOR LUIZ DE MATOS FRANCO1. 1. HOSPITAL MARCIO CUNHA, IPATINGA - MG - BRASIL; 2. HOSPITAL MÁRCIO CUNHA, IPATINGA - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A Gastrostomia por Endoscopia Percutânea (PEG), configura-se como técnica amplamente difundida e aceita como o tratamento de escolha para pacientes com necessidade de nutrição enteral prolongada. Considera-se procedimento tecnicamente seguro e de fácil execução em mãos experientes, porém não isenta de complicações, cujas taxas compreendem 4,9%-10,8%, sendo a maioria destas consideradas complicações menores. Define-se Fístula Gastrocolocutânea (FGCC) como a existência de ligação epitelial entre a mucosa gástrica, colônica e a pele, sendo complicação rara da PEG, porém possivelmente ligada a sérias repercussões.RELATO DE CASO: Trata-se de paciente de 79 anos, portador de Alzheimer, restrito ao leito, dependente para atividade básicas diárias, submetido a PEG a partir de múltiplas ocorrências de pneumonia por aspiração. Seis meses após troca do conduto gastrostômico iniciou quadro diarreico/hemético e de extrusão fecalóide periostomal. EDA objetivando confirmação do posicionamento da sonda, visualizou o óstio gastrostômico no estômago, mas não o boton da sonda. Portanto, progrediu-se a fistulografia pela sonda evidenciando ocorrência de FGCC a partir da opacificação em alça colônica e cólon descendente em topografia da flexura esplênica à administração de contraste, culminando-se com a correção cirúrgica do achado.CONCLUSÃO: O longo intervalo até a deflagração sintomática e a ausência de peritonite corroboram a hipótese de migração da sonda de gastrostomia por erosão da mucosa gástrica e formação de comunicação fistulosa com o cólon, como patogênese. É imperativa a retirada imediata da sonda a partir do diagnóstico ? radiográfico ou tomográfico ? havendo, na maioria dos casos, o encerramento fistuloso espontâneo. Quando da patência deste ou na evidência de peritonite ou abcessos, opta-se por abordagem cirúrgica.Exalta-se a importância da precoce suspeição de FGCC, principalmente no início súbito de diarreia transitória pós-prandial em paciente submetidos a PEG, independente do intervalo assintomático ou intermitência sintomatológica. O atraso diagnóstico implica retardo terapêutico e consequente deterioração clínica e aumento de morbimortalidade, evidenciando a aplicabilidade da presente produção científica.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2639

TÍTULO DO TRABALHO: GASTRECTOMIA SUBTOTAL CONVENCIONAL NO TRATAMENTO DO GIST GÁSTRICO ? RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: AIRTON ZOGAIB RODRIGUES; JOAO CARLOS MENDES DE V. GUIDO; GEORGE AIRES FERREIRA PINTO; MATHEUS SAAD VARELLA; TAMARA MAIA NESTLEHNER BELLONI; VINICIUS CAMPOS DE OLIVEIRA. FACULDADE DE MEDICINA - UNIMES, SANTOS - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Embora relativamente raro, o GIST representa 80% dos tumores mesenquimais do trato digestório e constitui 5% de todos os sarcomas. Ocorrem, predominantemente, em indivíduos de meia idade (média em torno de 60 anos) e em igual frequência entre homens e mulheres. Podem ter origem em todo trato gastrointestinal, sendo mais comuns no estômago. GISTs são frequentemente assintomáticos, sendo diagnosticados incidentalmente por exames de imagem ou endoscópicos, histopatologia e imunoistoquímica. Constatou-se que alguns desses tumores estromais expressavam a mutação do proto-oncogene codificador do receptor transmembrânico tirosina quinase (c-KIT ou CD-117). A ressecção cirúrgica é considerada tratamento padrão ouro e os principais fatores prognósticos são o número de mitoses por 50 campos de grande aumento e o tamanho do tumor.Relato de caso: Paciente, 53 anos, sexo feminino, com queixa dor abdominal e episódios de melena há mais de um ano. Foi internada duas vezes pela mesma sintomatologia. Na última das internações realizou endoscopia e foi diagnosticada com úlcera gástrica. Já realizou cirurgia de fissura anal, mamoplastia e cesárea. No exame físico encontrava-se hipertensa e descorada 3 em 4 +++. Foi submetida a uma ultrassonografia onde foi diagnosticada colelitíase e ecoendoscopia digestiva alta em que se verificou a presença de lesão polipóide ulcerada com sinais de sangramento recente de aproximadamente 3 cm de diâmetro na transição entre o corpo e a grande curvatura gástrica e que invadia a camada muscular do estômago. Foi identificado discreto enantema da mucosa e presença de diminuta lesão polipóide séssil de 3 mm no antro gástrico que foi retirada com pinça de biópsia. Foram realizadas biópsias do antro gástrico e a retirada do pólipo séssil do antro, além de biópsias das bordas da lesão polipóide ulcerada da transição de corpo e antro. O material foi encaminhado para estudo anatomopatológico e verificou-se tratar-se de pólipo hiperplásico e tumor compatível com GIST, HP negativo.O tratamento escolhido foi a gastrectomia subtotal em ?Y? de Roux com linfadenectomia D2, epiplectomia, omentectomia e colecistectomia.Conclusão: Os autores deste relato apresentam um caso de GIST gástrico diagnosticado em paciente com sintomatologia de hemorragia digestiva alta há um ano e o tratamento indicado foi a ressecção por cirurgia convencional ? gastrectomia, em decorrência do tamanho do tumor que impossibilitava a ressecção endoscópica.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2966

TÍTULO DO TRABALHO: GASTRECTOMIA SUBTOTAL PARA TRATAMENTO DE DISFAGIA EM PACIENTE COM PANCREAS ECTOPICO.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: THALES STEFFESON SANTOS SANTANA; JOSE CIONGOLI; ANDRE RICARDO VIANA MOURAO; FABIO CESAR RODRIGO B.BENTO; GUTEMBERG FAGUNDES LIMA; GABRIEL PORTO DE BARROS G. RIGO LIMA; JOSE JOAQUIM DE AZEVEDO BRAGA; TIAGO VIANA GUSMÃO; RAFAEL ASSIS QUEIROZ. STELLA MARIS, GUARULHOS - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇAO:PANCREAS ECTOPICO E UMA ANOMALIA CONGENITA POUCO INCOMUM. EM ADULTOS, OCORRE PREFERENCIALMENTE NO SEXO MASCULINO ENTRE A QUARTA E SEXTA DECADA DE VIDA, LOCALIZANDO PRINCIPALMENTE NO ESTOMAGO, DUODENO E JEJUNO EM PROPORÇOES BEM MENORES NO ILEO E DIVERTICULOS DE MECKEL, E RARAS VEZES E ENCONTRADA NO ESOFAGO, FIGADO, VESICULA BILIAR, OMENTO, PULMOES, MEDIASTINO, TROMPAS UTERINAS E UMBIGO.A DISFAGIA ESTA ASSOCIADO AOS SINTOMAS COMUMENTE ENCONTRADOS QUANDO A ECTOPIA SE ENCONTRA E IMPLANTADA NO ESTOMAGO.RELATO DE CASOPACIENTE JVSL, 49 ANOS, AUTONOMO, ADMITIDO EM NOSSO CONSULTORIO EM JANEIRO DE 2016 COM QUEIXA DE DOR EPIGASTRICA TIPO QUEIMACAO DE MODERADA A FORTE INTENSIDADE INICIADA HÁ 10 ANOS POREM ACENTUADA ULTIMOS 2 ANOS. CONCOMITANTE PLENITUDE POS PRANDIAL ASSOCIADO A DIFICULDADE EM GANHO DE PESO. FOI ENCAMINHADO AO NOSSO SERVICO PARA TRATAMENTO DE DOENCA DO REFLUXO GASTROESOFAGICO.SOLICITAMOS INICIALMENTE ENDOSCOPIA, PH-METRIA E MANOMETRIA.ENDOSCOPIA EVIDENCIOU NA REGIAO ANTRAL, PELA GRANDE CURVATURA, LESAO ELEVADA, COM UMBILICACAO CENTRAL COMPATIVEL COM PANCREAS ECTOPICO, SENDO REALIZADO BIOPSIAS.PH METRIA DE 24HS DESCREVENDO REFLUXO GASTROESOFAGICO EM NIVEIS PATOLOGICOS ASSOCIADO A POSICAO SUPINA E PRESENCA DE REFLUXO SUPRA ESOFAGICO PATOLOGICO MANOMETRIA- DENTRO DOS PADROES DA NORMALIDADEEM SEGUIDA:PARA POSSIVEIS DIAGNOSTICOS DIFERENCIAIS:RESSONACIA ABDOMEN SUPEIROR DESCREVE A LESAO COMO POLIPO INTRAGASTRICO, NÃO DESCARTANDO POSSIBILIDADE DE NEOPLASIA GASTRICA.ECOENDOSCOPIA DESCREVENDO LESAO HIPOECOICA, IRREGULAR E HOMOGENEA, COM BORDAS ELEVADAS E UMBILICAÇAO CENTRAL, ORIRGINARIA DA CAMADA SUBMUCOSA DA GRANDE CURVATURA DE ANTRO GASTRICO, MEDINDO CERCA DE 1 CM NO SEU MAIOR EIXO.NÃO OBSERVADOS NODULOS LINFATICOS NAS CADEIAS EXAMINADAS. LESAO NÃO PASSIVEL DE PUNCAO ECOGUIADA OU RESSECCAO.BASEADO NOS SINTOMAS E CARACTERISTICAS DA LESAO FOI OPTADO GASTRECTOMIA SUBTOTAL EM Y DE ROUX POR VIDEOLAPAROSCOPIA. PACIENTE PERMANEU INTERNADO POR 7 DIAS, COM EVOLUCAO DA DIETA PARA PASTOSA, NÃO APRESENTANDO QUEIXAS. NO 30 DIA DE POS OPERATORIO PACIENTE RETORNA AO AMBULATORIO COM ALIVIO DOS SINTOMAS.CONCLUSAO:PANCREAS ECTOPICO CONSTITUI PATOLOGIA RARA QUE QUANDO SINTOMATICA INTERFEREM MUITO NA QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE. A ECOENDOSCOPIA TEM PAPEL FUNDAMENTAL NO DIAGNOSTICO, DESCREVENDO CARACTERISTICAS QUE AUXILIAM NO METODO TERAPEUTICO. GASTRECTOMIA SUBTOTAL ENCONTRA-SE ENTRE UM DOS METODOS DISPONIVEIS TENDO EXCELENTE RESOLUTIVIDADE NO CASO APRESENTADO.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1825

TÍTULO DO TRABALHO: Gastrectomia Total por Estenose por Adenocarcinoma Bem Diferenciado

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RAPHAEL VICTOR CAMPOS FREIRE BARELA1; THIAGO ALEXANDRE MACEDO DE AZEVEDO2; MARCÍLIO CARDOSO DE QUEIROZ1; MANUELA GOMES DE AGUIAR1; RENANNA LYRA LIMA BARBALHO COUTINHO1; ARTHUR LUIZ NORTE GOMES PEREIRA ARARUNA1; THAÍS ROSSANA CRUZ DE SOUZA1; ROBERTO MORENO MENDONÇA3. 1. UNIVERSIDADE POTIGUAR, NATAL - RN - BRASIL; 2. HOSPITAL MUNICIPAL SANTA ISABEL, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 3. INSTITUTO DE RADIOLOGIA DE NATAL, NATAL - RN - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O câncer gástrico é uma das neoplasias malignas mais comuns e apresenta alta mortalidade, sendo a segunda causa de morte por câncer em todo o mundo. O adenocarcinoma representa 95% dos casos de câncer gástrico e sua incidência é maior em homens (3:2), negros e cerca de 70% ocorrem em indivíduos acima dos 50 anos. O desenvolvimento do adenocarcinoma gástrico é multifatorial, envolvendo tanto aspectos ambientais como genéticos. Dentre os fatores ambientais podemos citar o tabagismo, baixo nível socioeconômico, historia familiar, infecção pelo Helicobacter pylori e dieta rica em alimentos defumados contendo nitritos ou compostos de nitrosaminas. Relato de caso: M.A.S.B, 61 anos, agricultora, deu entrada pelo ambulatório de cirurgia em Dez/2016 com queixa de dor epigástrica há 05 anos, citando tratamento clínico em tal período, com piora do quadro há 03 meses associado a perda ponderal de 06kg em 01 mês e episódios de hematêmese, melena e vômitos. Antecedente pessoal de Hipertensão Arterial Sistêmica, negando tabagismo, etilismo e histórico familiar de neoplasia. Ao exame físico apresentava-se em regular estado geral, hipocorada, hidratada, emagrecida, com abdome plano, doloroso em região epigástrica, sem massas palpáveis. Realizada Endoscopia Digestiva Alta, a qual evidenciou extensa lesão hemorrágica de aspecto infiltrante na mucosa do corpo gástrico médio. Realizada biopsia evidenciando Adenocarcinoma bem diferenciado. A partir desses achados e da avaliação clínica da paciente foi optado pelo tratamento operatório. Foi realizada gastrectomia total com reconstrução em Y de Roux. Paciente evoluiu bem, estável hemodinamicamente, com boa aceitação da dieta e ausência de dor, recebendo alta hospitalar após sete dias de internação. Conclusão: O adenocarcinoma gástrico é uma neoplasia maligna muito prevalente, estando muitas vezes associado à alta mortalidade. A ressecção cirúrgica é a única possibilidade real de tratamento curativo. No entanto, esse objetivo nem sempre é passível de ser atingido, seja pela extensão do tumor no momento do diagnóstico ou pela impossibilidade clínica do paciente em ser submetido a tal procedimento. Dessa maneira, é obrigatório considerar o risco-benefício e assim optar pela conduta mais adequada a cada paciente, visando à cirurgia curativa ou com finalidade paliativa.

CODIGO DO TRABALHO: 1506

TÍTULO DO TRABALHO: GASTRECTOMIA TOTAL POR TUMOR ESTROMAL GÁSTRICO (GIST), UM RELATO DE CASO.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GIOVANNA GIULIA MILAN PELLICCIOTTA; PAULO EDUARDO ZERATI MONTEIRO; RAPHAEL RAPHE. FACULDADE CERES, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O GIST (Gastrointestinal stromal tumor) é um tumor estromal do trato gastrointestinal, originado em células progenitoras das células intersticiais de Cajal, representa 80% dos tumores mesenquimais do trato digestivo e estatisticamente afeta indivíduos de meia-idade e idosos, principalmente do gênero masculino, Seu comportamento é imprevisível e a maioria dos pacientes se apresentam assintomáticos. RELATO DE CASO: A.B.F., 65 anos, feminino, internada em outubro de 2015 com pielonefrite aguda pela nefrologia e apresentando à Ultrassonografia de abdome massa em epigástrio, sendo então solicitada avaliação da Cirurgia Geral. A paciente negava dor abdominal, porém, referia plenitude pós-prandial de longa data, com piora há 2 meses. Foi submetida à Tomografia Computadorizada (TC) de abdome para melhor avaliação, sendo evidenciada massa localizada entre a porção posterior do lobo esquerdo do fígado e a pequena curvatura gástrica, aparentemente sem planos de clivagem com a parede do estômago, sugerindo GIST gástrico. Após resolução da infecção do trato urinário, foi realizada laparotomia na mesma internação e optado por gastrectomia total, devido ao tamanho da lesão, invasão intramural e localização proximal. Recebeu alta no sétimo dia de pós-operatório, que transcorreu sem intercorrências. O Anatomopatológico da peça cirúrgica, mostrou um estômago com 16,7 cm e 24,5 cm de comprimento na pequena e grande curvatura, respectivamente. Havia uma lesão nodular bem delimitada, parda-clara e lobulada medindo 9,2 x 7,1 cm, localizada na pequena curvatura gástrica, distando 1,5 cm da margem proximal e 10,0 cm da margem distal. Não foi observado necrose ou invasão linfo-vascular. A massa não atingia a mucosa e era centrada na parede muscular e envolvida pela serosa gástrica com margem cirúrgicas livres. Índice mitótico de 1 mitose por 50 campos de grande aumento. O estadiamento patológico foi pT3 N0. A paciente foi avaliada pela Oncologia não sendo indicado tratamento adjuvante e atualmente encontra-se em acompanhamento ambulatorial sem queixas e realizando suas atividades habituais. CONCLUSÃO: Conclui-se com este relato a importância da ressecção cirúrgica completa, que é o tratamento padrão para o GIST, uma vez que é a única modalidade capaz de proporcionar cura. O diagnóstico precoce deste tipo de tumor, seu estádio e o índice mitótico são fatores prognósticos importantes, pois a presença de doença metastática é marcador de sobrevida reduzida.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2920

TÍTULO DO TRABALHO: Gastrite Cística Profunda (GCP) - Relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: NAJA NABUT1; LUIS HENRIQUE ANGHEBEN1; DAMIANNE REIS BERTONSELLO1; EMANUEL GOIS JR1; HELIO APARECIDO BATISTELA JUNIOR1; RODRIGO EIK SAHYUN2; KELLYN CRISTINA GARBUIO SILVA2. 1. PUCPR-LONDRINA, LONDRINA - PR - BRASIL; 2. HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA, LONDRINA - PR - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoA gastrite cística profunda (GCP) é um precursor raro de tumor gástrico que ocorre mais comumente em pacientes que foram submetidos a cirurgia gástrica previas. Essa patologia não possui sintomatologia específica e em exames de imagem este precursor de tumor imitam os de outras condições hiperproliferativas, dificultando o diagnóstico. A doença pode apresentar sintomas gastrointestinais superiores, tais como dor abdominal superior, refluxo ácido, náuseas, anorexia e até sangramento. A GPC é uma lesão benigna rara. Acredita-se que a isquemia somada à inflamação crônica, aos efeitos da cirurgia e à presença de material de sutura pode ter um papel importante na patogênese da GCP, porém o principal fator predisponente são as cirurgias gástricas previas. Com a perda da integridade da muscular da mucosa pode ocorrer a migração de células epiteliais para a submucosa com subsequente gastrite atrófica, metaplasia intestinal e dilatação cística das glândulas gástricas. Assim, a GCP pode ser um precursor para o câncer de estomagoRelato de CasoM.S, masculino, 58 anos, encaminhado para o serviço de cirurgia do aparelho digestivo no Hospital do Cancer de Londrina por tumor de fundo gástrico. O paciente havia sido submetido a endoscopia digestiva por queixas dispépticas vagas. O exame mostrou lesões submucosas de fundo gástrico com suspeita de GIST. Não foi realizado Ultrassonografia endoscópica pois o único profissional que realiza tal exame estava de férias. O paciente foi submetido a laparotomia com gastrectomia polar. A exploração da peca cirúrgica mostrou tratar-se de uma lesão cística com conteúdo mucoide. O anatomo-patológico mostrou gastrite cística profunda. Foi instituído tratamento com inibidor de bomba de prótons com melhora dos sintomas. A evolução é de 1 ano e o paciente esta sem queixas.ConclusãoA gastrite cística profunda e uma patologia pouco frequente, considera-se pré-cancerosa com necessidade de tratamento e acompanhamento para evitar uma evolução desfavorável. O aspecto macroscópico pode ser confundido com outras lesões malignas. Exames complementares podem ajudar a pensar nesta patologia: a tomografia computadorizada de abdômen e a ultrassonografia endoscópica mostram se tratar de lesões císticas. O tratamento consiste basicamente no tratamento da gastrite e em alguns casos a nessecidade de tratamento cirúrgico. Em via de regra a evolução e favorável e o controle endoscópico se faz necessário.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1530

TÍTULO DO TRABALHO: Gastrostomia cirúrgica para retirada de corpo estranho em estômago de um usuário de drogas

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FELIPPE DAVID SILVA FERNANDES SA1; AMANDA RAMINHO LUZ2; JUND SILVA REGIS3; ALINE POZZEBON GONÇALVES4; TIAGO FRANCO DAVID2; PATRÍCIA TAVARES SENA2. 1. HOSPITAL DE CLÍNICAS GASPAR VIANA, BELÉM - PA - BRASIL; 2. UFPA, BELÉM - PA - BRASIL; 3. HOSPITAL OPHIR LOYOLA, BELÉM - PA - BRASIL; 4. HOSPITAL BENEFICIÊNCIA PORTUGUESA, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A ingestão de corpo estranho (CE) é ocorrência comum nas urgências, sendo que dos CE ingeridos 90% passam espontaneamente através do trato gastrointestinal; 10?20% requerem remoção endoscópica; e 1% procedimento cirúrgico. Crianças e idosos são as maiores vítimas por ingestão acidental. Existem pacientes com história prévia de doenças psiquiátricas, como depressão, esquizofrenia, sequelas por uso abusivo de drogas ilícitas, como o crack e que ingerem objetos de forma não acidental, caracterizando a síndrome de Alotriofagia. Nesta síndrome, o indivíduo manifesta obsessão pela ingestão de substâncias sem valor nutritivo e desassociada a práticas sociais, e tem como diversas causas os distúrbios psiquiátricos.Relato de caso: Paciente de 27 anos, vítima de agressão física, deu entrada no pronto-socorro, com queixa de dor em abdome. Ao exame físico tinha bom estado geral, levemente descorado (3+/4+), eutrófico, FC 102 bpm, PA: 110 x 70 mmHg, abdome plano, flácido, doloroso à palpação profunda de hipogastro. Na radiografia de abdome evidenciou-se uma grande quantidade de objetos metálicos, como pregos, parafusos, moedas, chaves e lâminas em hipogastro e fossa ilíaca direita. A irmã do paciente relatou que ele vem ingerindo CE há 2 anos, que não apresentava anorexia, vômitos ou alterações no trânsito intestinal. Ela contou também que o irmão é usuário de crack há mais de 2 anos e que escuta vozes que o mandam engolir os objetos. Apesar disso, ele nunca recebeu atendimento psiquiátrico. Foi indicada laparotomia exploradora com incisão infra umbilical e posteriormente supra umbilical, quando percebeu-se o estômago em hipogastro. Realizada a gastrostomia com incisão transversal na curvatura do corpo do estômago para retirada de mais 200 objetos metálicos, iniciou-se um inventário da cavidade, não sendo encontradas perfurações e obstruções, nem no estômago e nem no intestino. Foi coletado material para o histopatológico. No segundo dia de pós-operatório iniciou-se dieta líquida e o paciente evoluiu sem intercorrências no pós-operatório. Conclusão: Relatamos o caso de um paciente que ingeriu mais de 200 CE e teve um desfecho favorável, recebendo alta no terceiro dia de pós-operatório com prescrição de protetor gástrico, analgésicos e encaminhamento para atendimento psiquiátrico. O resultado do histopatológico mostrou úlcera péptica crônica. Paciente segue em tratamento com a psiquiatria e se mantem sem intercorrências da cirurgia até o presente momento.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2856

TÍTULO DO TRABALHO: GIST de Intestino Delgado: relato de um caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LUIS GUSTAVO CAVALCANTE REINALDO1; VINICIUS DE OLIVEIRA FERRO2; JOÃO LISBOA DE FLORES NETO3; ELIO RODRIGUES DA SILVA3; MOÍSES FRANCO AMORIM VIEIRA SÁ2; ANDRESSA MARIA CIPRIANO LEAL2. 1. HGV - TERESINA - PI, TERESINA - PI - BRASIL; 2. UESPI, TERESINA - PI - BRASIL; 3. UFPI, TERESINA - PI - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoO tumor de células estromais gastrointestinais (GIST) é uma rara neoplasia do trato gastrointestinal correspondendo a 1%-2% dos tumores da região. A maioria se desenvolve no estômago (50%-60%) e intestino delgado (30%-40%). Apenas 5% a 10% surgem no cólon e reto. Outras localizações menos comuns ocorrem fora do trato gastrointestinal.Relato de casoPaciente, 37 anos, masculino, negro, agricultor, admitido na enfermaria da cirurgia geral referindo plenitude pós-prandial associada a aumento do volume e percepção de massa abdominal há um mês. Ao exame físico estava em bom estado geral, normocorado, eutrófico. Apresentava abdômen flácido, com ruídos hidroaéreos e massa em hipogástrio de aproximadamente 10 cm de extensão por 6 cm de largura, fixa, indolor, sem sinais flogísticos. O paciente trazia ultrassom de abdome que evidenciava lesão heterogênea em hipogástrio. Foi internado para investigação e submetido à ressonância de abdome que evidenciou presença de lesão expansiva heterogênea, bem delimitada de 13,6 cm de extensão por 11,7 cm de largura e 7,5 cm em seu diâmetro anteroposterior, com epicentro em região meso/hipogástrica e áreas hemorrágicas de permeio. A lesão rechaçava alças intestinais e comprimia a parte superior da bexiga, o ureter direito (causando hidronefrose) e o retossigmoíde. Optou-se pela ressecção por laparotomia exploradora. Durante a mesma, a massa foi ressecada, sem danos, o que exigiu a retirada de 40 cm de intestino delgado seguida de ênteroênteroanastomose término-terminal. O procedimento ocorreu sem intercorrências e no 3º dia de pós-operatório o paciente teve alta com orientação de acompanhamento. O laudo histopatológico da exérese revelou que o tumor era do tipo GIST.ConclusãoO reconhecimento das várias formas de apresentação clínica do GIST é fundamental, afim de que se possa diagnosticar precocemente o tumor e dessa forma ofertar tratamento mais conservador, com menor morbidade e de maior cura para o paciente.Bibliografia1. Soreide K., Sandvik O. M., Soreide J. A. Global epidemiology of gastrointestinal stromal tumours (GIST): A systematic review of population-based cohort studies. The International Journal of Cancer Epidemiology, Detection and Prevention. vol. 40 2016.2. Takeshi Nagai, Kazumitsu Ueda, Hiroyuki Hakoda. Primary gastrointestinal stromal tumor of the liver: A case report and review of the literature. Surgical Case Reports. vol. 2 2016.

CODIGO DO TRABALHO: 2261

TÍTULO DO TRABALHO: GIST duodenal como causa de hemorragia digestiva alta: relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FÁBIO HENRIQUE MENDOÇA CHAIM; FELIPE GILBERTO VALERINI; VALDIR TERCIOTI JUNIOR; JOAO DE SOUZA COELHO NETO; LUIZ ROBERTO LOPES; NELSON ADAMI ANDREOLLO. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL.

RESUMO:
Contexto Descrito inicialmente por Mazur e Clark em 1983, os tumores gastrointestinais estromais (GIST) são raros, representando 1 a 3% dos tumores que acometem o aparelho digestivo. A topografia mais frequente é o estômago. A localização em duodeno é rara e está associada a maior risco de hemorragia digestiva alta (HDA). Sua apresentação clínica é variável, podendo ainda envolver dor abdominal, massa abdominal palpável ou achado de exame em paciente assintomático. Objetivo Relatar caso de GIST de duodeno sangrante em paciente com antecedente de hepatopatia; bem como as medidas terapêuticas empregadas para seu tratamento. Métodos Estudo retrospectivo que envolveu revisão de dados coletados prospectivamente em prontuário e arquivos médicos do paciente. As informações coletadas incluíram: dados demográficos, sintomatologia, procedimentos realizados, exames laboratoriais, de imagem e endoscópicos. Relato de caso Paciente feminina de 61 anos com antecedente de cirrose hepática criptogênica, já tendo apresentado ao longo de seu seguimento, episódios prévios de encefalopatia hepática e hemorragia digestiva alta por varizes de esôfago sangrantes. Admitida em serviço de urgência devido episódios de enterorragia e melena com repercussão hemodinâmica iniciados havia um dia. Realizou endoscopia digestiva alta que demonstrou lesão subepitelial duodenal de 3 cm, com ulceração central, sugestiva de GIST. Realizada complementação da investigação com Tomografia Computadorizada de Abdome. Internada para cuidados de terapia intensiva, evoluiu com necessidade de suporte transfusional e encefalopatia hepática, motivos pelos quais foi optado pela não realização de tratamento cirúrgico. Realizada hemostasia endoscópica da lesão, com o emprego de adrenalina, eletrocoagulação com plasma de argônio e hemospray. Também realizada abordagem por radiologia intervencionista para embolização de artéria gastroduodenal, com controle dos episódios de sangramento. Houve melhora clínico-laboratorial após 14 dias de internação. A paciente permanece em seguimento ambulatorial, sem complicações até o presente momento. Conclusão Apesar de infrequente, o GIST duodenal está associado à maior probabilidade de HDA como manifestação clínica. Embora a ressecção cirúrgica permaneça como a modalidade de tratamento de maior efetividade, o emprego de técnicas endoscópicas e radiologia intervencionista consistem em alternativas para a terapêutica desta condição rara porém potencialmente ameaçadora à vida.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1076

TÍTULO DO TRABALHO: GIST Gástrico Gigante Avançado ? Relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ELOISA ALMEIDA CURVO; ANNA BEATRIZ MEIRA PINHEIRO; JOHN NASCIMENTO DA CONCEIÇÃO; AUGUSTO CÉSAR ROMÃO ASSEIS; LUCAS LIMA REZENDE; THIAGO USHIDA; MARCUS VITOR NUNES LINDOTE; GILMAR FERREIRA DO ESPIRITO SANTO; THIAGO TEIXEIRA DO NASCIMENTO. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JULIO MÚLLER - CURSO DE MEDICINA - UFMT, CUIABÁ - MT - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Relatar um caso de tumor estromal gastrointestinal gigante de estômago em um paciente masculino, 60 anos, atendido no ambulatório de cirurgia geral.Relato de Caso: A.A.N., masculino, 60 anos, hipertenso e diabético. Deu entrada em ambulatório de cirurgia geral com queixa de dor epigástrica há dois meses, sem irradiação, associada à náusea e vômito com piora progressiva. Ao exame físico: abdome globoso devido abaulamento visível em região epigástrica projetando para hipocôndrio e flanco direito. À palpação: massa de consistência sólida, móvel e dolorosa, medindo aproximadamente 20 x 20 cm. Tomografia computadorizada demonstrou formação expansiva heterogênea, com contornos lobulados envolvendo transição esofagogástrica, pequena curvatura gástrica, pequeno omento, medindo cerca de 23 x 20 cm. Fígado contendo múltiplas imagens nodulares heterogêneas distribuídas pelo parênquima, com reforço em fase pós-contraste. O paciente foi submetido à laparotomia exploradora sendo realizado derivação gastrojejunal e biópsia da lesão. Anátomo-patológico: neoplasia fusocelular. Imuno-histoquímica: expressão positiva para proteína c-KIT (CD117). O paciente foi encaminhado para o serviço de oncologia clínica para continuidade do tratamento paliativo.GIST (Gastrointestinal stromal tumor) é o tumor estromal do trato gastrointestinal que se origina das células de Cajal e da expressão da proteína c-KIT. Relativamente raro, representa a maioria dos tumores mesenquimais do trato digestivo. Localiza-se preferencialmente no estômago. Os exames de imagem como a tomografia computadorizada possibilitam definir a localização, dimensão e relação com as estruturas vizinhas. A imunohistoquímica, após o resultado do anátomo-patológico sempre é necessário para o diagnóstico. A remoção cirúrgica é o tratamento curativo de escolha. Na presença de tumor metastático opta-se pela cirurgia paliativa. O tratamento farmacológico com o quimioterápico mesilato de imantinib também tem sido preconizado como adjuvante, aumentando a sobrevida.Conclusão: O tumor estromal de trato gastrointestinal apresenta alta tendência à malignidade, por isso o diagnóstico precoce é essencial. A abordagem cirúrgica tem um papel relevante, não só no tratamento com proposta curativa, bem como na abordagem paliativa para o alívio de sintomas.Bibliografia:Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 494. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tumor do Estroma Gastrointestinal. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1215

TÍTULO DO TRABALHO: GIST GASTRICO SIMULANDO PSEUDOCISTO PANCREÁTICO: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BRUNO ROBERTO DA SILVA FERREIRA1; CLOVIS CARDOSO DE PAIVA NETO1; PEDRO BARBOSA CORDEIRO NETO1; EDUARDO HENRIQUE CUNHA NEVES FILHO2; EMILIANDO RAIMUNDO DA SILVA1; HELADIO FEITOSA DE CASTRO FILHO1; JOSE HUYGENS PARENTE GARCIA1. 1. IJF, FORTALEZA - CE - BRASIL; 2. ICC, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Os tumores do estroma gastrointestinal (GISTs) são neoplasias sólidas do trato gastrointestinal, encontrados principalmente no estômago e no intestino. Eles raramente se apresentam como lesões císticas. Relatamos este caso em virtude da dúvida diagnóstica que enfrentamos durante as investigações iniciais, tanto radiológicas quanto laboratoriais. O exame histopatológico do espécime resultou em diagnóstico inesperado. Relato do caso: paciente do sexo masculino, 69 anos, referindo há 3 meses dor abdominal localizada em epigástrio, de leve intensidade e associada a pirose. Negava perda ponderal ou hiporexia no período. Possuia história de trauma abdominal contuso há 20 anos após acidente automobilístico, mas sem necessidade de tratamento cirúrgico. Realizou ultrassonografia abdominal que mostrou grande lesão cística na região epigástrica, em topografia da cauda pancreática, sugestiva de pseudocisto. Endoscopia digestiva alta mostrou esofagite de refluxo leve e compressão extrínseca no corpo gástrico, observando-se orifício fistuloso drenando secreção serosa na parede posterior do estômago, com enantema circunjacente. Realizada tomografia computadorizada de abdome com contraste que mostrou lesão cística medindo 9,0 × 8,0 × 6,0 cm em topografia de cauda do pâncreas e adjacente ao estômago. Exames laboratoriais normais, inclusive dosagem de amilase e lipase séricas e de marcadores tumorais. Após esses achados, foi feita a hipótese diagnóstica de pseudocisto pancreático e indicada abordagem cirúrgica para realização de cistogastrostomia. Durante o ato operatório, foi evidenciado que se tratava de tumor intimamente relacionado à pequena curvatura gástrica e ausência de lesão em pâncreas, mudando-se a hipótese para um tumor exofítico do estômago. Foi realizada ressecção completa do tumor, juntamente com parte da pequena curvatura gástrica. Peça cirúrgica foi enviada para a histopatologia. Paciente evoluiu bem no pós-operatório. Histopatológico e imunohistoquímica confirmaram o diagnóstico de GIST gástrico. Paciente encaminhado para tratamento adjuvante. Conclusão: Em decorrência desse achado, sugerimos que GIST gástrico pode fazer parte do diagnostico diferencial das lesões císticas complexas localizadas no abdome superior.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 923

TÍTULO DO TRABALHO: Hemorragia digestiva alta como manifestação de Síndrome de Mirizzi

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CAROLINE PETERSEN DA COSTA FERREIRA; CAIO BARBOSA KAKU; MARIA CAROLINA GALLI MORTATI; FELICIA P. CAVALHER; JACQUELINE M. ARAUJO; HENRIQUE CUNHA MATEUS; JACQUELINE ARANTES G. PERLINGEIRO; JOSE CESAR ASSEF. IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A síndrome de Mirizzi é uma complicação rara da colelitíase, com difícil diagnóstico. As complicações mais frequentes de colelitíase são colecistite aguda, pancreatite aguda, colangite ascendente e necrose da vesícula. Já Síndrome de Mirizzi, fístula colecistocoledociana e íleo biliar são complicações incomuns[3]. A síndrome de Mirizzi consiste em uma causa rara de icterícia obstrutiva, presente em 0,06-2,7% dos pacientes com colelitíase[4,5]. A inespecificidade da apresentação clínica e dos exames laboratoriais dificulta e retarda seu diagnóstico e tratamento, o que interfere diretamente no prognóstico dos pacientes e nas taxas de sucesso terapêutico. Neste trabalho, relatamos um caso de um paciente com colelitíase que apresentou coexistência de fístula colecistobiliar e colecistoduodenal (Síndrome de Mirizzi tipo Va), além de hemorragia digestiva alta consequente à erosão da parede da artéria grastroduodenal.RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino de 41 anos, admitido no Pronto Socorro do nosso serviço com quadro clínico de hematêmese e instabilidade hemodinâmica. Apresentava uma pressão arterial de 90x50mmHg, frequência cardíaca 120bpm, com pulsos periféricos finos, sem dor abdominal e sem evidência de melena no toque retal. Tinha antecdente de HIV em trtamento regular com anti-retrovirais. Após reposição volêmica, apresentou normalização hemodinâmica e foi encaminhado à endoscopia, porém durante o exame apresentou piora hemodinâmica súbita, possibilitando apenas visualização de sangramento ativo no duodeno. Foi realizada laparotomia exploradora imediatamente com evidencia, no intra-operatório,de colecistite aguda calculosa com fístula colecisto-duodenal completa com erosão de mais 75% da circunferência do duodeno, além de fístula incompleta colecistobiliar e sangramento ativo oriundo da artéria gastroduodenal erodida. Foi realizada ligadura da artéria gastroduodenal, colecistectomia à Torek, gastrectomia parcial, com gastroenteroanastomose à Billroth II e sutura primária da parede anterior da via biliar, com drenagem à Kehr. Paciente permaneceu em UTI, em uso de drogas vasoativas. Devido quadro séptico, politransfusão e doença de base foi a óbito dois dias após o procedimento.CONCLUSÃO: Pacientes com colecistite aguda podem apresentar complicações como a síndrome de Mirizzi em seus diversos graus, com seus sinais e sintomas pouco específicos e ter o seu diagnóstico e tratamento dificultados, podendo ser fatal.

CODIGO DO TRABALHO: 2280

TÍTULO DO TRABALHO: HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA POR DIVERTÍCULO DUODENAL: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DANIEL DE MORAIS TAVARES1; FERNANDA NEIVA RIBEIRO2; LUCIANO CRUANES GULLO2; THEAGO ARRUDA ESPÍRITO SANTO2; LUANA ARRUDA2; DYEGO DOS SANTOS QUEIROZ3; VALTER FABRICIO FERREIRA DARI2; MARILIA IAIA NAHAS JUNQUEIRA2. 1. PUC-SP, SOROCABA - SP - BRASIL; 2. COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI, CAMPINAS - SP - BRASIL; 3. COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI, CAMPINAS - SC - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: As hemorragias digestivas representam emergência clinica importante, com alta taxa de morbimortalidade. É preciso diagnóstico rápido e medidas clinicas eficazes para estabilidade do paciente. O tratamento endoscópico ainda continua sendo o padrão ouro, porém em alguns casos a abordagem cirurgica é mandatória. O caso trata-se de um tipo raro de causa de hemorragia digestiva alta de tratamento cirurgico.RELATO DE CASO: Paciente MLS, 87 anos, sexo masculino, aposentado, hipertenso, hipotireoideo, iam prévio, proveniente de Campinas-SP. Atendido no pronto socorro do Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi ?Ouro Verde? dia 13/09/16 devido quadro de melena há 03 dias.Paciente acordado, orientado, hipocorado++/4+, estável hemodinamicamente, toque retal: melena. Apresentando hemoglobina de entrada de 10,7g/dl evoluindo com dois episódios de hematoquezia em grande quantidade com repercussão hemodinâmica , com hemoglobina de 4g/dl respondendo a volume. Submetido a hemotransfusão de quatro concentrados de hemáceas , com Hb de controle 8,7g/dl (14/09 às 18h) . Realizado EDA (14/09/16): evidenciando divertículo duodenal com coto vascular visível,sem sangramento ativo. Injeção de solução de adrenalina. Foi transferido para UTI com estabilidade hemodinâmica, porém queda de Hb para 7,8, optado por abordagem cirúrgica e hemostransfusão pré-operatória de 2 concentrados de hemáceas. No intra-operatório : optado por duodenotomia transversal em segunda porção duodenal , localizado o divertículo em posição postero-medial , realizada diverticulectomia + sutura a parker-kher. Paciente no pós operatório retornou para UTI para cuidados intensivos evoluiu com quadro séptico e insuficiência renal, evoluindo ao óbito após 15 dias do procedimento.CONCLUSÃO: A hemorragia digestiva alta é uma patologia de alta taxa de mortalidade. Embora as ulceras gástricas e duodenais sejam mais comuns assim como as varizes de esôfagos sangrantes , por mais que seja raro a presença de um divertículo em duodeno com sangramento ativo, pode ser fatal. É preciso diagnóstico rápido e eficaz nas hemorrogais digestivas para diminuir a morbimortalidade da patologia.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1372

TÍTULO DO TRABALHO: HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA MAÇICA EM PACIENTE TESTEMUNHA DE JEOVA SECUNDARIO A DIVERTICULO DE MECKEL: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JULIANA QUERINO TEIXEIRA1; ALEXANDRE VENÂNCIO DE SOUSA2; JOSÉ ANTONIO COELHO JUNIOR3. 1. FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ, VALINHOS - SP - BRASIL; 2. MEMBRO TITULAR DO COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES, JUNDIAÍ - SP - BRASIL; 3. FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ, JUNDIAÍ - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A doença diverticular pode se apresentar como divertículos verdadeiros ou falsos. O primeiro contém todas as camadas da parede intestinal e em geral é congênito, sendo o Divertículo de Meckel o tipo mais comum e a anomalia congênita mais frequente do trato gastrointestinal. O este divertículo ocorre na porção médio-distal do íleo, de forma solitária e se estende a partir do lado antimesentérico do intestino. É formado por uma Invaginação cega da parede do intestino delgado que é limitada pela mucosa, se comunica com o lúmen e inclui as 3 camadas da parede intestinal (mucosa, submucosa e muscular própria).Relato de caso: A.R.J., 22 anos, masculino, natural de Jundiaí, branco, solteiro, testemunha de Joeva, sem comorbidades conhecidas e sem outros antecedentes. Refere que sem antes nada sentir há 4 dias iniciou um quadro de hematoquezia, sangue cor vermelho vivo junto a fezes em pequena quantidade, negando quaisquer outras queixas, dores, distensão abdominal, vômitos ou febre. Procurou o serviço médico onde foi diagnosticado inicialmente com Doença Hemorroidária e prescrito uso de Proctyl VR por 2 dias, sem melhoras. Há 8 horas, houve piora da hematoquezia, com saída de maior volume e aumento da frequência do sangramento, não relacionado a evacuações, evoluindo até que há 1 hora, apresentou sangramento difuso, sem controle, com sensação de desmaio, fraqueza e lipotimia, procurando o PS nestas condições. Na sala de emergência paciente apresentava-se em choque hipovolêmico refratário a medidas de ressuscitação, sendo optado pela realização da Laparotomia exploratória onde evidenciou cavidade sem alterações, exceto por presença de um grande divertículo de Meckel, com sangue ativo em delgado, há 20 cm da válvula ileocecal, com erosão da mucosa, sem outras alterações. Após cirurgia, paciente evoluiu bem tendo alta no 5ºPOT.Conclusão: O Divertículo de Meckel tem uma prevalência de 2% na população geral, sendo frequentemente assintomática, principalmente em adulto. Quando sintomático pode-se apresentar com dor abdominal ou sintomas de hemorragia gastrointestinal, obstrução intestinal, inflamação diverticular ou perfuração. Entre 25 a 50% dos pacientes que apresentam sintomas tem menos de 10 anos de idade e a prevalência de sintomatologia varia de 17-70% dependendo dos fatores de risco associados. Neste caso, ressaltamos a importância do diagnóstico diferencial de Hemorragia Digestiva Alta para Divertículo de Meckel em pacientes jovens.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1295

TÍTULO DO TRABALHO: Hemorragia Digestiva do Intestino Médio por Tuberculose Entérica.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RAFAEL ANGELO FERREIRA DA FONSECA1; ARTHUR OLIVEIRA AGUILAR1; SÂMELA COMÉRIO1; GABRIELA DALFIOR FERREIRA2; LAILA GIACOMINI COUTO1; JORGE FELIPE SOUSA MENENGUCI1; ELISA REISEN VASCONCELOS1; POLYANA FERNANDES FLORES PEREIRA1. 1. UNESC, COLATINA - ES - BRASIL; 2. HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO JOSE, COLATINA - ES - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A hemorragia digestiva do intestino médio tem origem entre o ângulo de Treitz e a válvula ileocecal. Fazer o diagnóstico etiológico de hemorragia do intestino é um grande desafio.Objetivo: Relatar um caso de hemorragia do intestino médio devido à tuberculose entérica.Resultados: Mulher, 25 anos, dá entrada no HMSJ com dispneia aos esforços e febre. Portadora de cardiomiopatia reumática e insuficiência renal crônica em terapia dialítica. Na admissão com estenose mitral importante e insuficiência mitral moderada. Iniciado antibioticoterapia e submetida à nova troca valvar mitral. Evoluindo no pós-operatório com melena e necessidade de transfusões. Propedêutica com encoscopia digestiva alta e colono sem anormalidades. Realizada arteriografia abdominal, com pequena angiectasia em cólon esquerdo, sem sangramento ativo. Recebeu alta após parada espontânea do sangramento e estabilidade hematimétrica. Retorna 8 dias depois, hipotensa,taquicárdica, febril ;referindo melena vultuosa. Submetida a laparotomia exploradora com observação de lesões monomórficas nodulares em todo mesentério e peritônio visceral; por transiluminação visualizado sangue no interior das alças do delgado; em ponto mais proximal do jejuno, notado espessamento, sendo realizada enterectomia. Após exposição da mucosa notou-se lesão ulcerada. Histopatológico da peça cirúrgica e peritônio com processo inflamatório crônico granulomatoso, células gigantes multinucleadase necrose de padrão caseoso. Conclusão: A tuberculose entérica é uma situação rara, que pode se apresentar de diversas formas. As manifestações clínicas são variadas e inespecíficas, podendo incluir hemorragia digestiva. Em suspeita de sangramento do intestino médio, tuberculose deve ser uma hipótese considerada em pacientes imunossuprimidos com sangramento persistente.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 3065

TÍTULO DO TRABALHO: HÉRNIA DE RICHTER DE CANAL INGUINAL: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOSÉ MOREIRA DOS SANTOS1; JOSÉ GERALDO TENÓRIO DE BRITO BARBOZA2; CAMILA JOB DA SILVEIRA2; CECÍLIA ESTRELA RODRIGUES DE CASTRO2; BRUNA SILVA DE OLIVEIRA2; MARIA ISABEL NUNES GOMES2; JOSÉ CALIXTO DA SILVA NETO3. 1. GRUTORAX, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. FAMENE, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 3. FAMENE, JOAO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Hérnia de Richter é uma condição rara, frequente em mulheres, caracterizada pelo estrangulamento de apenas uma parte da circunferência do intestino em um saco herniário, levando à isquemia, gangrena e perfuração de víscera oca. Os sintomas iniciais podem ser leves ou exacerbarem-se em pouco tempo e variando entre sistêmicos, abdominais ou localizados, por meio de massa dolorosa na região inguinal. O segmento do intestino aprisionado é quase sempre do íleo distal, embora qualquer parte do sistema gastrointestinal possa tornar-se encarcerado. Pode ainda ocorrer em várias posições, sendo o anel femoral a parte mais comum.RELATO DE CASO:Mulher, 75 anos, freira, deu entrada no serviço de emergência apresentando dor abdominal há 2 dias, associada a aumento do volume abdominal, ausência de flatos e fezes, e vômitos fecalóides nas últimas horas. Hipertensa em uso regular de Captopril (75mg/dia). Nega traumatismos e cirurgias prévias. Ao exame físico: estado geral regular, consciente e orientada, desidratada (++/+++), hipocorada(+/+++), afebril, anictérica, PA = 100 X 60 mmHg, FR = 120bpm. Abdome globoso, doloroso à palpação difusamente, timpânico, RHA presentes e hiperativos, sinal de Bloomberg negativo. Foi submetida a radiografia de abdome em decúbito e ortostase, que evidenciou distensão difusa de alças intestinais, com nível hidroaéreo. Foi realizada laparotomia exploradora, evidenciando a presença de impactação da alça ileal em sua borda anti-mesentérica na topografia do anel interno do canal inguinal, seguida de enterectomia segmentar com entero-enteroanastomose, além do reparo do orifício herniário. Paciente evoluiu bem e teve alta 5º DPO.DISCUSSÃO:A hérnia de Richter é um achado extremamente raro e representa 10% das hérnias estranguladas. O local mais comum é o anel femoral, seguido pelo canal inguinal e hérnia incisional da parede abdominal. Para a formação desta é necessário ter margem do anel herniário firme e anel de constricção apertado o que leva ao estrangulamento e comprometimento da circulação, com consequente isquemia e gangrena do intestino envolvido. O achado físico mais constante é o aumento de sensibilidade ou tumefação ao longo do orifício herniário. Progride mais rapidamente para gangrena do que as hérnias estranguladas comuns.A hérnia de Richter é associada a uma taxa de mortalidade alta de 17%, mostrando a importância de unir uma boa história clínica, exame físico adequado e exames imaginológicos apropriados.

CODIGO DO TRABALHO: 1296

TÍTULO DO TRABALHO: HÉRNIA HIATO GIGANTE: CAUSA DE ANEMIA OCULTA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: REMO JOGAIB SALCIARINI1; CELIA MARIA GOUVEIA DE FREITAS1; LUIS ANTONIO VANNI GUERRA1; MIGUEL CHAVES FILHO2; THIAGO BOECHAT DE ABREU1; SAULO RENAN SILVA SANTOS3. 1. HOSPITAL ORENCIO DE FREITAS, NITEROI - RJ - BRASIL; 2. HOSPITAL ORENCIO DE FREITAS, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; 3. HOSPITAL ORÊNCIO DE FREITAS, NITEROI - RJ - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: HÉRNIA HIATAL (HH) É O PROLAPSO DO ESTÔMAGO PARA A CAVIDADE TORÁCICA ATRAVÉS DO HIATO ESOFÁGICO. A HH É CLASSIFICADA SEGUNDO ALLISON EM TRÊS TIPOS: TIPO I OU DESLIZAMENTO (HHD), TIPO II OU ROLAMENTO OU PARAESOFAGEANA (HHP) E TIPO III OU MISTA. UM QUARTO TIPO É DESCRITO NA LITERATURA COMO TIPO IV, OU GIGANTE OU ESTÔMAGO INTRATORÁCICO (HHG). APROXIMADAMENTE 33% DOS PACIENTES COM HHP APRESENTA ANEMIA, PROVENIENTE DE SANGRAMENTO OCULTO DA PORÇAO DA MUCOSA GÁSTRICA HERNIADA QUE SOFRE ULCERAÇÃO. ESTA ASSOCIAÇÃO MELHOR SE COMPROVA, APÓS PROVA TERAPÊUTICA DE REPARO CIRÚRGICO DA HÉRNIA COM 90% DE CURA. RELATO DE CASO: L.A.S., FEMININO, 57 ANOS, OBESIDADE GRAU I, INTERNOU NO HOSPITAL ORÊNCIO DE FREITAS, DEVIDO ANEMIA SINTOMÁTICA E REFRATÁRIA À REPOSIÇÃO ORAL DE FERRO (FE) E SEM FOCO SANGRANTE APARENTE. QUEIXA PRINCIPAL DE ?FRAQUEZA NAS PERNAS? E "QUEIMAÇÃO" RETROESTERNAL INICIADOS HÁ TRÊS MESES. ABDOMINOPLASTIA PRÉVIA HÁ 15 ANOS. EXAME FÍSICO: HIPOCORADA (2+/4+), ESTAVEL HEMODINAMICAMENTE E TAQUICÁRDICA. ABDOME OBESO, DOLOROSO EM EPIGÁSTRIO, SEM SINAIS DE PERITONITE E PRESENÇA DE CICATRIZ EM REGIÃO HIPOGÁSTRICA DA ABDOMINOPLASTIA PRÉVIA. LABORATÓRIO DE ADMISSÃO ERA COMPATÍVEL COM ANEMIA FERROPÊNICA. ACHADOS DA 1ª ENDOSCOPIA (EDA): HHD SEM SINAIS DE SANGRAMENTO NA MUCOSA DO ESTÔMAGO OU DUODENO. COLONOSCOPIA: DOENÇA DIVERTICULAR SEM SINAIS DE COMPLICAÇÕES. 2ª EDA: HHG SEM SINAIS SANGRAMENTO DE MUCOSA. INDICADO REPARO CIRÚRGICO E FUNDOPLICATURA À NISSEN VIDEOLAPAROSCÓPICA. RETORNOU APÓS TRÊS MESES NO AMBULATÓRIO SEM SINAIS CLÍNICOS OU LABORATORIAIS DE ANEMIA. CONCLUSÃO: O CASO MOSTRA A IMPORTÂNCIA DE SE REALIZAR EDA E COLONOSCOPIA DE ROTINA, NOS CASOS DE ANEMIA FERROPÊNICA DE CAUSA OCULTA E QUE NÃO RESPONDEM AO TRATAMENTO CLÍNICO. A EDA É CONSIDERADA O PADRÃO-OURO PARA IDENTIFICAR AS ÚLCERAS ASSOCIADAS ÀS HHG, CONHECIDAS COMO ÚLCERAS DE CAMERON. O DIAGNÓSTICO DEMANDA ALTA TAXA DE SUSPEIÇÃO E FAMILIARIDADE COM A APARÊNCIA ENDOSCÓPICA. O ESTUDO DE TRASTEK REALIZOU CORREÇÃO CIRÚRGICA DA HH COM TRATAMENTO DA ANEMIA EM 91,8% DOS CASOS. A ASSOCIAÇÃO DE ANEMIA OCULTA E PERSISTENTE EM PACIENTES COM HH VOLUMOSAS DEVE SEMPRE SER LEMBRADA. A DESPEITO DE NÃO SE IDENTIFICAR UM FOCO DE SANGRAMENTO APARENTE NAS EDA A SUSPEIÇÃO DIAGNÓSTICA NÃO PODE SER DESCARTADA. O TRATAMENTO DEVE SER COMBINADO COM INIBIDOR BOMBA DE PROTONS, FE E CIRURGIA, JÁ QUE ESTÁ ÚLTIMA PREVINE RECORRÊNCIA DE SANGRAMENTO E COMPLICAÇÕES POTENCIALMENTE LETAIS.

CODIGO DO TRABALHO: 1727

TÍTULO DO TRABALHO: HÉRNIA INTERNA PELO FORAME DE WINSLOW: Relato de caso com resolução por videolaparoscopia

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RAIANE CRISTINA FERREIRA CASTRO1; RENATA LAIZ FERREIRA CASTRO2; EDSON ANTONACCI JR.1; STEPHANIE DE ARAUJO COSTA3. 1. CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATOS DE MINAS - UNIPAM, PATOS DE MINAS - MG - BRASIL; 2. HOSPITAL REGIONAL ANTÔNIO DIAS - FHEMIG, PATOS DE MINAS - MG - BRASIL; 3. HOSPITAL IMACULADA CONCEIÇÃO, PATOS DE MINAS - MG - BRASIL.

RESUMO:
Raiane Cristina Ferreira Castro1, Renata Laiz Ferreira Castro2, Edson Antonacci Junior3, Stephanie De Araujo Costa4CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATOS DE MINAS ?UNIPAM ? MG ? BRASIL 1 Graduanda em medicina pelo Centro Universitário de Patos de Minas ?UNIPAM2 Médica cirurgiã geral pelo Hospital Regional Antônio Dias ?FHEMIG3 Coordenador da residência médica de cirurgia geral do Hospital Regional Antônio Dias ?FHEMIG ; docente e coordenador do internato de cirurgia do curso de medicina do Centro Universitário de Patos de Minas ?UNIPAM ? TCBC ? MG4 Médica Radiologista - Membro titular do Colégio Brasileiro de Radiologia Introdução: A herniação pelo forame de Winslow pode ser definida como um tipo de hérnia abdominal interna. O primeiro caso foi descrito por Blandin em 1834 e, desde então, menos de 200 casos foram relatados, representando apenas 0,1% de todas as hérnias abdominais. Apresenta alta taxa de mortalidade (49-50%), geralmente associada ao diagnóstico e tratamento tardios. O quadro clínico é inespecífico, varia de acordo com o conteúdo herniado e o tempo de evolução. Os sintomas são geralmente relacionados à obstrução intestinal. A apresentação típica é uma dor aguda epigástrica severa, com irradiação para o hipocôndrio esquerdo ou ombro esquerdo, náuseas, vômitos e distensão abdominal. Relato de Caso: Sexo feminino, 48 anos, apresentando dor abdominal em cólicas e vômitos, após atividade física. Apresentava leve distensão abdominal, em epigástrio e hipocôndrio direito, com peristalse aumentada e sem irritação peritoneal. Leucocitose discreta. A TC de abdome mostrou padrão de suboclusão intestinal com distensão de delgado. Aspecto de torção e compressão dos vasos mesentéricos através do forame de Winslow. Realizada abordagem por videolaparoscopia, que evidenciou herniação pelo forame de Winslow. Exploração cuidadosa com pinças do delgado até a área do forame com redução das alças por tração. Não havia lesões isquêmicas e necrose. Alta no 2° dia pós-operatório, sem complicações. Conclusão: Patologia rara, com quadro clínico variável e inespecífico. O diagnóstico pré-operatório é de difícil suspeição. É importante considerar essa afecção como diagnóstico diferencial em quadros de abdome agudo, pois a detecção e tratamento precoces reduzem a morbimortalidade. A TC de abdome é o método de escolha para diagnóstico. Não há consenso em relação à abordagem cirúrgica, porém a videolaparoscopia oferece possibilidades exploratórias e recuperação rápida.

CODIGO DO TRABALHO: 1411

TÍTULO DO TRABALHO: Herniação de Tumor Desmoide Mesentérico: Relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ALOYSIO ENCK NETO1; RODRIGO MOMBERGER ROESLER2; LUCAS GONÇALVES MATTE1; LUCAS ALESSIO PEREIRA3; CAROLINE MARCELE MACIEL BERGER4. 1. HOSPITAL ERNESTO DORNELLES, POA, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL (UNISC), NOVO HAMBURGO - RS - BRASIL; 3. HOSPITAL ERNESTO DORNELLES,POA, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 4. HOSPITAL ERNESTO DORNELLES, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Os tumores desmoides são neoplasias raras, em geral benignas, com crescimento lento, mas com alta capacidade de invasividade local. São o resultado da proliferação de fibroblastos e miofibroblastos, envoltos por uma matriz de colágeno. Acometem principalmente adultos jovens, sendo mais prevalentes no sexo feminino, com uma incidência anual variando de 2 a 4 casos por milhão. Seu manejo deve ser avaliado individualmente, porém destaca-se a abordagem cirúrgica na maioria dos casos.Relato de Caso: Homem, 45 anos, sem comorbidades ou cirurgias prévias, interna por abaulamento em região inguinal direita e dor local, com evolução de 4 dias e piora progressiva dos sintomas. Ao exame, apresentava abaulamento inguinal, doloroso à palpação, com conteúdo irredutível, porém sem sinais de irritação peritoneal. O exame ecográfico de abdômen e parede abdominal demonstrou herniação inguinal à direita, contendo segmento intestinal, bem como imagem heterogênea e irregular em fossa ilíaca direita (FID), aderida a planos adiposos mesentéricos, associada a líquido livre em cavidade abdominal. Baseados nestes achados, solicitou-se exame tomográfico contrastado de abdômen, o qual evidenciou lesão com densidade de partes moles em FID, com dimensões de 5,0cm x 4,0cm, de aspecto ovalado, com discreta impregnação pelo contraste. O paciente foi submetido à videolaparoscopia diagnóstica, na qual identificou-se hérnia inguinal direita, com anel inguinal dilatado, contendo suposta massa mesentérica com sinais de isquemia; optou-se, desta forma, pela conversão da cirurgia para inguinotomia e acesso abdominal pelo anel inguinal interno. Procedeu-se com a exérese dessa massa e posterior correção da hérnia inguinal pela técnica de Lichtenstein.Conclusão: Concluindo, os tumores desmoides, apesar de raros, podem causar grande impacto aos pacientes. Seu crescimento lento, associado ao crescimento em superfícies de grande mobilidade pode levar à formação de massas de grandes dimensões, que cursam com grande agressividade local, sendo, por vezes, irressecáveis no momento do diagnóstico. No presente caso, a forma de apresentação do tumor como hérnia inguinal encarcerada foi bastante atípica, sendo o segundo caso relatado na literatura. O tratamento é bastante controverso, principalmente se considerarmos o grande índice de recidiva da lesão; contudo, na maioria dos casos, opta-se pela terapia cirúrgica, pelo fato de a mesma ser considerada de maior eficácia.

CODIGO DO TRABALHO: 1543

TÍTULO DO TRABALHO: ÍLEO BILIAR

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LEANDRO LATORRE; BENER AUGUSTO SOUZA MILANI; JULIO CESAR HAEFFNER S. DA ROCHA LOURES; MARCOS VINÍCIUS MASTELARO; GUILHERME NUNES; AUDIELLYS TEIXEIRA PIM; ANDRE LUIZ MEZZAROBA PELISSON; TIAGO MEZZAROBA PELISSON. SANTA CASA DE PARANAVAÍ, PARANAVAÍ - PR - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUCÃOO Íleo Biliar (IB) é uma obstrução intestinal devido à impactação de um volumoso cálculo de origem biliar em alças intestinais. Na fisiopatologia, o mais observado, é a passagem de um cálculo através de uma fístula bíleo-entérica originada de um episódio de colecistite aguda com necrose e perfuração da vesícula biliar para uma víscera adjacente. O IB é responsável por cerca de 1% a 4% dos casos de obstrução intestinal mecânica, mas pode ocasionar mais de 25% das obstruções intestinais não estranguladas em pacientes com idade acima de 65 anos. Ocorre em apenas 0,5% dos casos de colecistite. Seu pico de incidência é de 65 e 75 anos, predominante no sexo feminino. A taxa de mortalidade é de 15% a 18% e os sintomas mais comuns são náuseas, vômitos, dor e distensão abdominal que podem ser precedidas por queixas biliares. A radiografia de abdome é diagnóstica em menos da metade dos casos. O exame de imagem com maior importância diagnóstica é a tomografia computadorizada. Das obstruções intestinais por cálculo biliar, 63,3% ocorrem no íleo, 13,3% no jejuno e 3,3% no duodeno.RELATO DE CASO:JPW, feminino, 83 anos, apresentou vômitos e hematêmese há 15 dias. Após 7 dias apresentou dor abdominal associado à vômito e após 4 dias parada de eliminação de gases e fezes.Ex Físico: REG, eupneica, corada, hidratada, anictérica, afebril, pouco comunicativa. Glasgow 14Sem alterações cardiopulmonaresAbdome: Globoso, flácido, doloroso à palpação difusa, RHA ausente. Blumberg (-).Portadora de DM e HAS, ausência de cirurgia prévia abdominal. Apresenta litíase biliar em USGRX de abdome agudo: discreta distensão gasosa de delgado e imagem esférica discretamente radiopaca em flanco esquerdo.Tomografia abdome: presença de gás em vias biliares e vesícula biliar. Imagem densa intraluminar de 37mm em jejuno, compatível com íleo biliar.CD: Laparotomia exploradora identificando bloqueio de alça em topografia de vesícula biliar e cálculo biliar impactado em jejuno a 60 cm do angulo de Treitz, sendo realizado enterolitotomia, não realizado colecistectomia devido as condições do paciente e das possíveis complicações. ConclusãoO diagnóstico de IB é difícil e na sua maioria confirmados durante a laparotomia, devendo ser lembrado nos atendimentos de urgência e emergência, nos pacientes idosos e do sexo feminino atendidos com quadros sugestivos de oclusão intestinal.

CODIGO DO TRABALHO: 1704

TÍTULO DO TRABALHO: Íleo Biliar: causa de obstrução intestinal em paciente com volumosa hérnia umbilical

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANTONIO FERREIRA ROCHA JUNIOR1; ÉDER OLIVEIRA ROCHA2; ABRAHÃO COSTA MARTINS JÚNIOR1. 1. HOSPITAL HELIÓPOLIS, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução. Íleo biliar, uma rara complicação decorrente de colelitíase, é definida como fistulização de um cálculo biliar volumoso através do estômago/duodeno provocando obstrução intestinal aguda mecânica. A maior parte das fistulas acontecem em pacientes idosos com histórico de calculose de vesícula biliar não tratada, ocorrendo inflamação crônica da vesícula ou necrose da parede vesical por pressão. Material e Métodos. O relato de caso a seguir é de uma paciente feminina de 70 anos de idade com quadro clínico típico de obstrução intestinal aguda e presença de volumosa hérnia umbilical. No toque retal, foi encontrado grande cálculo biliar de aproximadamente 2,5cm. Submetida à laparotomia exploradora sendo encontrado, no conteúdo do saco herniário, outro grande cálculo biliar impactado no intestino delgado formando uma faixa de necrose circular na alça acometida e sofrimento de alças intestinais a jusante até transverso proximal. Realizado enterectomia do segmento acometido e anastomose primária. Objetivos. Tal relato visa destacar a importância de identificação de uma complicação de colecistopatia calculosa, bem como a sua conduta de urgência diante desses casos. Conclusão. A identificação precoce e o tratamento correto de pacientes acometidos com íleo biliar são fundamentais para o prognóstico, visto que acometem em sua maioria pacientes idosos, com múltiplas comorbidades e com risco cirúrgico elevado.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2487

TÍTULO DO TRABALHO: Íleo Biliar: Relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: THIAGO PAULO DE LACERDA SANTOS; BRUNO LUÍS PIMENTEL FARNESE; ROBERTO CARLOS DE OLIVEIRA E SILVA; DOMINGOS ANDRE FERNANDES DRUMOND. HOSPITAL FELÍCIO ROCHO, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O íleo biliar é uma causa rara de obstrução mecânica do intestino delgado2,3 representando menos de 0.5% dos casos e sendo mais prevalente em adultos. É entidade que tende a desaparecer em virtude das indicações do tratamento da colecistopatia litiásica e dos avanços da cirurgia videolaparoscópica. A afecção caracteriza-se pela impactação de um cálculo biliar no íleo, após passagem através de uma fístula bilio-entérica1. O diagnóstico é geralmente tardio favorecendo altas taxas de morbi-mortalidade. RELATO DE CASO: Paciente L.B.D.I, 86 anos, sexo feminino, história de HAS, colelitíase, passado de apendicectomia aberta e nefrectomia. Foi admitida com queixa de dor abdominal associada à náuseas e vômitos com uma semana de evolução. Propedêuticas radiológicas realizadas (RX e TC de abdome) demonstraram tratar-se de quadro obstrutivo secundário a corpo estranho em delgado baixo. Foi realizada laparotomia exploradora que revelou grande cálculo biliar obstruindo a luz do íleo proximal. Realizou-se enterotomia com retirada do cálculo e posterior enterorrafia transversa em dois planos. O pós-operatório transcorreu sem maiores intercorrências. DISCUSSÃO: Ainda que a incidência de íleo biliar não seja elevada, essa é uma causa que deve ser aventada. Parece haver associação entre a síndrome de Mirizzi e presença de fístula colecisto-enterica, que proporciona uma via de saída para os cálculos biliares4. As manifestações clínicas são de obstrução intestinal aguda, geralmente confirmada tanto por avaliação clínica quanto radiológica. O tratamento é cirúrgico direcionado para resolução da fator obstrutivo. CONCLUSÃO: Deve-se atentar para a apresentação clássica do íleo biliar, caracterizada por um episódio agudo de obstrução intestinal em mulheres idosas. O diagnóstico deve ser baseado na história clinica e propedêutica radiológica. O tratamento é sempre cirúrgico direcionado à resolução do fator obstrutivo.REFERENCIAS1 - Gallstone ileus. Disponível em:2 ? Halabi, WJ Kang CY, Ketana N, et al. Surgery for gallstone ileus: a nationwide comparison of trends and outcomes. Ann Surg 2014; 259:3293 ? Ayantunde AA, Agrawal A. Gallstone ileus: diagnosis and management. World J Surg 2007; 31:12924 ? Mirizzi PL. Syndrome del conducto hepatico. J Int Chir 1948; 8:731

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 819

TÍTULO DO TRABALHO: ÍLEO BILIAR: UM RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARIANA FIDELIS SOLLA1; JOSE MAURO DA SILVA RODRIGUES1; DECIO LUIS PORTELLA1; DIEGO GARDENAL ALCANTARA2; DORIVAL MANRIQUE DUARTE JUNIOR1; DANIEL CARBONIERI BATISTA DE OLIVEIRA.1; GISELE CRISTINA SILVA2. 1. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, SOROCABA - SP - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução:Descrito pela primeira vez em 1654, por Bartholin,o íleo biliar (IB) é descrito por uma obstrução intestinal mecânica devido a presença de um cálculo biliar.Ocorre devido a uma comunicação anormal da vesícula biliar e o intestino, sendo uma complicação da colelitíase, ocorrendo entre 0,3 a 0,5% dos pacientes. O IB é responsável por 1 a 4% das obstruções intestinais.A sua ocorrência é maior em pacientes idosos e do sexo feminino.Relato de Caso: Mulher branca, 52 anos, procurou atendimento no serviço de emergência por apresentar história de dor abdominal localizada em epigastro há quatro dias que piorava com a alimentação. Relatava episódios semelhantes há dois anos, quando diagnosticada com colelitíase.A dor era acompanhada de vômitos biliosos,dificuldade para se alimentar e não evacuação há 5 dias.Ao exame físico apresentava ruído hidroaéreos diminuídos, abdômen doloroso difusamente à palpação.Toque retal com fezes de consistência normal na ampola.A tomografia computadorizada (TC) permitiu a visualização da Tríade de Rigler:aerobilia, obstrução intestinal e imagem de cálculo na topografia da válvula íleo-cecal.Indicada a laparotomia exploradora. Durante a cirurgia, foi revelada uma dilatação de alça do ângulo de Treitz até aproximadamente 20cm da válvula íleocecal, local onde podia se observar massa sólida, ovalar, intralumial ,longitudinal ,impactada no íleo de aproximademente 7 cm. Realizada incisão em delgado para a retirada do cálculo,a cerca de 130 cm do Treitz.No mesmo tempo cirúrgico foi realizada a correção da fístula e a colicistectomia. A paciente evolui sem intercorrências,e está realizando acompanhamento no ambulatório do mesmo serviço. Comentários:O IB representa 2% das causas de obstrução intestinal.Trata-se de uma urgência médica na qual é observada a passagem de um cálculo através de uma fístula bíleo-entérica originada de uma colecistite aguda com necrose e perfuração da vesícula biliar para uma víscera adjacente.O tratamento consiste na resolução da obstrução e consiste na correção de distúrbios hidroeletrolíticos, antibioticoterapia e cirurgia, a qual gera controvérsias quanto a resolução do quadro em um ou dois tempos.No caso apresentado a cirurgia foi realizada em um tempo,devido a estabilidade hemodinâmica da paciente e tendo como base evidências a recorrência de íleo biliar devido a cálculos biliares residuais, o risco de colangite e o aumento da incidência de carcinoma de vesícula biliar,quando realizada em dois tempos.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 3099

TÍTULO DO TRABALHO: INTUSSUSCEPÇÃO DE DELGADO, POR DIVERTÍCULO DE MECKEL, EM INDIVÍDUO JOVEM,

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: KÁCIO DA SILVA MOURÃO1; KYLDERY WENDELL MOURA CAVALCANTE2; PEDRO GOMES LINS DE CARVALHO1; RENATO CATARINO PESSOA VIEIRA LIMA3; GLÁUCIO PIRES CARNEIRO2; LIANA KATHERINE LA ROSA PACHAS2; IAN DA MOTA HERNANDEZ2; JORGE KEVIN NASCIMENTO NEGREIROS2. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA, BOA VISTA - RR - BRASIL; 2. HOSPITAL GERAL DE RORAIMA, BOA VISTA - RR - BRASIL; 3. UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DR DOMINGOS W. DE CELO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O diverticulo de Meckel (DM) é considerado a anormalidade congênita mais comum do trato gastrintestinal. Resulta de falha na obliteração do ducto onfalomesentérico (ducto vitelino) e, geralmente, apresenta-se como divertículo curto, de base larga, localizado na borda antimesenterica do íleo terminal. É assintomático na maioria dos casos mas pode manifestar-se em crianças por hemorragia digestiva e em adultos pelo desenvolvimento de processos abdominais obstrutivos ou inflamatórios. Suas principais complicações são: hemorragia, intussuscepção, volvo, formação de enterólitos, inflamação, perfuração, obstrução e neoplasia.Objetivo: Relatar caso, raro, de intussuscepção de delgado, por Divertículo de Meckel, em paciente jovem.Metodologia: Realizou-se revisão literária em bancos de dados (Scielo e Pubmed) e análise retrospectiva de prontuário.Discussão: Paciente deu entrada no PAAR/HGR apresentando quadro de dor intensa em abdome superior, iniciada em 24 horas, evoluindo com parada de eliminação de flatos e fezes, além de distensão abdominal. Apresentava vômito pós prandial, e episódios de constipação intermitente e negou comorbidades. Realizou Tomografia computadorizada de abdome que evidenciou sinais de intussuscepção junto a alças de quadrante superior esquerdo, sem fator etiologico evidente, alças de jejuno colabadas e distensão liquida de alças no andar inferior do abdome, incluindo moldura colônica com alça tubiliforme, em fundo cego, junto ao peritônio posterior. Não havia evidências de processo inflamatório extenso na região ileocecoapendicular (deslocados na linha média), sendo encaminhado imediatamente ao centro cirúrgico, onde foi evidenciado distensão de alças de delgado e DM a aproximadamente 50cm de valvula ileocecal, causando obstrução. Realizou-se enterectomia segmentar de alça de delgado onde se encontrava o DM, anastomose termino-terminal em 02 planos com vicryl (3,0) e apendicectomia profilática.Conclusão: A intussuscepção por divertículo de Meckel é rara no adulto, tendo grande importância por ser potencialmente perigosa nesta faixa etária, devido o surgimento de complicações. A conduta em pacientes assintomáticos portadores de DM é controversa, entretanto, em sintomáticos, a indicação cirúrgica é consenso. Sua abordagem requer a diverticulectomia simples ou a enterectomia segmentar com reconstrução pela anastomose primaria termino-terminal.

CODIGO DO TRABALHO: 2221

TÍTULO DO TRABALHO: Intussuscepção em idoso por paraganglioma gangliocítico: relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: KATHARINNE INACIO VAZ LAURIANO; GABRIEL BROM ANDRADE; RENATO MOREIRA SOUTO; LIZANDRA OLIVEIRA ROSADO; LORENA RODRIGUES OLIVEIRA SILVA; KAROL SOTELO CORTES; LUDMILA CASTRO ALVES TEIXEIRA; ROBERTO MICLOS LEDO JUNIOR. HOSPITAL REGIONAL DO GAMA - DF, GAMA - DF - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Intussuscepção consiste na invaginação de um segmento intestinal sobre outro e apresenta uma clínica variável, sendo poucos os pacientes que apresentam o diagnóstico pré-operatório. Apesar de frequente em crianças, em adultos é condição rara limitando-se a cerca de 5% de todos os casos de intussuscepção e 1% de todos os casos de obstrução intestinal. Em 90% das vezes tem causa bem definida, ao contrário do que ocorre na idade pediátrica. Em 70% das vezes as lesões de intestino delgado são benignas e embora esta parte do intestino corresponda a 75% do trato gastrointestinal, menos de 25% das neoplasias gastrointestinais se situam nessa área.O paraganglioma gangliocítico duodenal é um tumor extremamente raro e habitualmente benigno. De 1957 a 2011 haviam apenas 130 casos descritos na literatura. Se apresenta normalmente na segunda porção do duodeno e em mais de 50% das vezes a principal manifestação da entidade é a hemorragia digestiva alta.No presente trabalho é descrito o caso de um paciente atendido em uma unidade hospitalar do Distrito Federal com um quadro de obstrução intestinal aguda e diagnóstico final de intussuscepção por paraganglioma gangliocítico.Relato de caso: Paciente sexo masculino, 84 anos, se apresentou com quadro de obstrução intestinal aguda há 6 dias, evoluindo com secreção fecaloide pela sonda nasogástrica. Por falta de exames complementares disponíveis optou-se por laparotomia exploradora.Durante a cirurgia foi encontrada intussuscepção intestinal a 230cm do ângulo de Treitz em região de implante tumoral de aproximadamente 2 cm, além de implante tumoral em mesentério e dois implantes em alça de delgado a 60 cm, 80cm e 220 cm do Treitz, respectivamente. Foi realizado enterectomia de 30cm do íleo terminal, envolvendo dois implantes tumorais, e finalizado com entero-entero anastomose término-terminal.A biópsia e imuno-histoquímica do segmento retirado revelaram neoplasia epitelióide que invadiu camada muscular, sem alcançar a muscular da mucosa, com características sugestivas de paraganglioma gangliocítico.Conclusão: Este artigo chama atenção por apresentar dois eventos individualmente raros na prática cirurgica, mas que devem ser pensados como diagnóstico diferencial para menores taxas de morbimortalidade. O tratamento mais indicado para o paraganglioma é a retirada das lesões via endoscópica ou cirúrgica, apesar do seu caráter benigno na maior parte dos casos.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1707

TÍTULO DO TRABALHO: INTUSSUSCEPÇÃO ILEOCOLICA COM LINFOMA NÃO HODGKIN: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RONALDO RODRIGUES ZACARIAS1; HAMILTON LUIZ XAVIER FUNES1; FERNANDA RIBEIRO FUNES1; JONAS DIAS CAMPOS SEVERI1; FERNANDO BATIGALIA2; CARLOS HENRIQUE DOS REIS CONTE1; DANIEL AUGUSTO DE FERNANDES1; FABIANO DE ALMEIDA FERRARI1. 1. IELAR - HOSPITAL ESPIRITA NOSSO LAR, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL; 2. 2. FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO (FAMERP), SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Intussuscepção em adultos é uma ocorrência rara, e pode se originar de um linfoma não-Hodgkin (LNH) e ser de difícil diagnóstico devido à indefinição sintomática. Muito embora o linfoma não-Hodgkin (LNH) primário do trato gastrointestinal (TGI) esteja classificado como o mais frequente linfoma extranodal, cerca de 40% de todos os LNH extranodais são de ocorrência incomum em que a sintomatologia principal é a dor abdominal inespecífica e em 44% dos casos pode haver massa abdominal palpavel. intussuscepção é causa menos comum de abdome obstrutivo e é mais frequente em adultos de 50 anos associada a cólicas abdominais, náuseas, vômitos e obstrução parcial. O presente estudo tem por finalidade relatar caso Intussuscepção Ileocolica (IIC) com LNH em paciente jovem do sexo masculino admitido com quadro de dor abdominal difusa com peristalse intestinal. Tomografia computadorizada de abdome total apresentou IIC associada a acentuada distensão de alças intestinais delgadas. Laparotomia exploratória resultou em íleocolectomia direita Histopatologia evidenciou LNH difuso de células pequenas (baixo grau), invasor até o limite da serosa. Abordagem de IIC por LNH necessita de intervenção cirúrgica e sua sintomatologia e relativa raridade fazem d e seu diagnóstico um desafio.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1402

TÍTULO DO TRABALHO: Intussuscepção íleoileal associada a um tumor miofibroblástico inflamatório

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ARLEI RIZZIERI1; NATALIA MAXIMIANO SILVESTRE2; MARCO ANTONIO TISCOSKI NESI1; GABRIEL CIPRIANO VIDAL HELUANY3. 1. HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 2. UNESC, CRICIÚMA - SC - BRASIL; 3. UNESC, CRICIUMA - SC - BRASIL.

RESUMO:
Introdução:A intussuscepção é determinada pela invaginação de parte do intestino em si, não sendo comum em adultos e muitas vezes é um diagnóstico negligenciado. Em adultos, na maioria dos casos é identificada uma patologia adjacente como causa inicial.Normalmente, os pacientes apresentam-se com dor abdominal aguda, intensa, intermitente, que se não tratada pode evoluir para isquemia, perfuração ou peritonite. O tumor miofibroblástico inflamatório é um tumor mesenquimal com comportamento predominantemente benigno, mas de potencial maligno incerto, podendo evoluir com graus de agressividade variáveis.Relato de Caso: MJG, 83 anos, masculino, hipertenso e dislipidêmico, interna na emergência, hipertenso e dislipidêmico, com diminuição de eliminação de flatos e fezes há aproximadamente 2 semanas, associado a desconforto abdominal e vômitos. Sem outros sintomas. No exame físico, o abdômen se apresentava tenso, hipertimpânico, massa com dor à palpação em fossa ilíaca direita. Exames laboratoriais apresentavam leucocitose e desvio a esquerda. Em tomografia de abdômen com contraste, evidenciou-se intussuscepção ileoileal na fossa ilíaca direita, associada a distensão de alças de delgado a montante, com niveis hidroaéreos e espessamento parietal de algumas alças de delgado. Diante deste quadro de abdômen agudo obstrutivo, a principal hipótese diagnóstica era neoplasia de intestino delgado. Optou-se pela realização de laparotomia exploradora. Realizou-se enterectomia de segmento ileal com intussuscepção, com anastomose termino-terminal. Paciente apresentou íleo metabólico no pós-operatório, resolvido com tratamento clínico, e recebeu alta hospitalar 17 dias após a cirurgia. O exame anatomopatológico evidenciou neoplasia mesenquimal com baixo índice mitótico, originada na submucosa e margens de ressecção livres. Estes achados sugeriam GIST (Gastrointestinal stromal tumor). No entanto, na imunohistoquimica, não houve expressão de CD34 e CD117, encontrados no GIST, perfil compatível com tumor miofibroblastico inflamatório. Não foi necessário tratamento quimioterápico adjuvante.Conclusão:A intussuscepção intestinal em adultos ocorre normalmente após outro processo patológico, portanto, é preciso suspeitar de divertículos, infecções, pólipos ou tumores, em casos de paciente com quadro abdominal obstrutivo. Recomenda-se fazer tratamento correto e acompanhar esses pacientes para prevenção de novos agravos e melhor sobrevida do paciente.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 324

TÍTULO DO TRABALHO: Intussuscepção intestinal em paciente gestante pós cirurgia bariátrica: relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LARISSA RODRIGUES FREESZ; BRUNO RIGHI RODRIGUES DE OLIVEIRA; VINICIUS COELHO MACHADO SILVA; PEDRO HENRIQUE MATOS GONÇALVES; ELIAKIM MASSUQUETO ANDRADE GOMES DE SOUZA; PAULO ROBERTO LIMA CARREIRO. HOSPITAL UNIMED BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoO By-pass gástrico é hoje o procedimento bariátrico mais realizado no mundo. Intussuscepção na jejunojejunostomia constitui uma rara causa de obstrução de delgado após a realização do By-pass gástrico. O objetivo deste trabalho é apresentar um relato de caso de obstrução intestinal por intussuscepção de alça alimentar em paciente gestante previamente submetida à cirurgia bariátrica.Relato de casoMulher, 29 anos, 19 semanas de gestação, primigesta, compareceu ao serviço de urgência de Ginecologia e Obstetrícia com queixa de dor abdominal à direita referida como cólica intensa, com irradiação para o dorso ipsilateral. Referia histórico de gastroplastia à Fobi-Capella ou By-pass gástrico em Y-de-Roux há 2 anos. Ao exame, apresentava-se normotensa, altura uterina de 22cm, e batimentos cardíacos fetais de 135bpm. Foi encaminhada ao Hospital Unimed-BH para avaliação do serviço de Cirurgia Geral. A revisão laboratorial, incluindo funções hepática e renal, hemograma, amilase, lipase, proteína C reativa e urinálise, não mostrou alterações significativas. Ultrassonografia abdominal total revelou invaginação intestinal no hipocôndrio esquerdo com edema mural da alça externa, e colelitíase sem sinais de colecistite. Foi submetida à laparotomia exploradora de urgência, que identificou intussuscepção de alça alimentar no sentido anti-peristáltico, na proximidade ao Y de Roux. Após a redução, foi observada reperfusão satisfatória da alça, sem necessidade de enterectomia. A alça foi fixada com o objetivo de evitar recidiva. A paciente apresentou boa evolução pós-operatória, e recebeu alta hospitalar no primeiro dia de pós-operatório após realização de ultrassonografia obstétrica, que confirmou boas condições fetais. O controle ambulatorial após 1 semana de alta hospitalar foi satisfatório, com gestação ainda em curso.ConclusãoNa atualidade, cerca de 84% dos pacientes que se submetem à gastroplastia são mulheres, muitas delas em idade fértil. Intussuscepção intestinal é uma complicação rara da cirurgia bariátrica por By-pass gástrico (0,1 a 0,3%), e existem poucos casos em gestantes relatados na literatura. Nos quatro casos encontrados em nossa revisão bibliográfica, foi necessária ressecção intestinal, diferente do caso apresentado neste trabalho. Por ser uma afecção rara em gestantes, ainda não existe um consenso sobre o melhor manejo dessas pacientes.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2542

TÍTULO DO TRABALHO: ISQUEMIA MESENTÉRICA DIFUSA E PNEUMOPORTA: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MAURO HENRIQUE DE SA ADAMI MILMAN; MARCIO JOSE CARDOSO AMARAL; JOSE ANTONIO SCROCCO DA SILVA; MARCELO PAULO SERAFINI GONÇALVES; RENATHA PAIVA DE CASTRO; JOSE ROBERTO MELCHIORI BUCCO. HOSPITAL REGIONAL DE COTIA, COTIA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Pneumoporta, descritapela primeira vez em 1955 por Wolf e Evans,é a presença de gás no sistema venoso portal, podendo estar associada a casos de isquemia mesentérica, trauma ou procedimentos endoscópicos.Relato de Caso: gênero masculino, 59anos, branco, admitido no pronto socorro com quadro de diarreia intensa, distensão abdominal há 24he vômitos há 48h.Negava febre e comorbidades. No exame físico, apresentava-se em regular estado geral, hemodinamicamente estável, apenas com distensão abdominal difusa. Realizada hipótese diagnóstica de abdome agudo inflamatório. Os exames laboratoriais evidenciaram Hb 19,4g%; leucograma: 18.500 leucócitos/mm3, 1% de bastões e 89% de segmentados; plaquetas 155.000/mm3; uréia 69 e creatinina 1,67. A TC de abdome com contraste EV, identificoupneumatose intestinal difusa e presença maciça de gás no interior da veia porta e de seus ramos. Introduzido antibioticoterapia empirica com ciprofloxacino e metronidazol. Submetido a laparotomia de emergência que evidenciou isquemia intestinal difusa com viabilidade duvidosaoptando-se por peritoneostomia e reabordagem em 48h. Evoluiu no pós-operatório imediato com choque séptico. Na reabordagem cirúrgica,identificou-se áreas de necrose segmentarlocalizada a 100cm do ângulo de Treitz com extensão de 10 cm e perfuração única de 6 mm. Realizada enterectomia segmentar com enteroenteroanastomose e reconfecção de peritoneostomia.No 5º dia de internação foi submetida a fechamento de peritoneostomia sem intercorrências. A TC de abdome de controle no 13º dia de pós-operatório demonstrou ausência de gás no sistema portal e de alterações na cavidade abdominal. Apresentou quadros febris sem foco infeccioso aparente no 18 º dia de internação, introduzindo-se antibioticoterapia de amplo espectro. Evoluiu bem, recebendo alta hospitalar no 26º dia de internação, sem sequelas. Conclusão: pneumoporta, mesmo de forma maciça, associada a isquemia mesentérica pode apresentar evolução benigna

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 3075

TÍTULO DO TRABALHO: ISQUEMIA MESENTÉRICA PROGRESSIVA: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PALOMA ALVES BEZERRA MORAIS1; MILENA DE SOUZA ALVARENGA2; DOGLAS GOBBI MARCHESI2; PAULO ALVES BEZERRA MORAIS2; GABRIEL SANT`ANA ZUCOLOTO3; VICENTE SATHLER DELGADO FILHO2. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO, VITORIA - ES - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO, VITÓRIA - ES - BRASIL; 3. ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA, VITÓRIA - ES - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Intestino delgado é um dos órgãos mais sensíveis à isquemia, o que resulta em dano epitelial, translocação bacteriana e perda de função.[1] Isquemia de intestino delgado geralmente se manifesta como dor abdominal e a taxa de peritonite varia de 7,7 a 61,5%. Em um estudo com 53 pacientes com isquemia mesentérica aguda, a faixa etária de maior prevalência foi de entre 64,6 anos e 87 anos[2] sendo uma causa comum de emergência abdominal em idosos.[3] Relato do caso: Paciente, sexo masculino, 86 anos, admitido no Pronto Socorro de um Hospital Universitário em fevereiro de 2017 com quadro de dor e distensão abdominal, diarreia e parada de eliminação de flatos há três dias. Histórico de hipertensão, glaucoma, fibrilação atrial crônica, tromboembolismo pulmonar em 2014, além de infarto agudo do miocárdio e episódio de hemorragia digestiva baixa em 2016.Após avaliação da Cirurgia Geral, realizou-se laparotomia exploradora com hipótese de abdome agudo isquêmico. Presença de distensão de alças de delgado até 40 cm da válvula ileocecal e isquemia mesentérica de intestino delgado a 280 cm do ângulo de Treitz acometendo 60 cm de alça. Realizada enterectomia segmentar, entero-enteroanastomose latero-lateral sem intercorrências. Evoluiu no pós-operatório (PO) com instabilidade hemodinâmica e uso de drogas vasoativas.Nova abordagem cirúrgica no 2º PO em que observou-se moderada quantidade de líquido serohemático na pelve, distensão de alças à montante da anastomose prévia e alças de delgado vinhosas e edemaciadas. Realizada enterectomia segmentar desde 150 cm do ângulo de Treitz até 90 cm da válvula ileocecal, enteroenteroanastomose latero-lateral isoperistáltica e drenagem de cavidade. Encaminhado para Unidade de Terapia Intensiva. Permaneceu em grave estado geral com piora da função renal. Iniciou-se hemodiálise.No 3º PO da reabordagem, submete-se nova laparotomia com evidência de necrose de liquefação distal à anastomose prévia. Realizou-se colectomia segmentar (ceco e ascendente), enterectomia, ileostomia, fístula mucosa e peritoneostomia com ressecção desde 120 cm do ângulo de Treitz à porção ascedente do colo transverso. No PO imediato, fechou-se a peritoniostomia sem evidência de alças isquêmicas. Permanece em acompanhamento clínico em enfermaria de Cirurgia Geral.Conclusão: Isquemia intestinal é uma condição clínica complexa e comum na realidade dos cirurgiões.[1] Diagnóstico precoce e tratamento efetivo são essenciais para melhorar os resultados clínicos.[3]

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 633

TÍTULO DO TRABALHO: Laparoscopia e Lavado Peritoneal no Pré-Operatório do Adenocarcinoma de Estômago: Podemos modificar a conduta?

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JORGE ROBERTO MARCANTE CARLOTTO1; GABRIEL WEISS2; CRISTIANE DE QUADROS HACKENHAAR3; AMANDA VARNIER PARISOTTO2; LUCAS DUDA SCHMITZ1; JUAREZ ANTONIO DAL VESCO1; CAROLINA WEISS4; JULIA PASTORELLO5. 1. CLÍNICA DAL VESCO, PASSO FUNDO - RS - BRASIL; 2. RESIDÊNCIA MÉDICA EM CIRURGIA GERAL - UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL / HCPF, PASSO FUNDO - RS - BRASIL; 3. FACULDADE MERIDIONAL - IMED, PASSO FUNDO - RS - BRASIL; 4. UNIVERSIDADE DO OESTE DE SANTA CATARINA - UNOESC, JOAÇABA - SC - BRASIL; 5. CENTRO DE ONCOLOGIA DO HOSPITAL DA CIDADE DE PASSO FUNDO - HCPF, PASSO FUNDO - RS - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Avaliar se a laparoscopia com lavado peritoneal (LPD) é superior em relação à tomografia computadorizada (TC) para o estadiamento do adenocarcinoma gástrico e se a mesma pode modificar conduta cirúrgica do paciente.Método: Foram revisados retrospectivamente os prontuários hospitalar e ambulatorial de 23 pacientes com adenocarcinoma gástrico tratados por uma equipe de cirurgia digestiva do Hospital da Cidade de Passo Fundo ? RS de janeiro de 2014 a dezembro de 2016. As variáveis estudadas foram demográficas, clínicas, endoscópicas, cirúrgicas e dos exames anatomopatológico.Resultados: A maioria dos pacientes eram homens (65,2%) com média de idade de 66,6 anos (±11,31) e o principal sintoma foi a epigastralgia (69,6%). Conforme a classificação de Borrmann, a maioria das lesões era tipo II e III, localizados principalmente no corpo gástrico (34,8%) e com pesquisa de Helicobacter pylori negativa em 91,3% dos exames. Em relação à diferenciação histológica, houve predomínio do pouco diferenciado (69,6%) e do subtipo células em anel de sinete (65,2%). Constatou-se que 47,8% dos pacientes apresentavam linfonodomegalias na TC, principalmente perigástricos e em 91,3% deles, o exame de imagem não identificou metástase. Nos pacientes com TC negativa para doença à distância, 23,8% apresentaram o LPD positivo para células neoplásicas. Quando analisamos o LPD, o subtipo do adenocarcinoma e a diferenciação histológica estão relacionados com a sua positividade (pConclusões: A diferenciação e o subtipo histológico estão relacionados a presença de células neoplásicas no LPD. A laparoscopia e o LPD alteraram a decisão cirúrgica em 23,8% dos pacientes, proporcionando um estadiamento pré-operatório mais fidedigno no adenocarcinoma gástrico.Bibliografia:Hosogi H, Shinohara H, Tsunoda S, et al. Staging laparoscopy for advanced gastric cancer: significance of preoperative clinicopathological factors. Langenbecks Arch Surg. 2016 Nov 29.Ilhan E, Alemdar A, Ureyen O, et al. The Importance of Extensive Intraoperative Peritoneal Lavage as a Promising Method in Patients with Gastric Cancer Showing Positive Peritoneal Cytology Without Overt Peritoneal Metastasis and Other Therapeutic Approaches. J Invest Surg. 2016 Nov 2:1-7.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1274

TÍTULO DO TRABALHO: LEIOMIOMA DUODENAL SIMULANDO TUMOR DE CABEÇA DE PANCREAS ?RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: WELLIGTON RIBEIRO FIGUEIREDO1; ROBSON DAVID DE ARAÚJO LIAL2; MAYARA MAGRY ANDRADE DA SILVA3; ILLOMA ROSSANY LIMA LEITE2; VITORIA NEIVA PINHEIRO CORREIA2; FERNANDA MARIA GONÇALVES DE SOUSA MOURA2; FRANCISCO VITOR PEREIRA DE SOUSA2; WILDSON SANTOS CRAVEIRO ROSA2. 1. HOSPITAL GETULIO VARGAS, TERESINA - PI - BRASIL; 2. FACID, TERESINA - PI - BRASIL; 3. HGV, TERESINA - PI - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: tumores benignos do trato gastrintestinal superior são incomuns e em torno de 25% destes são leiomiomas. O duodeno é a região menos acometida pelos leiomiomas(5%) que o jejuno(19%) ou estômago(61,5%). Mais comumente é uma lesão da submucosa assintomática, descoberta acidentalmente por endoscopia ou autópsia. Quando há sintomas, tem sido descrito dor abdominal e melena. As complicações envolvem sangramento gastrintestinal, anemia e menos comumente obstrução. A endoscopia tem se mostrado sensível em identificar as lesões. O leiomioma duodenal faz diagnóstico diferencial com neoplasia maligna periampular, tumor gastrintestinal estromal e pâncreas ectópico. Como abordagem cirúrgica, tem sido descrito duodenotomia com exérese das lesões menores e mais frequente duodenectomia segmentar com anastomose término-terminal. Ambas as abordagens se precedem por biópsia intraoperatória por congelação, o que evita abordagens mais agressivas. Objetivo do estudo é relatar um caso de paciente portador de leiomioma duodenal em hospital público de Teresina - PI. RELATO DE CASO: M.R.A, 67 anos, feminina, procurou serviço médico queixando-se de dor abdominal vaga e inespecífica. Encontrava-se em BEG, anictérica e exame físico normal. Foi submetida à investigação inicial com Ultrassonografia de abdome que evidenciou lesão sólida na cabeça do pâncreas. Na tomografia de abdome foi visualizada lesão sólida medindo inicialmente 5x4x4,5cm em cabeça do pâncreas. Marcadores tumorais como CEA e CA 19-9 negativos. Foi indicado ressecção da lesão e proposto duodenopancreatectomia. Durante o ato operatório, evidenciou-se lesão na parede duodenal da primeira porção com projeção para o parênquima pancreático sem comprometê-lo e com plano de clivagem. Foi optado por ressecção (duodenectomia) com preservação da papila e pâncreas e anastomose gastrojejunal em Y-roux. A paciente recebeu alta no 6º PO sem intercorrências. O histopatológico confirmou leiomioma duodenal. CONCLUSÃO: leiomioma duodenal é uma neoplasia rara. Quando sintomático, é importante causa de dor, anemia ou sangramento gastrintestinal agudo. O estudo desta neoplasia se mostra importante por fazer diagnóstico diferencial com as lesões benignas ou malignas mais comuns da cabeça do pâncreas e duodeno.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1118

TÍTULO DO TRABALHO: Linfoma MALT com ressecção cirúrgica: dois relatos de caso.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: AYSSA TELES ABRÃO TRAD; JULIO CESAR MARTINEZ; GIOVANNA RELA MATRICARDI; AMANDA HORIE CARDOSO; VINICIUS VERTEMATTI DE CASTRO; MATHEUS CHRISTIAN SILVEIRA; BRUNNO AUGUSTO JOSÉ COSTA. PUC SP, SOROCABA - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃODentre os linfomas extra-nodais, o Linfoma não Hodgkin (LNH) corresponde a 40% dos casos. Sua incidência vem aumentando, estimativas americanas apontaram 19 mil mortes pela doença em 2008. O trato gastrointestinal é o sítio mais acometido, sendo o MALT (Mucosa-associated lymphoid tissue lymphoma) correspondente a 5-7% dos casos. Surge normalmente em locais expostos a atividades antigênicas crônicas por processos infecciosos e/ou autoimunes persistentes.Relataremos dois casos de linfoma MALT.CASO 1Paciente do sexo feminino, 69 anos. Queixa de piora de um quadro de dor no estômago há 1 ano. Solicitada EDA, com pangastrite enantemática leve e espessamento de pregas gástricas em corpo. Realizada biópsia gástrica, imuno-histoquímica mostrou achados compatíveis com linfoma MALT. Encaminhada para gastrectomia total e aguarda cirurgia.CASO 2Paciente do sexo feminino, 56 anos, em acompanhamento pós gastrectomia subtotal por MALT.A primeira endoscopia digestiva alta (EDA) resultou em uma pangastrite enantematosa moderada com pólipo em fundo gástrico. Feita biópsia de fundo gástrico, o imuno-histoquímico mostrou que o conjunto dos achados pode corresponder a linfoma MALT.O tratamento proposto foi cirúrgico. Atualmente em remissão de sintomas gástricos, acompanhando com a Hematologia.CONCLUSÃOO linfoma MALT gástrico é o mais comum dos LNH extra-nodais. Como não existe tecido linfoide no estômago normal, foi verificada associação entre o MALT gástrico e H. pylori. Com grande parte da população mundial infectada pela bactéria e apenas uma pequena parte desenvolvendo linfoma MALT, um dos desafios atuais é estabelecer os fatores associados ao desenvolvimento dessa doença.Embora existam relatos com altas taxas de sobrevida utilizando radioterapia e quimioterapia exclusivas, a maioria dos estudos indica o tratamento cirúrgico, que pode ser curativo e é capaz de estabelecer estadiamento mais preciso.
REFERENCIASCosta RO, Hallack Neto AE, Chamone DAF, Aldred VL, Pracchia LF, Pereira J. Linfoma não Hodgkin gástrico. Rev. Bras. Hematol. Hemoter. 2009. Shrestha B, Kim B, Huffstetler A. An unusual presentation of gastric mucosa-associated lymphoid tissue (MALT)-type lymphoma. Journal of Community Hospital Internal Medicine Perspectives. 2016, 6. Barbosa JA, Schinonni MI. Helicobacter pylori: Associação com o câncer gástrico e novas descobertas sobre os fatores de virulência. Revista de ciências médicas e biológicas. Salvador, v.10, n.3, p.254-263, set/dez. 2011.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 732

TÍTULO DO TRABALHO: Manejo do Câncer gástrico na Gestante

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ERIC DE OLIVEIRA SOARES JÚNIOR; TÁSSYLLA CAROLINE FERREIRA PEREIRA; JOÃO VICTOR PEREIRA GOMES; JULIANE LOPES DO NASCIMENTO; OSMAR GOMES CARVALHO JÚNIOR; YURI GUILHEM RACHID JAUDY; RONE ANTONIO ALVES ABREU; LILIAN CRISTHIAN FERREIRA DOS SANTOS ROCHA. ITPAC, ARAGUAINA - TO - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Neoplasias envolvendo o trato gástrico durante o período da gravidez em pacientes jovens, são em suma, bastante incomuns e as informações que podem serem colhidas sobre o temas se apresentam, no geral, em estudo de grandes populações sobre doenças malignas, não demonstrando porém os caso concretos, deste modo demonstrar a forma de apresentação e o manejo escolhido para o caso. RELATO DE CASO: Paciente de 26 anos, relatava que sentia há um ano dor em queimação em região epigástrica. Fora solicitada uma Endoscopia digestiva alta onde se encontrou uma lesão grástrica úlcero-infiltrativa de 10 cm naregião da pequena curvatura do piloro indo até a incisura angular, colhida a biópsia do local foi enviada ao exame anatomopatólogico sendo diagnóstificado como carcinoma gástrico de ?células em Anel de Sinete? úlcero-infiltrativo. Paciente na 25ª semana de gestação foi submetida a Gastrectomia sub-total, linfadenectomia e reconstrução em Y de Roux, tendo boa evolução no pós operatório e sem complicações obstétricas. Parto realizado com 37 semanas e 6 dias de gestação, feto vivo do sexo masculino sem intercorrências. CONCLUSÃO: Assim, essa apresentação complexa e incomum do câncer gástrico e a gestação enfatizam a importância do diagnóstico precoce, a fim de garantir a melhor conduta, escolha terapêutica e prognóstico que estão diretamente relacionados ao estágio neoplásico e obstétrico.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2729

TÍTULO DO TRABALHO: MEGA ESTÔMAGO SECUNDÁRIO A OBSTRUÇÃO POR NEOPLASIA DE ANTRO GÁSTRICO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANA CELIA DINIZ C. BARBOSA ROMEO; THAINÁ GONÇALVES TOLENTINO DE FIGUEIREDO; ANA CARLA SANTANA SANTOS; MARCIO RIVISON SILVA CRUZ. ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA, SALVADOR - BA - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O câncer gástrico é uma das neoplasias malignas mais comuns e apresenta alta morbimortalidade[1]. O adenocarcinoma é o tipo histológico mais comum e tem seu prognóstico e tratamento definidos pela localização e estadiamento do tumor, que em virtude da dificuldade em estabelecer um diagnóstico precoce, implica baixos índices de tratamento curativo[2]. O diagnóstico é quase sempre tardio e feito quando há complicações, como estenose ou hemorragia, visto que os sintomas são inespecíficos sendo encontrado também em outras doenças.RELATO DE CASO: Paciente A.M, sexo feminino, 85 anos, procurou a unidade de emergência com queixa de obstipação há 15 dias associada a distensão abdominal, vômitos em grande quantidade e parada de eliminação de flatos. Acompanhante referiu que paciente vinha evoluindo com sensação de plenitude e empachamento pós-prandial há algum tempo (não soube referir certamente), negava inapetência e não soube referir perda ponderal. Ao exame físico à admissão não apresentava sinais de resposta inflamatória, o abdome estava globoso, distendido, hipertimpanico e indolor. Ao toque retal, ampola vazia. Realizada tomografia computadorizada de abdome que revelou espessamento da parede pilórica/bulbo duodenal estenosando significativamente sua luz e promovendo extensa dilatação do estômago avançando até o hipogástrio com conteúdo de resíduos alimentares. A paciente foi conduzida ao centro cirúrgico para realização de uma laparotomia exploradora. Ao inventário da cavidade notou-se a presença de tumoração gástrica em região de antro/piloro. Fígado sem implantes, ausência de carcinomatose peritoneal ou outras lesões. Realizada uma gastrectomia parcial com reconstrução à Billroth II. Enviada a peça para estudo anatomopatológico com diagnóstico de adenocarcinoma gástrico.A paciente foi encaminhada à unidade de terapia intensiva após o procedimento cirúrgico, recebendo alta hospitalar no décimo segundo dia de internação. Vem sendo acompanhada ambulatorialmente, sem queixas. CONCLUSÃO: O adenocarcinoma gástrico é uma neoplasia maligna muito prevalente em nosso meio e em virtude da inespecificidade dos sintomas são geralmente diagnosticados quando há complicações. Pacientes com obstrução por neoplasia gástrica mais frequentemente apresentam-se com queixas de dor epigástrica, pirose, anemia e perda de ponderal. Relatamos caso de paciente com sintoma atípicos, revelando crescimento indolente da neoplasia com conseqüente dilatação gástrica vultuosa.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 881

TÍTULO DO TRABALHO: Metástase de sarcoma pleomórfico uterino para jejuno causando intussuscepção intestinal

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RACHID GUIMARAES NAGEM1; BEATRIZ DEOTI E SILVA RODRIGUES1; CARLOS DIEGO RIBEIRO CENTELLAS2; LUCAS SILVA COUTO2. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. HOSPITAL DOS SERVIDORES DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoIntussuscepção intestinal é definida como a telescopagem de uma alça de intestino dentro de um segmento distal por ação do peristaltismo. É entidade rara em adultos, respondendo por 1-5 % dos casos de obstrução intestinal (1-3). Em crianças geralmente é primária, já nos adultos há uma condição patológica subjacente em 90% dos casos. Os sintomas mais comuns são dor e desconforto abdominal. As causas de intussuscepção no intestino delgado incluem divertículo de Mreckel, lesões inflamatórias, aderências, lipomas, pólipos, linfoma, metástases, presença de drenos abdominais e gastrojejunostomias (1-4). As neoplasias são responsáveis por 30% dos casos. O tratamento preferencial no adulto é a ressecção cirúrgica do segmento envolvido (2,3,6).O sarcoma pleomórfico uterino (SPU), por sua vez, é uma neoplasia rara e agressiva. Quando ocorre recidiva, esta ocorre mais frequentemente na forma de metástase a distância, sendo que a metástase para intestino delgado responde por menos de 1% desses casos (2-5). Relato de caso:Paciente de 59 anos, branca, natural de Guanhães-MG apresentou dor abdominal e vômitos há 7 dias. Estava em quimioterapia para tratamento de SPU com metástases.pulmonares. Rx de abdome: dilatação de alças de intestino delgado, com níveis hidroaéreos. TC de abdome: ?lesão em alvo?. Laparotomia constatou intussusepção intestinal à cerca de 40 cm do ângulo de Treitz. Identificada lesão e feito enterectomia. Paciente evoluiu bem com alta no 7°DPO. Anátomo-patológico: neoplasia maligna pouco diferenciada, com características compatíveis com sarcoma pleomórfico (de alto grau), em intestino delgado. Conclusão: A intussuscepção intestinal é uma causa rara de obstrução intestinal em adultos, geralmente associada a uma condição patológica secundária e seu tratamento permanece eminentemente cirúrgico.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 590

TÍTULO DO TRABALHO: Necrose de delgado eventrado em portal de trocáter de videolaparoscopia

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOÃO RAFAEL SILVA SIMÕES ESTRELA; ANDRE LUIS BARBOSA ROMEO; ANA CELIA DINIZ C. BARBOSA ROMEO; DANIEL CARDOSO CAVALCANTE GUERRA; ISABELLA FERNANDA SILVA FERREIRA; MÁRCIO ANDRADE SILVA FREIRE; DANILO BATISTA DE OLIVEIRA ABREU; ALAN FONSECA AIRES. HOSPITAL ANA NERY, SALVADOR - BA - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Uma das complicações possíveis, mas pouco relatadas, dos procedimentos laparoscópicos é a ocorrência de herniações através dos portais dos trocáteres, comumente acontecendo nos portais de 10mm. Ainda mais raro, se não raríssimo, é o surgimento de eventrações com necrose de alças intestinais.Relato de caso: Paciente 79 anos, menarca 12 anos, coitarca 26 anos, GIII PIII (3PN) A0, menopausada aos 47 anos. Nega alergias ou doenças familiares, hipertensa em uso de medicações apropriadas. Foi submetida a anexectomia bilateral videolaparoscópica há +/- 15 dias em razão de nodulações ovarianas sólidas (teratomas benignos), evoluindo no décimo segundo PO com dor e distensão abdominal progressivas, vômitos e parada de eliminação de gases e fezes. O exame físico observou abaulamento em incisão suprapúbica de 2 cm (aponeurose previamente suturada com nylon 2-0) através da qual foram retiradas do abdome as peças cirúrgicas. Exames de imagem, Rx simples abdominal e TC confirmaram a suspeita clínica inicial. A paciente foi levada à cirurgia sendo aumentada a incisão supra-púbica e evidenciada necrose de +/- 12 cm de alça de delgado, herniada através de pequeno orifício aponeurótico.Realizada enterectomia e anastomose em plano único, a paciente evoluiu sem intercorrência, obtendo alta no III PO.Conclusão: Fenômenos suboclusivos a longo, médio ou até mesmo a curto prazo após procedimentos videolaparoscópicos são raros porém podem ocorrer, como demonstra o caso em questão, que poderia ter tido evolução fatal, reforçando a necessidade de atenção no fechamento cuidadoso dos portais dos trocáteres e no cuidado no período pós-operatório.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 729

TÍTULO DO TRABALHO: NEFRECTOMIA E RECONSTRUÇÃO DE TRÂNSITO INTESTINAL PÓS-CIRURGIA DE HARTMANN

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ERIC DE OLIVEIRA SOARES JÚNIOR; TÁSSYLLA CAROLINE FERREIRA PEREIRA; PATRICK NUNES BRITO; JULIANE LOPES DO NASCIMENTO; OSMAR GOMES CARVALHO JÚNIOR; JOÃO MANOEL SANTOS BOTELHO; FERNANDA VIANA RODRIGUES; RONE ANTONIO ALVES ABREU. ITPAC, ARAGUAINA - TO - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A cirurgia de Hartmann consiste em um sigmoidectomia seguida por uma colostomia terminal na fossa ilíaca esquerda com fechamento geralmente no reto. A técnica foi inicialmente descrita em 1921, para tratamento de câncer de cólon esquerdo obstrutivo. O restabelecimento do trânsito intestinal após a cirurgia de Hartmann é considerado uma grande operação e é associado a significantes taxas de morbidade, principalmente devido às complicações[2]. RELATO DE CASO: D.R.O, sexo masculino, 34 anos, proveniente de Araguaína-TO, com história de tumor de cólon há 8 meses, tendo sido submetido a cirurgia de Hartmann e 6 sessões de quimioterapia, dá entrada no hospital para reconstrução de trânsito intestinal. Nega hipertensão arterial, diabetes, etilismo e tabagismo. A ressonância magnética revelou lesão expansiva na corticalidade posterior do terço médio do rim esquerdo, de aspecto exofítico e sólido, sendo o diagnóstico principal calculose renal. É indicado laparotomia exploratória com reconstrução do trânsito e nefrectomia esquerda. No procedimento cirúrgico, paciente em decúbito dorsal sob efeito de anestesia geral, é realizada abertura por planos até a cavidade abdominal. Ocorre a visualização da cavidade, observando as aderências das alças, ausência de líquidos livres, pus ou fezes. Para a nefrectomia esquerda recorre-se a realização da ligadura da artéria e veia renal, com retirada do rim esquerdo. A cirurgia é seguida por realização de lise de aderências das alças, com concretização de anastomose manual em 2 planos, término-terminal, para reconstrução do trânsito intestinal. É realizada a drenagem da cavidade exteriorizada em flanco esquerdo, com revisão da hemostasia. Por fim, o fechamento por planos, com posterior utilização de curativo. No pós-cirúrgico, foi prescrito analgésicos, antieméticos e hidratação. Paciente evoluiu sem complicações, com ferida operatória limpa e seca, evacuação presente e trânsito intestinal preservado, recebendo alta no 9º DPO. CONCLUSÃO: O reestabelecimento do trânsito intestinal pós-cirurgia de Hartmann nem sempre é uma tarefa fácil, sendo relevante analisar a experiência do cirurgião e também o tempo da permanência da colostomia de Hartmann a fim de evitar o insucesso. Estudos apontam que, em média, deve-se aguardar seis meses para a reconstrução do trânsito intestinal, o paciente do relato submeteu-se a reconstrução em um período semelhante, com resultado satisfatório.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 711

TÍTULO DO TRABALHO: Neoplasias de intestino delgado como causa de abdômen agudo obstrutivo.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GABRIELA CAVALLI1; LEANDRO BELLINA DE BITTENCOURT2; MATHEUS JANONES ARANTES3; RODRIGO VASCONI SAEZ BROWN3. 1. HU UFSC, FLORIANOPOLIS - SC - BRASIL; 2. HU UFSC, FLORIANÓPOLIS - SC - BRASIL; 3. UFSC, FLORIANÓPOLIS - SC - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: As neoplasias de intestino delgado são consideradas tumores raros, manifestam-se em aproximadamente 5% de todas as neoplasias do trato gastrointestinal, são doenças de difícil diagnóstico devido à baixas taxas de incidência e aos sintomas inespecíficos. Por isso geralmente são diagnosticados em estágio avançado. Tratamento principal consiste em ressecção cirúrgica do tumor. RELATO DE CASO: Paciente M.S.P 56 anos, feminino, interna pela emergência por astenia e dor abdominal difusa. Ao exame físico era perceptível massa abdominal em flanco esquerdo. Realizou Tomografia Computadorizada a qual mostrou uma massa heterogênea localizada no interior da porção proximal do jejuno, com componente intraluminal e provável componente extraluminal compatível com processo neoplásico. Durante intra-operatório foi constatada lesão a 20cm do ângulo de Treitz. Realizada enterectomia segmentar com enteroanastomose primária. Laudo histopatológico revelou um leiomiossarcoma. CASO 2 - Paciente M.G.C. 46Anos, masculino, admitido na emergência por dor abdominal em fossa ilíaca direita, associada a 2 episódios de vômitos. Ao exame físico era possível palpar massa abdominal em FID. Durante intra-operatório foi identificada lesão em íleo a 40cm da válvula ileocecal. Tumor não aderido a estruturas adjacentes porém visualizada importante linfonodomegalia no mesentério adjacente. Realizada enterectomia segmentar com enteroanastomose primária. Pós operatório favorável com remissão dos sintomas iniciais em ambos os casos. Laudo histopatológico classificou o tumor como Linfoma não-Hodgkin B agressivo. DISCUSSÃO: Apesar de produzirem sintomatologia inespecífica, nos dois casos encontramos semelhanças durante anamnese como a dor abdominal difusa, vômito, massa abdominal palpável além da constatação de anemia em exame laboratorial. A análise da histopatologia e de marcadores tumorais possui papel fundamental no diagnóstico diferencial dos tumores de intestino delgado. A ressecção cirúrgica, consiste no tratamento padrão-ouro e quando feita precocemente consiste na cura. ?

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 453

TÍTULO DO TRABALHO: O diagnóstico e tratamento do linfoma gástrico primário: ressecção ou radioterapia associada à quimioterapia?

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MATHEUS LOPES PULS1; SÉRGIO MATTOS PULS2; ANA AMÉLIA LOPES PULS2; JOÃO PEDRO YNAYAMA3. 1. UNIVERSIDADE DE ARARAQUARA, ARARAS - SP - BRASIL; 2. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ARARAS, ARARAS - SP - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE DE ARARAQUARA, ARARAQUARA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Responsável por 15% de todas as neoplasias gástricas, o linfoma gástrico primário (LGP) apresenta sintomas inespecíficos, tais como dor epigástrica, saciedade precoce e fadiga. Apesar de incomum, necessita ser levado em consideração na avaliação clínica de pacientes com esse quadro em vista de sua natureza maligna. Desse modo, o objetivo desta revisão bibliográfica foi descrever a abordagem diagnóstica e terapêutica atual do LGP. Buscou ? se artigos nas bases de dados Medline (acessada via Pubmed), SciELO, Scopus e biblioteca Cochrane utilizando como descritores Primary gastrointestinal non-Hodgkin lymphoma, gastrointestinal lymphomas, gastric lymphoma, Diagnosis, Treatment, Managment, Surgery e Surgical. Realizou-se a seleção inicial dos artigos com base nos títulos e resumos e, após verificação do conteúdo apropriado, buscou-se o texto completo, não havendo critério de exclusão quanto ao tipo do estudo. Obteve ? se 43 artigos do período de janeiro de 2012 a janeiro de 2017 e, destes, selecionaram ? se 20 textos que respondiam satisfatoriamente os objetivos deste trabalho. Foram priorizados os artigos mais atuais, de mais alto fator de impacto e nível de evidência, como revisões sistemáticas. A Endoscopia Digestiva Alta (EDA) permite a coleta da biópsia submetida ao exame anátomo-patológico, o qual tem classificação controversa, podendo ? se adotar os seguintes sistemas de estadiamento: Real, Working, Lukes-Collins, Klel e Rappaport. A ultrassonografia endoscópica pode avaliar a extensão do linfoma, enquanto que a tomografia computadorizada e biópsias de medula óssea e linfonodos aumentados são essenciais para avaliar a disseminação da doença. O tratamento cirúrgico é controverso. A quimioterapia associada à radioterapia tem sido preferida pela maioria dos centros em detrimento da ressecção do linfoma, uma vez que estudos prospectivos não randomizados demonstraram taxa de sobrevida livre de cinco anos similar em pacientes operados e em submetidos ao tratamento quimio e radioterápico. Além disso, o estadiamento tardio não é passível de cura cirúrgica, devendo ser encaminhado à quimioterapia. Já foi comprovada a eficácia do tratamento de linfomas de MALT (de baixa extensão sem comprometimento nodal) apenas com a erradicação de H. pylori, embora o acompanhamento deva ser cuidadoso. A literatura mostra que a biópsia por EDA é o método diagnóstico de escolha para o LGP e que a quimioterapia associada a radioterapia tem prognóstico de vida similar à ressecção.

CODIGO DO TRABALHO: 1261

TÍTULO DO TRABALHO: OBSTRUÇÃO INTESTINAL AGUDA POR BRIDA DECORRENTE DE DIVERTÍCULO DE MECKEL: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ROBSON DAVID DE ARAÚJO LIAL1; DIEGO COIMBRA ALENCAR1; JOÃO EMILIO LEMOS PINHEIRO FILHO2; MARIANE MENDES GIL BARBOSA SANTOS2; GUILHERME MEIRELES FERREIRA3; GERMANO DE SOUSA LEÃO4; WAGNER MAGALHÃES SILVA5; MAC DAVE CARDOSO RIBEIRO MATOS SILVA6. 1. FACULDADE INTEGRAL DIFERENCIAL, TERESINA - PI - BRASIL; 2. HOSPITAL SANTA MARIA, TERESINA - PI - BRASIL; 3. HOSPITAL GETÚLIO VARGAS, TERESINA - PI - BRASIL; 4. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ, TERESINA - PI - BRASIL; 5. UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ, TERESINA - PI - BRASIL; 6. HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE TERESINA, TERESINA - PI - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O divertículo de Meckel é uma falha na involução do ducto onfalomesentérico que pode ocorrer em proporções iguais tanto condizente à idade quanto ao sexo. Complicações acontecem de forma prevalente no homem sendo uma delas a obstrução intestinal. RELATO DE CASO: Homem, 28 anos, admitido no serviço de urgência em um hospital público de Teresina ? PI em novembro/2016 com relato de dor abdominal, vômitos, constipação e astenia há 1 semana. Ao exame físico apresentava abdome distentido, ausência de ruídos hidroaéreos e dor tanto à palpação abdominal superficial quanto profunda. Logo em seguida foram realizados raio ? X de abdome e tomografia computadorizada que demostraram grande distensão de alça com níveis hidroaéreos. A seguir o paciente foi submetido à laparotomia exploradora que revelou obstrução intestinal por brida devido a divertículo de Meckel. Submetido a lise da brida e enterectomia do divertículo. Concedida alta hospitalar (3º dia de pós operatório) em virtude de uma evolução clínica sem interc orrências. CONCLUSÃO: Esse caso revela um caso pouco frequente no dia a dia de obstrução por brida em paciente com divertículo de Meckel, que deve ser sempre lembrado do diagnostico diferencial dos abdomens agudos obstrutivos. BIBLIOGRAFIA:BRAGA, J. da S.; BERNARDES, A. J. S. Divertículo de Meckel: revisão e análise retrospectiva de uma casuística de 64. 71 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) ? Universidade de Coimbra, Coimbra, 2015. Disponível em: https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/30538/1/Trabalho%20Final%206%C2%BA%20Ano.pdf. Acesso em: 11 Fev. 2017.

CODIGO DO TRABALHO: 495

TÍTULO DO TRABALHO: Obstrução intestinal devida ao Fitobezoar (caroço de manga)

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: HEITOR FERNANDO XEDIEK CONSANI1; MARILIA COLTURATO CLETO2; YASMINE HENRIQUES DE FIGUEIREDO REBECCHI2. 1. CENTRO CIRURGIA DA HÉRNIA E UNIDADE REGIONAL DE EMERGENCIA - CHS, SOROCABA - SP - BRASIL; 2. UNIDADE REGIONAL DE EMERGENCIA - CHS, SOROCABA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Obstrução intestinal devida ao Fitobezoar (caroço de manga)Uma das mais comuns emergências cirúrgicas é a obstrução intestinal. Incomumente são causadas, principalmente, por fitobezoar como laranjas, cocos e tomates cerejas. A gravidade da obstrução consiste na formação de aderências, tumores, distúrbios inflamatórios, volvos e hérnias. Nesses casos também deve ser avaliado a presença de doenças que afetam o trato gastrointestinal como a síndrome de Guillain - Barre, distrofia miotônica bem como a presença de doenças psiquiátricas devido a possível ingestão, também, de pêlos e medicamentos.Relatamos um caso de paciente do sexo masculino, institucionalizado, com queixa de distensão abdominal e vômitos há 5 dias pós ingestão de caroço de mangaAo exame abdome distendido , ruídos diminuídos ,doloroso difusamente descompressão brusca presenteNa tomografia grande distensão de delgado com imagem intraluminar em delgado causando obstruçãoIndicado laparotomia com a presença de área isquêmica a 50 cm do íleo terminal com presença de caroço de manga causando obstrução feito enterectomiaO diagnostico é feito usualmente com a historia de ingestão acidental ou não desses fitobezoares juntamente com quadro obstrutivo ainda os exames de imagem podem determinar a localização de obstrução .Vários tratamentos cirúrgicos, endoscópicos e farmacológicos têm sido propostos com resultados diferentes e devem ser escolhidos de acordo com cada caso sendo a intervenção cirúrgica a mais frequente escolha, desse modo a laparotomia é o padrão ouro. Mas uma alternativa que deve ser considerada é a laparoscopia sendo vantajosa para alguns casos.O diagnostico precoce juntamente com a cirurgia além de resolver a obstrução evita isquemia e perfuração de alça

CODIGO DO TRABALHO: 2644

TÍTULO DO TRABALHO: OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR ENTERÓLITO FORMADO EM DIVERTÍCULO DE MECKEL

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: VIVIANE WILLIG BRASIL; PAULO EDUARDO GARCIA PINHEIRO SOUSA; GUILHERME TEIXEIRA DE SOUZA E CASTRO; MARCO ANTONIO DE CALDAS MENDES; VINICIUS DUARTE AMORIM; MICHAEL GIOVANNI LADEIA ALMEIDA; RODRIGO CALDAS TRINDADE; CLAUDIO LUIZ VIEIRA TANNUS. SANTA CASA DE BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O divertículo de Meckel é a malformação congênita mais comum do trato gastrointestinal. Incide em 2% da população, sendo resultado da falha na obliteração do ducto onfalomesentérico. Cerca de 2 a 16% dos pacientes terão alguma complicação, incluindo hemorragia, diverticulite, ulceração e obstrução, a qual é a complicação mais comum no adulto, observada em 26 a 53% dos casos, sendo algumas das causas mais frequentes a intussuscepção, aderências e inflamação. Mais raramente, pode ser secundária à formação de enterólito formado no interior do divertículo, que, ao migrar, impacta na válvula ileocecal. Geralmente, sua formação ocorre na ausência de tecido gástrico ectópico. RELATO DE CASO: M.O. 64 anos, masculino, obeso, queixando de parada de eliminação de flatos e fezes há 03 dias, associado a dor, distensão abdominal e vômitos. Colecistectomia convencional há 30 anos. Ao exame o paciente apresentava-se desidratado, com abdome distendido, timpânico, sem sinais de irritação peritoneal, toque retal sem fezes em ampola retal. Foi identificado presença de hérnia incisional, sem sinais de encarceramento. Tomografia evidenciou dilatação difusa de delgado e ausência de alças intestinais em saco herniário, levantando, então, a hipótese de obstrução por bridas. Submetido à laparotomia exploradora, identificado divertículo de Meckel em íleo, dilatação das alças de delgado à montante da válvula ileocecal e presença de estrutura de consistência endurecida intraluminal impactada anteriormente à válvula. Realizada ordenha da estrutura para o interior do divertículo, com ressecção de ambos. Não foi identificado trajeto fistuloso entre via biliar e delgado. CONCLUSÃO: A obstrução intestinal por enterólito é uma condição extremamente rara, com poucos relatos descritos até o momento. Sua formação no interior dos divertículos é dificultada pela base geralmente larga do mesmo, além do peristaltismo muscular impedir a estase de conteúdo. Sendo assim, apesar de o pH alcalino do intestino favorecer a precipitação de sais, esta condição assume uma incidência muito reduzida, havendo relatos de que apenas 10% dos divertículos podem desenvolver enterólitos no interior.

CODIGO DO TRABALHO: 2386

TÍTULO DO TRABALHO: OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR FITOBEZOAR EM PACIENTE PÓS OPERATÓRIO DE CIRURGIA BARIÁTRICA: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: NAZIR ELIAS CHALELA AYUB; ROBERTO LAZILHA FALEIROS; ERISVALDO FERREIRA CAVALCANTE JUNIOR; THIAGO SIVIERI; GILBERTO BORGES DE BRITO; SHINHITI MORITA. FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - FAMERP, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOFitobezoares, embora raros, são responsáveis por cerca de 1-3% dos casos de obstruções do intestino. Possuem sua incidência aumentada em pacientes submetidos a cirurgias abdominais, principalmente, as gástricas, como na cirurgia bariátrica. O quadro clínico depende do local da obstrução, sendo desse modo, a anamnese e o exame físico de extrema importância para suspeição diagnóstica. Radiografia e Tomografia de abdome auxiliam para confirmação diagnóstica e local da obstrução. Inicialmente pode se tentar o tratamento clínico para abdome agudo obstrutivo, nos casos de refratariedade o tratamento cirúrgico com a remoção do fitobezoar está indicado.RELATO DO CASO Paciente L.A.D, 39 anos, feminino, admitida com dor abdominal localizada no mesogástro com irradiação para dorso, associado a náuseas e vômitos de início há 24 horas. Tinha história prévia de cirurgia bariátrica (By-pass Gástrico em Y de Roux) há 5 anos. Ao exame físico apresentava abdome com ruídos hidroaéros presentes e aumentados, distendido, doloroso a palpação sem descompressão brusca. Paciente estava estável e com exames laboratoriais dentro da normalidade. Radiografia de abdome agudo com presença de distensão de alças de delgado, empilhamento de moedas e níveis hidroaéreos. Submetida a Tomografia de abdome que evidenciou distensão de todo intestino delgado com provável ponto de obstrução no íleo distal, sendo visualizada imagem ?esponjosa? intraluminal em íleo distal sugestiva de fitobezoar, hipótese essa que foi reforçada com o relato da paciente de ingesta de bagaço de laranja dias anteriores ao quadro. Submetida a laparotomia exploradora com o achado de massa intraluminal móvel no íleo distal (20cm da válvula ileocecal) sugestiva de bezoar. Realizada enterotomia com retirada do bezoar, seguida do fechamento da alça em dois planos. A paciente evoluiu bem no pós-operatório com boa aceitação da dieta e teve alta hospitalar no 3º dia de pós-operatório.ConclusãoApesar de rara, a obstrução do intestino delgado por fitobezoares pode ocorrer no pós operatório de BGYR, sendo o exame clínico e os exames de imagem em associação a história alimentar, de grande importância para o diagnóstico e resolução do quadro. Obtivemos com o caso relatado e a revisão da literatura uma melhor caracterização dos sinais e sintomas desse quadro de obstrução intestinal por fitobezoar. Destaca-se a importância do diagnóstico rápido e preciso, evitando as complicações associadas.

CODIGO DO TRABALHO: 1603

TÍTULO DO TRABALHO: OBSTRUÇÃO PILÓRICA POR CORPO ESTRANHO EM PÓS-OPERATÓRIO TARDIO DE COLECISTECTOMIA: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RAFAEL ALVES CARVALHO; TARCISIO VERSIANI AZEVEDO FILHO; AMANDA FERREIRA NAZARETH MARQUES; FABIANA CASSIANO VICENTE; MARCELO POLASTRI GOMES FERREIRA; RAPHAEL SEGATO VAZ DE OLIVEIRA; MARCOS LANNA BICALHO; PEDRO POLASTRI LIMA PEIXOTO. HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHEK, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A incidência de corpo estranho proveniente de acessos à cavidade abdominal é baixa, porém há alta suspeição de subnotificação devido a questões legais relacionadas. São fatores de risco: cirurgias de emergência, obesidade, controle deficiente de material e achados inesperados. São em sua maioria têxteis. Podem evoluir como foco de abscessos, encapsulação por processo reacional, eliminação pela ferida operatória ou migração para o lumen do trato gastrointestinal, este último ocorrido no presente relato.RELATO DO CASO: Homem de 57 anos, admitido por pancreatite aguda biliar. Procedeu-se ao protocolo clínico do serviço cirurgia geral do HJK que consiste em tratamento clínico inicial e após melhora clínica e laboratorial é submetido a colecistectomia videolaparoscópica com colangiografia. Ato laborioso devido a inúmeras aderências, sendo convertido à via aberta. Colangiografia evidenciou fístula colecistocoledociana. Realizada colecistectomia e coledocoplastia,. Readmitido após 4 meses com dor epigástrica, vômitos e melena. Apresentou RNI de 4,5 sem outras alterações (anticoagulado com varfarina devido a fibrilação atrial crônica). Pela suspeita de melena em paciente com RNI alargado, procedeu-se à endoscopia digestiva alta. Evidenciada estase gástrica com piloro obstruído por corpo estranho de natureza têxtil, compatível com compressa cirúrgica, que se exteriorizava proximalmente, sendo tracionado por pinça de polipectomia. Houve sangramento discreto, porém sem perfuração. Submetido a vigilância clínica com jejum, sonda nasogástrica e omeprazol em dose plena. Radiografias seriadas sem pneumoperitônio. Tomografia computadorizada não evidenciou extravasamento de contraste para a cavidade, tampouco coleções ou fístulas. Evoluiu de forma favorável e recebeu alta em boas condições clínicas, assintomático.CONCLUSÃO: Trata-se de caso incomum de obstrução por compressa cirúrgica, em contexto de pós-operatório tardio de cirurgia difícil, convertida à via aberta, com achados inesperados. Todavia, apresentou evolução favorável, sem complicações perfurativas, infecciosas ou hemodinâmicas. A publicação de relatos sobre o tema é salutar no sentido de alertar a comunidade científica sobre a necessidade de adotarmos protocolos assistenciais que contribuam para a segurança do paciente, aos moldes do Protocolo de Cirurgia Segura.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2857

TÍTULO DO TRABALHO: PÂNCREAS ECTÓPICO EM ESTÔMAGO MIMETIZANDO GIST: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOHN THIERRY MARQUES DE JESUS1; MARCUS DE ALMEIDA CORREIA LIMA1; WAGNER LUIZ LORA FILHO1; PAULA ARAÚJO AUAD1; FERNANDA SILVA CAMPOS2; CARLA VIEIRA STRAUCH1; MARCIO RIVISON SILVA CRUZ3. 1. FTC, SALVADOR - BA - BRASIL; 2. EBMSP, SALVADOR - BA - BRASIL; 3. UNIFACS, SALVADOR - BA - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Dentre os tumores mesenquimais os GISTs são os mais comuns no trato gastrintestinal, possuem morfologia característica e geralmente são ativados através de mutações nos genes KIT ou PDGFRA. Já os tumores neuroendócrinos gástricos são uma forma rara de tumores advindos das células enterocromafins (ECL) gástricas, sendo mais frequentes em pacientes do sexo feminino e acima dos sessenta anos. O pâncreas ectópico é definido como uma alteração congênita, de causa ainda não bem definida, na qual o tecido pancreático é encontrado fora do pâncreas, não havendo nenhum tipo de comunicação anatômica, vascular ou neural entre o tecido ectópico e o órgão propriamente dito. Por se tratar de uma alteração congênita geralmente assintomática, o pâncreas ectópico é normalmente diagnosticado durante necrópsias. Estima-se que cerca de 75% dos pâncreas ectópicos estão localizados no estômago, duodeno e jejuno. Os quadros de pâncreas ectópico podem complicar-se por conta de inflamações, sangramento, obstrução ou malignização do tecido.Relato de caso: Paciente do sexo feminino, 42 anos, com queixa de epigastralgia e náuseas há 4 anos. Após realização de endoscopia digestiva alta (EDA) foi observada lesão nodular na camada muscular própria em posição antro-pilórica, sendo então levantadas suspeitas de tumor gastrointestinal de células estromais e tumor neuroendócrino. A paciente foi submetida a gastrectomia parcial com gastroenteroanastomose em ?Y de Roux?, tendo evoluído sem intercorrências, recebendo alta hospitalar no 3º dia pós-operatório. A imunohistoquímica afastou GIST e a anatomia patológica constatou pâncreas ectópico.Conclusão: O GIST é o tumor mesenquimal mais comum do trato gastrintestinal, enquanto o adenocarcinoma representa a neoplasia maligna mais frequente. O pâncreas ectópico porém, além de não ser tão comum e geralmente ser assintomático, deve ser incluído no diagnóstico diferencial das tumorações gástricas, como vimos no relato acima.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2272

TÍTULO DO TRABALHO: Perfil dos pacientes portadores de úlcera péptica perfurada atendidos no Hospital São Paulo (HSP/UNIFESP) num período de cinco anos

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MATEUS FONSECA DE GOUVÊA FRANCO; SCARLETT CARVALHO NABUCO D`ÁVILA CESPEDES; CARLOS AUGUSTO PINTOR DE ARRUDA; MILTON SCALABRINI; LAERCIO GOMES LOURENCO; RAMIRO COLLEONI NETO. UNIFESP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Contexto: Úlcera péptica perfurada é uma complicação grave, que geralmente cursa com alta morbidade e mortalidade. A taxa de perfuração em pacientes portadores de úlcera péptica é de cerca de 5% e apresenta taxa de mortalidade de até 30% em 90 dias de acordo com a literatura.Objetivo: Descrever o perfil dos pacientes com úlcera péptica perfurada atendidos num hospital universitário no período de cinco anos Resultados: Entre 2012 e 2016, foram atendidos 22 casos de úlcera perfurada no Hospital São Paulo (HSP-UNIFESP), dos quais 54.5% do sexo masculino. A idade dos pacientes variou de 26 a 83 anos com mediana de 54 anos. O tempo de internação variou entre entre 1 e 129 dias, com mediana de 19 dias. Nove doentes (40.9%) foram transferidos para Unidade de Tratamento Intensivo durante a internação, onde permaneceram de 1 a 38 dias (mediana = 5). Os sintomas mais frequentes na admissão foram, em ordem decrescente: dor abdominal difusa, dor epigástrica, anorexia, distensão abdominal, náusea e/ou vômitos, hematêmese e melena, parada de eliminação de gases e fezes e perda ponderal. Nenhum dos pacientes referia febre. Quatro pacientes (18,2%) apresentavam choque na admissão e 10 (45,5%) apresentavam comorbidades severas. Quanto aos exames de imagem na admissão: 40.9% dos pacientes realizararm raio-X de abdome, 50% tomografia computadorizada abdominal e 13.6% a ultrassonografia de abdome;Vinte pacientes (91%) foram operados e dois, em estado crítico, faleceram antes do tratamento cirúrgico. Houve um intervalo maior que 24 hs entre o início dos sintomas e a cirurgia em 14 doentes (70,0%), Em metade dos casos a úlcera localizava-se no estômago e o restante no bulbo duodenal. As cirurgias realizadas nos diferentes pacientes foram: sutura da perfuração com omentoplastia em 17 doentes gastrectomia parcial com reconstrução à Billroth II em 2 doentes e gastrostomia em um doente. Três doentes foram reinternados em menos de 30 dias de e a taxa de mortalidade encontrada ao longo de todo o período foi de 45.5%.Conclusão: Observamos neste período um atendimento pouco frequente de casos de úlcera perfurada porém geralmente admitidos já com longo tempo de evolução, portadores de doenças associadas e com sinais de disfunção orgânica o que pode explicar a expressiva morbidade e mortalidade observadas.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 621

TÍTULO DO TRABALHO: Perfil epidemiológico do adenocarcinoma de estômago em um hospital de referência no noroeste do Rio Grande do Sul

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JUAREZ ANTONIO DAL VESCO1; GABRIEL WEISS2; JORGE ROBERTO MARCANTE CARLOTTO1; CRISTIANE DE QUADROS HACKENHAAR3; AMANDA VARNIER PARISOTTO2; LUCAS DUDA SCHMITZ1; CAROLINA WEISS4; JULIA PASTORELLO5. 1. CLÍNICA DAL VESCO, PASSO FUNDO - RS - BRASIL; 2. RESIDÊNCIA MÉDICA EM CIRURGIA GERAL - UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL / HCPF, PASSO FUNDO - RS - BRASIL; 3. FACULDADE MERIDIONAL - IMED, PASSO FUNDO - RS - BRASIL; 4. UNIVERSIDADE DO OESTE DE SANTA CATARINA - UNOESC, JOAÇABA - SC - BRASIL; 5. CENTRO DE ONCOLOGIA DO HOSPITAL DA CIDADE DE PASSO FUNDO - HCPF, PASSO FUNDO - RS - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Avaliar o perfil epidemiológico dos pacientes com adenocarcinoma gástrico tratados em um hospital de referência no noroeste do Rio Grande do Sul.Método: Foram revisados os prontuários hospitalar e ambulatorial de 23 pacientes diagnosticados com adenocarcinoma gástrico no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2016, tratados por uma equipe de cirurgia digestiva no Hospital da Cidade de Passo Fundo - RS. As variáveis estudadas foram: Idade, sexo, escolaridade, ocupação, achados endoscópicos, diferenciação do adenocarcinoma, presença de metástases no exame de imagem e sua localização, realização de gastrectomia, tempo de internação após gastrectomia, tratamento quimioterápico realizado e complicações no pós-operatório.Resultados: A predominância na amostra era do sexo masculino (65,2%) com média de idade de 66,6 anos (±11,31). A principal ocupação dos pacientes era a agricultura (47,8%) e mais da metade não possuíam o ensino fundamental completo. Em relação aos achados endoscópicos, a maioria era ulcerado e ulcero-infiltrativo, localizados principalmente no corpo gástrico (34,8%). A pesquisa de Helicobacter pylori foi negativa em 91,3% dos exames. Grande parte das lesões eram pouco diferenciadas (69,6%) e do subtipo células em anel de sinete (65,2%). Constatou-se que 47,8% dos pacientes apresentavam linfonodomegalias no exame de imagem abdominal, principalmente na região perigástrica (81,8%). A respeito do estadiamento pré-operatório, a maioria dos pacientes não apresentavam metástase na tomografia computadorizada e no lavado peritoneal. A gastrectomia mais realizada foi a total (66,7%) com um tempo médio de internação de oito (±2,69) dias e uma média de ressecção linfonodal de 35,8 (±21,8). A média de linfonodos comprometidos foi de 9,8 (±8,46). 95,6% dos pacientes realizaram neodjuvância no pré-operatório e em média foram realizados 7,73 (±3,64) ciclos e o principal esquema quimioterápico foi o FOLFOX (91,3%). No acompanhamento pós-operatório, a maioria dos pacientes não apresentaram complicações.Conclusões: O perfil do paciente com adenocarcinoma gástrico no noroeste do Rio Grande do Sul é de um homem com mais de 60 anos, agricultor, baixa escolaridade, apresentando uma lesão pouco diferenciada e em anel de sinete. Perfil é semelhante a literatura nacional e mundial.Referências:Amorim CA, Moreira JP, Rial L, et al. Ecological study of gastric cancer in Brazil: geographic and time trend analysis. World J Gastroenterol. 2014 May 7;20(17):5036-44.

CODIGO DO TRABALHO: 454

TÍTULO DO TRABALHO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E EXPRESSÃO DE HER2 EM PACIENTES COM CÂNCER GÁSTRICO ATENDIDOS EM MANAUS-AM

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: TICIANE DA COSTA MARTINS; FLAVIO LUIS SCHNEIDER JUNIOR; VICTOR CHAVES CALDAS; LUCIANA BOTINELLY MENDONÇA FUJIMOTO. UFAM, MANAUS - AM - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O câncer gástrico é considerado a segunda causa de morbimortalidade por câncer no mundo e a quarta causa mais comum de tumores malignos diagnosticados anualmente. Na região Norte do Brasil, o câncer de estômago possui incidência superior quando comparada às outras regiões do país. Vários estudos sobre a proteína HER2 visam melhorar a sobrevida dos pacientes com câncer gástrico, principalmente nas formas avançadas, pois esta proteína atua como proto-oncogene e sua superexpressão está relacionada à transformação maligna. Afirma-se assim a importância da realização de estudos sobre a expressão do HER2, devido aos índices de incidência regionais superarem os índices nacionais de câncer gástrico anualmente. Objetivo: Caracterizar o perfil epidemiológico e expressão de HER2 em pacientes com adenocarcinoma gástrico na cidade de Manaus Método: Os pacientes com diagnóstico de adenocarcinoma gástrico, tiveram sua peça operatória ou peça endoscópica processada para avaliação histológica, e seleção tecidual para pesquisa de HER2. A pesquisa de HER2 foi realizada por imunoistoquímica (IHQ) e por hibridização in situ. Resultados: De abril a setembro de 2016, foram incluídos neste trabalho, 27 pacientes, sendo 20 do sexo masculino e 7 do sexo feminino; a média de idade é de 59,81 anos. Perda ponderal, plenitude pós-prandial e dispepsia foram os sintomas mais frequentemente referidos. Ao exame endoscópico, 66% dos tumores são localizados no antro e 29%, no corpo/fundo, e 48,15% apresentavam lesão Borrmann 3 e 25,92%, lesão Borrmann 4. Dos 27 pacientes, oito já apresentavam lesões metastáticas ao exame tomográfico, e apenas 11 evidenciaram lesões restritas ao estômago. A expressão do HER2 foi analisada por IHQ em 13 pacientes, obtendo resultado negativo em 92,31%. O único resultado inconclusivo foi submetido a análise por SISH, resultando também em inconclusivo. Conclusão: Os dados demonstram que nos 27 pacientes, o câncer gástrica foi mais frequente em homens, com média superior a 65 anos, apresentando sintomas dispépticos. As peças operatórias apresentaram lesões extensas, predominantemente antrais, com apresentação tipo Borrmann 3, tipo histológico difuso de Lauren. Nenhum dos casos testados para a expressão de HER-2 foi positivo até o momento.
Referências: TARAZONA, N. et al. Personalised Treatment in Gastric Cancer. Curr Onc Rep, v. 18, n. 7, p. 1-10, 2016. YU, D. et al. Oncogenic HER2 fusions in gastric cancer. Jour Trans Med, v. 13, n. 1, p. 116, 2015.

CODIGO DO TRABALHO: 392

TÍTULO DO TRABALHO: PERFURAÇÃO DE DIVERTÍCULO DE MECKEL POR CORPO ESTRANHO SIMULANDO APENDICITE AGÚDA: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: KARLOS JENNYSSON SOUSA SOARES1; GETERSON BEZERRA MOREIRA2; CILEIA IVNA CARNEIRO DE OLIVEIRA2; ANTONIO ROBSON GOMES XIMENES2; JOÃO VICTOR LEITÃO MELO2. 1. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL/UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, SOBRAL - CE - BRASIL; 2. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL, SOBRAL - CE - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O divertículo de Meckel (DM), identificado pela primeira vez em 1598 por FabriciusHildanus, é a anomalia congénita gastrointestinal mais frequente, com uma prevalência de 1-4% na população geral. Resulta da obliteração incompleta do ducto onfalomesentérico, com formação de um verdadeiro divertículo entre os 40-100 cm a montante da válvula ileo-cecal, na bordaanti-mesentérica. A ingestão de corpos estranhos é responsável por cerca de 1500 mortes/ano nos Estados Unidos.É mais comum na infância entre seis meses e seis anos. Em 98% dos casos ocorre de forma acidental.Nos adultos geralmente é secundário à ingestão alimentar (osso, bolo alimentar).A maioria dos casos de ingestão de corpos estranhos (C.E.), se resolve de modo expectante (80%),cerca de 10 a 20% necessitam de retirada endoscópica, e uma minoria, de retirada cirúrgica. O objetivo desse trabalho é descrever um caso de perfuração de Divertículo de Meckel por corpo estranho, simulando um quadro clássica de apendicite aguda. Relato de Caso: Paciente de 60 anos de idade, masculino, agricultor, vem ao pronto socorro com queixa de dor abdominal, inicialmente em região mesogástrica irradiada para fossa ilíaca direita, há 1 dia, associada a náuseas após o início da dor. Nega febre, vômitos e diarreia. Ao exame, apresentava-se em regular estado geral, afebril, eupneico, sem alterações no exame físico do tórax, abdome plano, flácido, doloroso a palpação da fossa ilíaca direita, com sinal de Blumberg presente. Foi submetido a uma tomografia computadorizada que evidenciou presença de corpo estranho no interior de alça de delgado, em fossa ilíaca direita. Submetido a laparotomia exploradora que evidenciou presença de divertículo na borda anti- mesentérica do íleo terminal, a 50cm da válvula íleo-cecal, perfurado por corpo estranho, com intenso bloqueio formado por epíplons e área de sofrimento em alça de íleo próxima ao divertículo. Paciente submetido a enterectomia de aproximadamente 20cm de íleo, com enteroanastomose primária termino-terminalmanual e a apendicectomia tática. Evoluiu bem no pós-operatório, recebendo alto no 3º dia pós-operatório. Conclusão: Os sintomas produzidos pelo DM, quando complicado, geralmente levam a dúvida e confusão diagnóstica com outrascausas de abdome agudo. A evolução dos casos complicados pode ser grave, e quase sempre é necessário tratamentocirúrgico imediato, tornando importante a suspeição diagnóstica e a pronta instituição da terapêutica adequada.

CODIGO DO TRABALHO: 1589

TÍTULO DO TRABALHO: PERFURAÇÃO GÁSTRICA E HEPÁTICA POR INGESTÃO DE CORPO ESTRANHO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ALVARO BULHOES DA SILVA NETO1; CAMILO BARROS DE SOUZA CÂMARA1; PEDRO BASTOS DE SOUZA MONTEIRO1; LUCAS ROBERTO DA SILVA BARBOSA2; GABRIELA CORREIA DE ARAÚJO NOVAIS2; DANIELLE ALMEIDA MAGALHÃES2; IAGO MOURA AGUIAR3; MARIA EDUARDA LINS CALAZANS4. 1. HOSPITAL GERAL DO ESTADO, MACEIÓ - AL - BRASIL; 2. CENTRO UNIVERSITÁRIO CESMAC, MACEIÓ - AL - BRASIL; 3. CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES, ARACAJÚ - SE - BRASIL; 4. CENTRO UNIVERSITÁRIO CESMAC, RECIFE - PE - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Os corpos estranhos no trato gastrointestinal (TGI) são considerados causa importante de morbimortalidade, especialmente em crianças e idosos. Dos objetos ingeridos, 10 a 20% impactam em algum segmento do trato digestivo, exigindo alguma intervenção para remoção; já que um objeto impactado no TGI pode levar à obstrução, perfuração, peritonite ou formação de fístula. Porém, a grande maioria dos objetos ingeridos passa inofensiva e espontaneamente através do TGI, menos de 1% dos casos ocorre perfuração, que decorre normalmente devido à característica pontiaguda do objeto ou por erosão. Os sinais e sintomas produzidos dependem da natureza, tamanho, localização e tempo de alojamento do objeto no TGI. O presente trabalho tem como objetivo demonstrar a importância do diagnóstico e tratamento dos corpos estranhos no TGI. RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 56 anos, apresenta-se ao Hospital Geral do Estado (HGE) relatando febre e dor abdominal em região epigástrica há 15 dias, refere uso de antiinflamatório não esteroidal (AINE) e corticoide para artralgia em joelho. Nos últimos oito dias descreve que apresentou disfagia ao ingerir líquido e nega a possibilidade de ingestão de corpo estranho. Ao procurar atendimento médico em sua cidade são receitados AINEs e ciprofloxacino por suspeita de infecção urinária. A radiografia de abdome evidenciou a presença de artefato metálico alongado (agulha) em projeção do epigástrio. Já na endoscopia digestiva alta observou-se corpo estranho penetrante em mucosa gástrica antral sem sucesso na sua retirada. Ao ser admitida no HGE para avaliação da cirurgia geral, o exame físico revelou abdome tenso e doloroso em epigástrio com sinais de irritação peritoneal. Seguiu-se com laparotomia exploradora por meio de uma incisão mediana supra umbilical, apresentando aderência em estômago e fígado, coleção purulenta e corpo estranho transfixante em antro gástrico (parede anterior) e fígado, cerca de 90% do objeto penetrando segmento IV hepático. Realizada a retirada do corpo estranho, foi executada lavagem e aspiração da cavidade. A paciente evoluiu sem intercorrências, deambulou no quarto dia pós-operatório e iniciou dieta no dia seguinte. CONCLUSÃO: A investigação clínica e imaginológica para diagnóstico e consequente tratamento, cirúrgico ou não, é essencial para os casos em que os corpos estranhos no TGI impactam segmentos do tubo digestivo, evitando dessa forma, consequências mais graves para o paciente.

CODIGO DO TRABALHO: 2357

TÍTULO DO TRABALHO: Perfuração gastroduodenal relacionada ao uso agudo de crack ? relato de cinco casos

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: SCARLETT CARVALHO NABUCO D`ÁVILA CESPEDES; MATEUS FONSECA DE GOUVÊA FRANCO; DAVID CARLOS SHINGUEOKA; MILTON SCALABRINI; LAERCIO GOMES LOURENCO; RAMIRO COLLEONI NETO. UNIFESP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Contexto: O uso do crack, forma fumada da cocaína, tornou-se sério problema de saúde pública no nosso meio. A perfuração gastroduodenal em consumidores de crack tem sido relatada nas últimas décadas, porém a fisiopatologia dessas lesões ainda não foi esclarecida, sendo geralmente atribuída à isquemia focal secundária à vasoconstrição intensa. A revisão da literatura mostra que, quando comparados aos demais pacientes com úlcera perfurada, os usuários de crack eram mais jovens, seus sintomas foram mais evidentes, as lesões não tinham relação com a presença de H. pylori e a evolução clínica foi mais favorável.Objetivo: Apresentamos cinco casos de doentes que desenvolveram quadro de abdome agudo perfurativo por úlcera gastroduodenal após uso agudo de crack.Resultados: No período de 01 de janeiro de 2007 a 31 de dezembro de 2016, foram atendidos no Pronto Socorro de Cirurgia do Hospital São Paulo (HSP-UNIFESP) cinco doentes do sexo masculino com idades entre 20 a 50 anos (mediana = 28 anos) que desenvolveram quadro de abdome agudo perfurativo após uso agudo de crack. Todos eram usuários da substância entre cinco e 26 anos, não relataram serem portadores de úlcera péptica e foram atendidos inicialmente por outras especialidades do serviço. A queixa de dor abdominal, referida por todos, estava associada a manifestações do uso do entorpecente. Ao exame físico, no momento da avaliação cirúrgica, todos apresentavam sinais de irritação peritoneal. O pneumoperitônio foi identificado por radiografia abdominal e/ou tomografia. Todos foram tratados com a abstenção da substância durante a internação, antibioticoterapia (metronidazol e ceftriaxona) e foram submetidos à laparotomia exploradora. Em quatro doentes a úlcera estava localizada na parede anterior do bulbo duodenal e em um paciente situava-se no piloro. Todas as lesões mediam entre 10 e 15 mm de diâmetro. A conduta cirúrgica realizada nos cinco casos foi sutura da lesão, omentoplastia, lavagem e drenagem da cavidade. A lesão pilórica foi biopsiada. Os pacientes apresentaram boa evolução e receberam alta hospitalar entre três e cinco dias de pós-operatório, sendo encaminhados para acompanhamento psiquiátrico.Conclusão: As perfurações gastroduodenais associadas ao uso de crack tem sido registradas com maior frequência e a possibilidade desse diagnóstico nos usuários da droga que apresentam dor abdominal aguda deve ser considerada pelos diferentes especialistas.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2828

TÍTULO DO TRABALHO: Perfuração Ileocecal em Tuberculose

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOSÉ MAURÍCIO CALDEIRA FILHO; ANDREIA AUGUSTA FURUKAWA OKUDA; MARIA FERNANDA MARTINELLI TRABULSI. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A tuberculose intestinal é rara, causada por Mycobacterium tuberculosis ou M. bovis. O segmento ileocecal é o mais acometido, por possuir grande concentração de tecido linfoide e alto grau de absorção com estase intestinal. Suas formas anatomopatológicas são: ulcerativa, hipertrófica ou mista. A doença pode evoluir com processo ulcerativo que pode sangrar, perfurar ou formar fístula ou ainda produzir uma reação hiperplásica, causando obstrução ou apresentar-se como uma massa abdominal. O tratamento clínico geralmente cura a tuberculose de qualquer região, exceto sistema nervoso central. O tratamento cirúrgico, realizado em casos em que o diagnóstico de tuberculose não está bem estabelecido. Quando ocorre perfuração, é realizada cirurgia de emergência.RELATO DE CASO: Paciente IGO, 54 anos, admitido em internação para clínica médica com quadro de dor abdominal associado a hipotensão, hipotermia, astenia e edema de membros inferiores. Submetido a radiografia de torax evidenciando inlfitrado pulmonar difuso e pneumoperitoneo. Colhido exames laboratoriais, primeira amostra de BK no escarro e solicitado avaliação da equipe de cirurgia geral. Paciente evolui com piora clínica, descorado, hipotenso, emagrecido. Abdome flácido, doloroso a palpação difusa, descompressão brusca negativa, sendo indicado laparotomia exploradora (L.E.). L.E. evidenciando grande quantidade de líquido seroso na cavidade (colhido material para cultura e antibiograma), múltiplas áreas de necrose em íleo e jejuno e aumento dos linfonodo em mesentério. Realizada ressecção de áreas necróticas com enterectomia segmentar e enterorrafia com prolene 4-0. BAAR líquido abdominal: negativo. Cultura positiva para candida sp. Patologia evidenciando tuberculose intestinal padrão ulcerativa. Paciente evolui com piora no estado geral no pos operatório. Sendo reoperado por fístula evoluindo para óbito no sexto pós operatório. CONCLUSÃO: A tuberculose é um problema de saúde pública. Sua apresentação intestinal é rara e inespecífica, podendo cursar com complicações agudas que necessitam de tratamento cirúrgico de urgência.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1359

TÍTULO DO TRABALHO: Peutz-Jeghers

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CONRADO ANTONIO VASSELAI1; MESSIAS FROES DA SILVA JUNIOR2; LUCAS DELGADO DE OLIVEIRA3; JACINTHO SOARES SOUZA LIMA3; GUILHERME RAMOS LENHARO3; SERGIO LENHARO3. 1. SANTA CASA, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL; 2. HC SP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 3. SANTA CASA DE BRAGANÇA PAULISTA, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Peutz-Jeghers é o nome dado à uma rara síndrome autossômica e dominante que tem como principais características a pólipose hamartomatosa no trato gastrointestinal além de pigmentações melânicas na pele e em mucosas. Paciente do sexo feminino, 17 anos, deu entrada no PS da Santa Casa de Bragança Paulista com queixa de dor abdominal há 2 dias em região epigástrica além de vômitos, sem febre ou diarréia. Ao exame se apresentava em BEG, eupneica, afebril, normocárdica. O abdome era flácido com dor a palpação de região umbilical sem caracterizar peritonite. Negava antecedentes relevantes e referiu ciclo menstrual sem alterações. Foram solicitados exames de laboratório e RX de tórax e abdome (em pé e deitado). Os exames de laboratório se mostravam dentro da normalidade e o RX de abdome evidenciava nível hidroaéreo em delgado, mas com presença de ar em reto. Procedeu-se então a uma TC de abdome. A TC sugeriu intussuscepção de jejuno com sinais de sofrimento vascular, além de múltiplos pólipos gástricos, duodenais e jejunais. Indicada a laparotomia exploradora. No acesso à cavidade identificou-se um pouco de líquido hemático em fundo de saco e a presença de segmento de alça de jejuno com coloração escurecida simulando uma hérnia interna. Optou-se pela ressecção do segmento doente e realização de anastomose jejuno-jejunal latero-lateral. Após findado o ato operatório exploramos a peça cirúrgica e identificamos uma telescopagem total do jejuno, além da presença de vários pólipos grandes e pediculados na luz do intestino. Vale lembrar que após a cirurgia e valendo-se da suspeita diagnóstica, no 1º PO realizamos um exame direcionado a cavidade oral e identificamos várias manchas pigmentadas na mucosa interna do lábio inferior. A paciente evoluiu bem, sem intercorrências e recebeu alta no 3º PO. Retornou ao serviço 10 dias após a alta em BEG, sem queixas e com o resultado do anatomopatológico sugerindo pólipos de aspecto hamartomatoso sem malignidade. Os sintomas na síndrome de Peutz-Jeghers podem aparecer desde a primeira década de vida. A dor abdominal recorrente, anemia, sintomas relacionados ao hiperestrogenismo devido aos tumores de cordão sexual, além de massa testicular, podem estar associados. A intussuscepção é a casa mais comum de cirurgia de urgência e existe o risco aumentado do desenvolvimento de câncer nestes pacientes, principalmente no pâncreas, útero, ovário, mamas, testículo, estômago e intestino delgado.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 868

TÍTULO DO TRABALHO: PNEUMOPERITÔNIO PÓS ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFÁGICA: UM RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ALEXANDRE MOULIN NAUMANN; MAURICIO ANDRADE AZEVEDO; GUILHERME BLATTNER T.DE OLIVEIRA. HOSPITAL TOTALCOR, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
A ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFÁGICA É FERRAMENTA IMPORTANTE NO DIAGNÓSTICO E MANEJO DE PACIENTES COM DOENÇAS CARDIOVASCULARES SENDO RELATIVAMENTE SEGURA E POUCO INVASIVA.LESÕES DE OROFARINGE E GASTROESOFÁGICAS PODEM OCORRER E ESTÃO COMUMENTE RELACIONADAS A MANIPULAÇÃO DO PROBE DURANTE A REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO.RELATO O CASO DA PACIENTE MIPS,73 ANOS, FEMININA, ADMITIDA NO PS COM PALPITAÇÕES E SUDORESE, NEGA SÍNCOPE, DOR TORÁCICA OU DISPNÉIA. DIAGNOSTICADA COM FIBRILAÇÃO ATRIAL DE ALTA RESPOSTA E CANDIDATA A ESQUEMA DE ANTICOAGULAÇÃO, FOI SUBMETIDA A ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFÁGICA COM INTUITO DE INVESTIGAR A PRESENÇA DE TROMBOS NAS CAVIDADES CARDÍACAS COM RESULTADO NEGATIVO.A PACIENTE EVOLUI APÓS O EXAME COM DOR ABDOMINAL A PALPAÇÃO PROFUNDA EM ANDAR SUPERIOR DE ABDOME INSIDIOSA, AUSÊNCIA DE IRRITAÇÃO PERITONEAL E ROTINA RADIOLÓGICA MOSTRANDO PNEUMOPERITÔNIO DE GRANDE DIMENSÃO. FOI SUBMETIDA A LAPAROTOMIA EXPLORADORA COM INVENTÁRIO DA CAVIDADE MOSTRANDO HEMATOMA DE MODERADA DIMENSÃO EM PEQUENA CURVATURA GÁSTRICA E AUSÊNCIA DE PERFURAÇÃO ESOFAGOGÁSTRICA.REALIZADO ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA INTRAOPERATÓRIA, EVIDENCIANDO GRANDE LACERAÇÃO MUCOSA EM FUNDO GÁSTRICO SEM SINAIS DE SANGRAMENTO ATIVO E PRESENÇA DE COÁGULOS ADERIDOS AO LEITO DA LESÃO.APROXIMAÇÃO DAS BORDAS DA LESÃO COM CLIPAGEM SEM SUCESSO E POSTERIOR LAVAGEM EXAUSTIVA DA CAVIDADE GÁSTRICA COM SORO RESFRIADO E CONFECÇÃO DE PATCH DE EPÍPLON SOB A PEQUENA CURVATURA ENCERRANDO O ATO CIRÚRGICO.PACIENTE COM BOA EVOLUÇÃO PÓS OPERATÓRIA,BOA ACEITAÇÃO DA DIETA POR VIA ORAL COM ALTA DA EQUIPE CIRÚRGICA NO QUINTO PÓS OPERATÓRIO.A ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFÁGICA TEM GRANDE UTILIDADE NO DIAGNÓSTICO E MANEJO DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES, INFLUENCIANDO SIGNIFICATIVAMENTE NAS CONDUTAS A SEREM TOMADAS PARA O PACIENTE. CONSIDERADO UM PROCEDIMENTO RELATIVAMENTE SEGURO, COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS AO MANEJO DO PROBE PODEM OCORRER E O RECONHECIMENTO DAS COMPLICAÇÕES É FUNDAMENTAL AOS QUE REALIZAM ROTINEIRAMENTE O PROCEDIMENTO, COM INTUITO DE PREVENIR A OCORRÊNCIA DOS MESMOS E RECONHECER PRECOCEMENTE O SURGIMENTO DESTES AGRAVOS VISANDO A RESOLUÇÃO IMEDIATA DAS LESÕES.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1077

TÍTULO DO TRABALHO: Polipose Adenomatosa Familiar do Cólon: Relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: YURI GUILHEM RACHID JAUDY1; JOÃO VICTOR PEREIRA GOMES2; RONE ANTONIO ALVES ABREU2. 1. ITPAC/FAHESA ARAGUAÍNA, ARAGUAÍNA - TO - BRASIL; 2. ITPAC, ARAGUAINA - TO - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Polipose adenomatosa familiar do cólon (PAF-C) é uma enfermidade que afeta, principalmente, a população entre 35 e 40 anos de idade. A polipose é caracterizada pelo aparecimento de pólipos em número superior a 100 no intestino grosso. Os pólipos costumam ser lesões benignas que projetam-se do epitélio intestinal para a luz do órgão e ocorrem, geralmente por defeitos na regulação entre fatores que induzem o crescimento celular e aqueles que inibem o mesmo. O termo adenoma remete a tumores benignos originados em tecidos glandulares e em tubos, como é o caso do TGI (Trato Gastrointestinal). Fatores externos podem influenciar o tamanho dos pólipos no intestino, como o fumo. RELATO DE CASO: Masculino, 43 anos, natural de Araguaína-TO, foi encaminhado ao Hospital Regional de Araguaína (HRA) em 05/09/2015 com diagnóstico de PAF-C há dois anos, sem acompanhamento médico. Na internação apresentava dor abdominal, hematoquezia há dois anos e história de tabagismo de longa data. Foi realizado uma nova colonoscopia, onde foi evidenciado múltiplos pólipos colônicos pediculados, alguns com ulcerações distribuídos universalmente em todo o cólon e reto, realizado uma polipectomia múltipla em reto com ressecção de todos os pólipos do reto inferior, médio e superior bem como sigmoide, mais biópsia. Posteriormente, executada uma colectomia com anastomose primária término-terminal íleoretal com uso de grampeador circular. No 1º dia pós-operatório foi iniciado dieta liquida sem resíduos, com boa aceitação pelo paciente que apresentou-se sem dema is queixas, ativo no leito e sem intercorrências. Teve alta hospitalar no 3º dia pós-operatório e 15 dias após, encaminhou-se ao ambulatório de cirurgia oncológica com o resultado da biópsia que evidenciou adenoma tubular com atipia intensa. Hoje encontra-se em bom estado geral, sem queixas e em acompanhamento via ambulatorial. CONCLUSÃO: A PAF-C é uma enfermidade de caráter grave e, geralmente, com diagnóstico tardio. Fatores tais como o tabagismo, prejudicam o prognóstico em casos confirmados da doença. A cirurgia costuma apresentar resultados satisfatórios sobre essa entidade clínica, além disso, a capacidade de adaptação do órgão restante permite uma maior sobrevida aos pacientes submetidos à intervenção cirúrgica. O uso do grampeador circular diminui o tempo de internação pós-operatória, mantém compressão adequada nos tecidos gerando boa hemostasia e cicatrização levando a uma rápida recuperação pós-cirúrgica.

CODIGO DO TRABALHO: 2488

TÍTULO DO TRABALHO: POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR: CARACTERÍSTICAS DOS PACIENTES E A IMPORTÂNCIA DA INVESTIGAÇÃO FAMILIAR ? RELATO DE CASOS.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: THAÍS NATÁLIA DE ALMEIDA1; NAJA NABUT1; RODRIGO EIK SAHYUN2; KELLYN CRISTINA GARBUIO SILVA2; DÉBORA SANTOS RODRIGUES1. 1. PUC PR - LONDRINA, LONDRINA - PR - BRASIL; 2. HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA, LONDRINA - PR - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A polipose adenomatosa familiar (PAF) é uma doença autossômica dominante originada de mutação na linhagem de células germinativas no gene da polipose adenomatosa coli encontrado no cromossomo 5q21. Classicamente ocorre formação de centenas de pólipos adenomatosos que evoluem para câncer colorretal em cerca de 40 anos. Quando se apresentam em número inferior a 100 adenomas denomina-se PAF atenuada. O presente estudo relata 5 casos com diagnóstico de PAF, para estes, discutiram-se as características dos pacientes, os aspectos relacionados à ocorrência de neoplasia associada por ocasião do diagnóstico, cirurgia realizada, estudo anatomo-patológico, evolução clínica e a incidência da patologia nos parentes próximos. Os casos clínicos foram atendidos nos serviços de cirurgia do aparelho digestivo do Hospital Universitário e Hospital do Câncer de Londrina. Relato de casos: Relata-se uma série de 5 casos com diagnóstico de PAF ou referenciados pós diagnóstico de algum familiar. Dentre eles, 1 paciente do sexo feminino e 4 do sexo masculino, com idade variando entre 26 e 61 anos. Três deles com diagnóstico de adenocarcinoma, sendo um de cólon direito e dois de sigmoide (um na vigência de quadro obstrutivo). Este último, foi submetido a retossigmoidectomia apenas, pois não tinha diagnóstico prévio de PAF a qual foi evidenciada na avaliação anatomo-patológica. Este paciente apresentou ainda pólipos na terceira e quarta porções do duodeno com displasia sendo submetido a ressecção segmentar. Quatro pacientes foram submetidos a proctocolectomia total com bolsa ileal e tiveram boa evolução. Dois casos apresentaram complicações pós operatória com resolução adequada (um deles apresentou fístula com resolução espontânea e o outro granuloma pelo fio de sutura, com ressecção do mesmo). Os 2 pacientes mais jovens não apresentavam neoplasia concomitante. Dos pacientes descritos, um não relatou presença de neoplasia na família. Conclusão: A PAF é uma doença pouco frequente, porém, de caráter genético dominante e pode afetar várias pessoas na mesma família quase sempre evoluindo para degeneração neoplásica. Quando diagnosticada a PAF há necessidade de investigação, através da colonoscopia, em todos os familiares próximos, inclusive crianças a partir dos 10 anos de idade. A proposta terapêutica mais aceita é a proctocolectomia total, já no diagnóstico, a fim de evitar evolução para neoplasia.

CODIGO DO TRABALHO: 2667

TÍTULO DO TRABALHO: POLIPOSE GÁSTRICA ? RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: REBECA HARA NAHIME1; DIEGO DA SILVA LONGO2; DIOGO DE OLIVEIRA SOUZA2; JÚLIO CÉSAR MORENO JUNIOR2; LEONARDO PEREIRA TAVARES2; LARISSA BEATRIZ ROMBOLI ROCHA2; RICARDO CARTAXO FILHO2; VALDEMIR JOSE ALEGRE SALLES2. 1. UNITAU, TAUBATÉ - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL REGIONAL DO VALE DO PARAÍBA - HRVP, TAUBATÉ - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Os pólipos de glândulas fúndicas (PGF) são geralmente assintomáticos e descobertos incidentalmente durante o exame endoscópico podendo, em raras ocasiões, adquirir tamanho grande o suficiente para causar uma obstrução gastroduodenal. Objetivamos relatar um caso de polipose gástrica.Relato de caso: paciente do sexo feminino, 54 anos, branca, com obesidade grau I, portadora de dispepsia crônica, dependente do uso de Omeprazol ® para o satisfatório controle do quadro dispéptico. Submetida a endoscopia digestiva alta que evidenciou um pregueado mucoso bem distribuído, incisura gástrica íntegra, hiperemia leve difusa da mucosa gástrica, com vários pólipos sésseis medindo entre 0,5 e 2,5 cm, difusos em corpo e fundo gástrico, com piloro pérvio e duodeno sem alterações. O exame anatomopatológico de uma amostra dos pólipos evidenciou pólipo gástrico de glândulas fúndicas, com pesquisa de Helicobacter pylori negativa.Conclusão: A hipergastrinemia presente na síndrome de Zollinger-Ellison ou na terapia de longo prazo com IBPs, como no uso de Omeprazol ® por período igual ou superior a cinco anos, têm se mostrado associadas ao surgimento de PGF.Ao exame endoscópico os PGF são tipicamente pequenos (0,1 a 0,8 cm), hiperêmicos, sésseis e com superfície lisa. Ocorrem exclusivamente no corpo gástrico. Frequentemente são múltiplos e a biópsias de um ou mais pólipos representativos são suficientes. PGF ? 1 cm de diâmetro, pólipos ulcerados ou localizados na região antral devem ser ressecados para confirmar o diagnóstico e descartar displasia ou neoplasia.A possibilidade de uma síndrome familiar deve ser considerada em pacientes com ? 20 pólipos, PGF no antro, pólipos de fundo gástrico em jovens ou adenomas duodenais, sendo indicada colonoscopia nestas situações. O acompanhamento freqüente pela endoscopia digestiva alta não é recomendado para PGF sem displasia, uma vez que a evolução para câncer gástrico é rara. A suspensão do tratamento com inibidor da bomba de prótons e eventual gastrectomia fazem parte do tratamento desta polipose gástrica.Referências:1. ASGE Standards of Practice Committee; Sharaf RN, Shergill AK, Odze RD, Krinsky ML, Fukami N, et al. Endoscopic mucosal tissue sampling. GastrointestEndosc. 2013;78(2):216-24.2. Sugai BM, Yamazaki K., Pólipos Gastricos. In: Averbach M, Safatle-Ribeiro AV, Junior AP, Cappellanes CA, Ejima FH, Fang HL, editores. Endoscopia digestiva: diagnóstico e tratamento. Rio de Janeiro: Revinter; 2013. p. 317-20.

CODIGO DO TRABALHO: 2512

TÍTULO DO TRABALHO: Prevalência de Câncer Duodenal em Pacientes com Polipose Adenomatosa Familiar: diagóstico precoce e tratamento cirúrgico adequado

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BARBARA G F MELO; MÁRIO LIBERATTI; GUILHERME DE GODOY SANTOS; CAROLINA CAIRES AMORESE; EDUARDO HENRIQUE RODRIGUES; VIVIANE MIRANDA FORISTIERI. UEL, LONDRINA - PR - BRASIL.

RESUMO:
A Polipose Adenomatosa Familiar (PAF) é uma síndrome genética autossômica dominante que leva ao desenvolvimento de centenas de pólipos colo-retais e algumas manifestações extracolônicas. A PAF afeta um a oito indivíduos a cada 10.000 habitantes. A incidência de adenomas duodenais e periampulares, em pacientes com PAF, permanece acima de 80% e aumenta consideravelmente com a idade. Em pacientes após colectomia, as principais causas de morte são pelos tumores desmóides e duodenais. O objetivo principal deste trabalho é relatar dois casos em acompanhamento no Hospital Universitário de Londrina e, com auxílio da literatura especializada, constatar a maior prevalência de câncer duodenal em pacientes com PAF. Além disso, objetiva-se também demonstrar a importância do acompanhamento para o diagnóstico precoce e o tratamento cirúrgico adequado. Para isso, foram selecionados dois casos de pacientes com diagnóstico de PAF do Hospital Universitário de Londrina, os quais, durante o acompanhamento, desenvolveram pólipos no trato gastrointestinal alto, diagnosticados como alto risco e com necessidade de ressecção da lesão. A partir desses dados foram selecionados artigos, metanálises e relatos de casos semelhantes em banco de dados como PubMed, Medline e Bireme. Foram selecionados artigos publicados entre os anos de 2000 e 2016. Um dos pacientes em questão teve o diagnóstico de adenocarcinoma de papila duodenal e o outro com adenoma túbulo-viloso com focos de displasia grave na segunda porção do duodeno. Ambos foram tratados com cirurgia e seguem em acompanhamento até o momento sem recidiva tumoral. A literatura pesquisada e os casos relatados reforçam a necessidade de acompanhamento regular do trato gastrointestinal alto em pacientes com PAF. Está bem estabelecido na literatura atual a maior prevalência do câncer duodenal em pacientes com PAF. Portanto, um rigoroso acompanhamento dos pacientes com PAF, com endoscopia digestiva alta, é de vital importância para o diagnóstico precoce e para o tratamento cirúrgico adequado.

CODIGO DO TRABALHO: 1112

TÍTULO DO TRABALHO: PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE GIST PARA O SERVIÇO DE CIRURGIA E ONCOLOGIA DO HOSPITAL BARÃO DE LUCENA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARIA KAROLINA DE BRITO GOUVEIA1; DIEGO TAVARES RUFINO ALVES2; THALES BARBOSA DE FARIAS2; CLARICE DE ARAUJO CAIO3. 1. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA, RECIFE - PE - BRASIL; 2. HOSPITAL BARÃO DE LUCENA, RECIFE - PE - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO, RECIFE - PE - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO Os tumores estromais do trato gastrointestinal (gastrointestinal stromal tumors - GIST) constituem neoplasias raras e tipicamente subepiteliais. Afetam principalmente o estômago (65%), mas podem ser encontrados em quase toda a extensão do trato digestivo da metade distal do esôfago à região anorretal. A implementação de inibidores da tirosinoquinase foi um grande avanço no tratamento dos GIST.RELATO DE CASO Paciente N.H.S., 60 anos, gênero feminino, negra, procedente de Recife, ingressou no ambulatório de cirurgia oncológica devido quadro de dores abdominais difusas, associada a perda de peso há 01 ano. Realizou tomografia computadorizada (TAC) de abdome que demonstrou processo expansivo, sólido, entre o estômago e o baço. A paciente realizou gastrectomia subtotal modificada no dia 24/04/2014 cujos achados cirúrgicos foram: estômago apresentando lesão exofítica subepitelial, em grande curvatura, bem delimitada, em íntimo contato com o baço e o diafragma. O anátomo-patológico evidenciou neoplasia fusocelular gástrica compatível com GIST confirmado por imuno-istoquímica, com o tumor medindo 11 x 8,0 cm, presença de necrose, padrão fusiforme e mitoses > 5/50 campos de grande aumento (alto risco). Iniciou o tratamento com Imatinib no dia 26/09/14 com dose inicial 400mg/dia e realizou TACs de controle sem anormalidades. Em consulta no dia 15/05/16 apresentou tomografia em que houve progressão da neoplasia evidenciando-se nódulos pulmonares de 7 e 5 mm em segmento posterior de lobo superior direito e múltiplos nódulos hepáticos. Optou-se por aumentar a dose do Imatinib para 800mg/dia devido progressão da neoplasia. Em março de 2016 a paciente apresentou-se com queixas dispépticas e êmese e ao exame físico evidenciou-se sinais de toxicidade pela droga, optando-se pela suspensão do Imatinib. Nesta mesma ocasião apresentou tomografia evidenciando redução significativa do número e dimensão das lesões. Em agosto de 2016 iniciou o esquema de Sunitinib devido intolerância ao Imatinib. Após instituição do Sunitinib a paciente apresentou melhora clínica e radiológica, encontrando-se em seguimento. CONCLUSÃOMesmo sendo uma neoplasia rara, o conhecimento sobre seu quadro clínico, biologia molecular tem sido de extrema importância para os portadores de GIST, já que diante do caso, observou-se melhora clínica após o tratamento com inibidores de tirosinoquinase.

CODIGO DO TRABALHO: 1434

TÍTULO DO TRABALHO: Pseudo-obstrução duodenal causada por estrongiloidíase: relato de caso e revisão da literatura

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CAROLINA MENDONÇA MORAIS; ANTONIO MARCIAL PINHEIRO DE ALENCAR; BEATRIZ GLEYSE MARINHO SILVA; HELYSÂNIA SHÁDYLLA SANTOS DE FARIAS. UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, RECIFE - PE - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A estrongiloidíase é uma doença parasitária mundial, endêmica em países tropicais como o Brasil. Tipicamente, a infecção é assintomática ou se manifesta com sintomas gastrointestinais vagos e inespecíficos, porém em pacientes imunocomprometidos a estrongiloidíase causa uma doença disseminada com manifestação gastrointestinal e respiratória, o que está associado a altas taxas de mortalidade. Esse caso tem como objetivo relatar uma pseudo-obstrução duodenal causada por estrongiloidíase disseminada em um paciente no Hospital das Clínicas-UFPE em 2016 e fazer uma revisão literária da patologia em questão. Relato de caso: Paciente do sexo feminino, 55 anos, diabética, tabagista, em uso diário de Prednisona (20mg/dia) para asma brônquica. Apresentava história de desconforto epigástrico associado a vômitos pós-alimentares, hiporexia, fraqueza e perda ponderal de 12kg, num período de dois meses. A paciente foi internada na enfermaria para prosseguir investigação etiológica do quadro após apresentar na endoscopia digestiva alta esôfago com erosões maiores que 5 mm, não confluentes e estômago com intenso edema e enantema envolvendo todos os segmentos, além de resíduo de estase em câmara gástrica. Evoluiu com piora da sintomatologia mesmo após a instalação de medidas clínicas, sendo decidido pelo médico assistente submeter a paciente a uma laparotomia exploradora para uma gastrojejunoanastomose como tratamento cirúrgico. A paciente evoluiu com piora clínica, sendo submetida à reabordagem cirúrgica no quinto dia pós-operatório. No anatomopatológico do produto da ressecção cirúrgica, foi descrito os achados de enterite necrosante, transmural, perfurativa, associada a intenso parasitismo helmíntico de caráter invasivo, quadro compatível com estrongiloidíase. Foi iniciado tratamento com ivermectina associado ao albendazol, evoluindo com melhora do quadro clínico. Conclusão: A obstrução duodenal é uma complicação rara, mas potencialmente fatal, da infecção por S. stercoralis. O grande espectro de manifestação clínica e a falta de síndrome clínica clássica tornam extremamente difícil o diagnóstico final de estrongiloidíase. Portanto, é necessário um alto índice de suspeição, principalmente em pacientes de áreas endêmicas e com algum fator de risco para desenvolvimento de estado de imunodeficiência, para o diagnóstico correto e precoce desta complicação incomum da infecção por Strongyloides stercoralis.

CODIGO DO TRABALHO: 2825

TÍTULO DO TRABALHO: Quimioterapia ou Cirurgia como Tratamento Inicial do Linfoma Gástrico Primário? Percalços das Decisões de Tratamento Baseadas em Biópsias Endoscópicas

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MILLER BRITO E SILVA; MARCELO MESTER; ANTONIO AFONSO MIRANDA NETO; RAFAELA BRITO BEZERRA PINHEIRO; SHEILA SIQUEIRA; LUÍS ALBERTO LAGE; JULIANA PEREIRA; BRUNO ZILBERSTEIN; VENANCIO AVANCINI ALVES; IVAN CECCONELLO. FMUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Quimioterapia ou Cirurgia como Tratamento Inicial do Linfoma Gástrico Primário? Percalços das Decisões de Tratamento Baseadas em Biópsias Endoscópicas Mester M, Brito e Silva MB, Miranda Neto AA, Zilberstein B, Siqueira S, Pinheiro R, Lage LA, Pereira J, Sakai P, Avancini Alves V, Hoff PG, Cecconello I Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo, Departamento de Gastroenterologia, Disciplina de Oncologia Clínica, Disciplina de Hematologia, Departamento de Patologia, Hospital das Clínicas e ICESP, Faculdade de Medicina da USP Introdução A quimioterapia tornou-se o tratamento inicial de eleição para o linfoma gástrico primário (LGP). Entretanto, esta decisão irá basear-se, por definição, no diagnóstico proveniente de coletas endoscópicas, e de estadiamento não-cirúrgico. Relatamos aqui um caso de LGP avançado de fundo gástrico e cardia (Siewert III) estadiado e operado como adenocarcinoma. Dados relativos ao diagnóstico e estadiamento bem como seus efeitos na decisão final do tratamento são aqui apresentadas e discutidas. Relato de Caso Paciente masculino de 55 anos de idade com epigastralgia e emagrecimento teve diagnóstico endoscópico de lesão úlcero-infiltrativa de cardia e grande curvatura gástrica, de limites imprecisos (Siewert III). A biópsia endoscópica revelou adenocarcinoma pouco diferenciado com distorção glandular. PET-TC-FDG18 foi positivo para massa fúndica de 6 cm (em grande e pequena curvaturas) extensiva à cardia (SUVmax: 16,0). Não havia imagem de linfonodos acometidos. Foi indicada cirurgia radical de intenção curativa (gastrectomia total + reconstrução em Y de Roux + linfadenectomia a D2), realizada com sucesso. O paciente evoluiu sem complicações obtendo alta. O exame anátomo-patológico da peça cirúrgica revelou LGP difuso de grandes células CD20+ (DLBCL) invasivo à muscular própria com 0/59 linfonodos positivos (estádio de Lugano IE). O paciente encontra-se assintomático e em remissão completa após 4 ciclos de R-CHOP. Conclusão Este caso ilustra alguns dos percalços do diagnóstico e estadiamento do LGP nos tratamentos não-cirúrgicos. A possibilidade de mudança do diagnóstico final pode ocorrer em casos de lesões limítrofes quando provenientes de biópsias endoscópicas com possível viés de colheita. A cirurgia além de ainda ser tratamento curativo para o LGP, poderá sempre permitir diagnóstico e estadiamento mais acurados. Este fato deverá ser sempre considerado nos protocolos de tratamento do LGP visando a conservação do estômago.

CODIGO DO TRABALHO: 1862

TÍTULO DO TRABALHO: RECIDIVA DE GIST GÁSTRICO EM ANASTOMOSE DE Y ROUX: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FERNANDO SALVO TORRES DE MELLO1; TARCIANA VIEIRA DA COSTA1; AMANDA COELHO XAVIER2; AGLAIA MOREIRA GARCIA XIMENES1; LUNA ISABEL CÁCERES LESSA1; NARA PERCÍLIA DA SILVA SENA2; SARAH MOREIRA E SILVA ALVES3; YGOR MARCELO MENDES NEGREIROS2. 1. HOSPITAL MUNICIPAL SANTA ISABEL, JOAO PESSOA - PB - BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA(FAMENE), JOAO PESSOA - PB - BRASIL; 3. FACULDADE DE CIÊNCIAS MEDICAS DA PARAÍBA (FCM), JOAO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Os tumores estromais do trato gastrointestinal (GIST) originam-se das células intersticiais de Cajal, responsáveis pela motilidade gastrointestinal, acometendo principalmente indivíduos de meia-idade e idosos. A apresentação clínica depende do tamanho e localização do tumor, e seu potencial maligno varia também com o índice mitótico. O diagnóstico é confirmado por imunohistoquímica, expressando a proteína c-KIT, empregando-se a tomografia para o estadiamento da neoplasia. O tratamento padrão para GIST não metastático é a ressecção cirúrgica completa da lesão; não se pode excluir a possibilidade de recidivas, sendo mais frequentes em fígado e peritônio. Esse relato trata de um achado incomum de recidiva desse tumor. RELATO DE CASO: TFS, feminino, 63 anos, comparece ao ambulatório com queixa de massa visível e palpável em flanco esquerdo há 3 meses, e perda ponderal. Antecedente de gastrectomia total há 2 anos (por GIST em corpo com estadiamento PT3 N0 MX). Ao exame, apresentava índice de massa corporal de 18kg/m2, abdome flácido e tumoração palpável em flanco esquerdo, móvel, indolor. A tomografia de abdome revelou massa de 5x5cm, discretamente captante de contraste em íntimo contato com o cólon transverso. Realizada laparoscopia diagnóstica, que evidenciou tumoração em anastomose jejuno-jejunal (anastomose de Y Roux), compatível com recidiva de GIST e grande número de bridas e aderências. Procedimento convertido para laparotomia exploradora, na qual se realizou enterectomia com ressecção de 40cm de delgado; realizadas duas entero-entero anastomoses (látero-laterais): a 30 cm da esôfago jejunoanastomose prévia, e a 30 cm do ângulo de Treitz. A paciente evoluiu sem complicações e recebeu alta no 8º dia pós-operatório. CONCLUSÃO: A recidiva de GIST é frequente (podendo atingir 40 % dos pacientes) apesar da ressecção cirúrgica completa; o tratamento de escolha é a ressecção completa da recidiva, mesmo que em sítios atípicos do tumor primário.

CODIGO DO TRABALHO: 2826

TÍTULO DO TRABALHO: Recidiva local extra-gástrica de GIST gástrico com ressecção (R0) sob terapia adjuvante com mesilato de imatinib

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANTONIO AFONSO MIRANDA NETO; MARCELO MESTER; MILLER BRITO E SILVA; RAFAELA BRITO BEZERRA PINHEIRO; SHEILA SIQUEIRA; OSMAR YAGI; BRUNO ZILBERSTEIN; VENANCIO AVANCINI ALVES; IVAN CECCONELLO. FMUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Recidiva local extra-gástrica de GIST gástrico com ressecção (R0) sob terapia adjuvante com mesilato de imatinib Mester M, Brito e Silva MM, Miranda Neto AA, Zilberstein B, Sahade M, Yagi O, Pinheiro R, Avancini Alves V, Hoff PG, Cecconello I Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo, Departamento de Gastroenterologia, Disciplina de Oncologia Clínica, Departamento de Patologia, Hospital das Clínicas e ICESP, Faculdade de Medicina da USP Introdução Tumores estromais (GISTs) > 5 cm são comumente enviados a terapia adjuvante prolongada com mesilato de imatinib. Relatamos uma caso de recidiva local extra-gástrica sob terapia adjuvante com imatinib. Relato do Caso Paciente masculino de 49 anos de idade portador de GIST ulcerado > 5 cm de diâmetro no antro gástrico. Biópsia endoscópica: GIST epitelióide, 1 mitose/10 hpf, CD 117+, CD 34+, DOG1+, CD31-, Cromogranina-, Sinaptofisina-, AE1/AE3-, CD20-, CD3-, 35BH11-, Ki67 20%. TC de abdomen mostrou massa exofítica de 8 cm compatível com GIST. Foi submetido a gastrectomia parcial + Y-de-roux. Peça cirúrgica: GIST de celularidade mista, pT3N0Mx, 8 x 6.5 cm, alto grau, 36 mitoses/50 hpf, invasão vascular presente. Margens proximal (7 cm), distal e laterais livres. O paciente foi tratado com mesilato de imatinib adjuvante, 400 mg/dia. Após 2 anos, recidiva próxima à anastomose foi vista à TC. O paciente foi reoperado, e uma massa externa ao coto gástrico junto à anastomose, de 2,5 cm, foi ressecada, e a anastomose refeita. AP: GIST epitelióide, 2,5 cm f, alto grau, 26 mitoses/20 hpf, no tecido adiposo perigástrico sem invasão da parede gástrica ou anastomose. O paciente está assintomático e sem recidiva, sob imatinib adjuvante. Conclusão: Este caso ilustra os percalços de obter-se remissão completa de GISTs gástricos avançados, grandes, e de alto grau. É necessário buscar-se outros parâmetros clínico-patológicos (incluindo marcadores moleculares), bem como outros protocolos de tratamento, para que se obtenham melhores resultados no tratamento destas lesões.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1462

TÍTULO DO TRABALHO: RELATO DE CASO DE CISTO QUILOSO MESENTÉRICO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CLAUDIA THEIS1; STEPHANIE THEISEN KONZEN1; JOEL ANTONIO BERNHARDT1; PAULA DUTRA BERNHARDT2; THAÍS DUTRA BERNHARDT1; JÚLIA SILVA E LIMA SCHLEDER1; KELLY VIVIANE UEDA1; ANA PAULA MICHELS COSTA1. 1. UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ, ITAJAÍ - SC - BRASIL; 2. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ, ITAJAÍ - SC - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Cistos mesentéricos são patologias raras, definidos como qualquer cisto localizado entre os folhetos do mesentério do duodeno ao reto, tendo predominância pelo íleo. São classificados como linfangiomas ou cistos mesoteliais, acometem principalmente o sexo feminino, na 4ª década de vida, e na sua grande maioria são assintomáticos, diagnosticados acidentalmente durante exames de imagem ou abordagem cirúrgica abdominal. Se sintomáticos manifestam quadro abdominal inespecífico, que pode ser decorrente de volume aumentado do cisto, ruptura, torção, hemorragia, obstrução de órgão adjacente, gerando a principal complicação que é o abdome agudo. Na dúvida diagnóstica ao exame físico é importante a pesquisa do sinal de Tillaux - que torna possível a mobilização completa do cisto à palpação profunda. A confirmação do diagnóstico se dá por USG (ultrassonografia), TC (tomografia computadorizada) e ou RM (ressonância magnética), e tem, como tratamento de escolha a exérese do cisto por via videolaparoscópica (VLP) estando preparado para ressecções mais amplas se necessário, obtendo o diagnóstico definitivo pelo histopatológico. Possui prognóstico bom, com total remissão dos sintomas e recorrência em 13,6% de acordo com a técnica cirúrgica realizada.RELATO DE CASO: A.G., 34 anos, sexo feminino, descobre a presença de um cisto mesentérico ao realizar uma ultrassonografia transvaginal de acompanhamento do ovário policístico. Paciente foi encaminhada à cirurgia geral, onde solicitou-se uma RNM, sendo constatada a presença de grande cisto mesentérico com 1.370 ml, 22 x 6,3 x 19 cm, localizado da 3ª porção do duodeno até o fundo do útero. Paciente apresentava-se assintomática, sendo o cisto não palpável, apesar do tamanho. O tratamento cirúrgico escolhido para o caso foi a exérese do cisto por VLP, realizada com sucesso. O cisto foi enviado à biópsia, que indicou cisto mesentérico com agregados linfóides focais, compatível com cisto quiloso. PO (pós operatório) sem intercorrências.CONCLUSÃO: O cirurgião deve atentar à possibilidade diagnóstica de cisto mesentérico em pacientes com queixas de aumento de volume abdominal, massas palpáveis, afim de realizar o tratamento cirúrgico antes do surgimento de complicações. No caso de pacientes assintomáticos, o cirurgião depende da execução de outros exames de imagem que indiquem presença do cisto. O tratamento mais indicado é a exérese do cisto por VLP, como na paciente relatada, devido a um melhor PO e prognóstico.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1475

TÍTULO DO TRABALHO: Relato de caso de paciente com síndrome de Candy Cane

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CLAUDIA THEIS1; LUIZ HENRIQUE YOSHINO2; JOEL ANTONIO BERNHARDT1; STEPHANIE THEISEN KONZEN1; KELLY VIVIANE UEDA1; ANA PAULA MICHELS COSTA1; FREDERICO KLANN VICTORINO1. 1. UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ, ITAJAÍ - SC - BRASIL; 2. HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN, ITAJAÍ - SC - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Em consequência ao aumento do número de obesos no mundo, cresce a quantidade de cirurgias bariátricas realizadas que, apesar de cada vez menos traumáticas, apresentam suas próprias complicações pós-cirúrgicas. Dentre elas, a Bypass com Y-de-Roux apresenta uma complicação pós-cirúrgica chamada ?Candy Cane? Syndrome, ou síndrome do doce de caramelo, que embora infrequente, se apresenta clinicamente com estase gástrica de Roux, vômitos, dor epigástrica e plenitude pós-prandial, podendo acometer até 1/3 dos pacientes.RELATO DE CASO: Paciente feminina, 37 anos, há 2 meses com inapetência, dor epigástrica, náuseas e múltiplos episódios de vômitos pós-prandiais refratários a medicações sintomáticas, associado com emagrecimento importante. HMP: cirurgia bariátrica bypass gástrico com banda gástrica há 3 anos e emagrecimento de 40kg neste tempo. IMC na época: 40. Nega outras comorbidades, nega mudanças no hábito alimentar. Exame físico: sinais vitais dentro da normalidade, cardiovascular sem alterações e abdome flácido, indolor, sem sinais de irritação peritoneal. Exames laboratoriais e de imagem sem alterações significativas. Realizado videolaparoscopia diagnóstica evidenciando recesso em alça eferente após anastomose com pouch gástrico, prosseguindo com ressecção do mesmo, sem outras alterações evidenciadas. Paciente teve boa evolução em seu pós-operatório imediato e recebeu alta hospitalar no terceiro pós-operatório sem sintomas e já com reinício de dieta por via oral e com boa aceitação. Segue em acompanhamento ambulatorial há 1,5 anos e refere estar assintomática, com melhora completa dos sintomas apresentados anteriormente e ganho ponderal.CONCLUSÃO: É necessário enfatizar que a síndrome Candy Cane apresenta sintomas inespecíficos, o que dificulta o seu diagnóstico. Para tratamento podem ser utilizados medicamentos pró-cinéticos, porém, dependendo o grau e a intensidade dos sintomas, deve-se optar por conduta cirúrgica e ressecção da alça cega excedente, sendo a via laparoscópica o melhor método de intervenção. Pensando em evitar esta complicação, deve-se procurar sempre ressecar a alça eferente da forma mais próxima à anastomose gastrojejunal, evitando essa área de estase alimentar.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1422

TÍTULO DO TRABALHO: RELATO DE CASO DE RESSECÇÃO EM BLOCO DE GIST DE DELGADO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LEONARDO MARQUES SILVEIRA1; VITORIA CASTRO MARCOS1; CAROLINA NOGUEIRA FERRAZ TREMONTE2; LUCIANA BARBOSA PAGLIA3; ANDRESSA LOURENÇO DIAS3; POLLYANA ARDAVICIUS E SILVA1; PAULA DE JULIO MATHEUS3; BRUNO AMANTINI MESSIAS3; MATHEUS BARTOLOMEI DE SIQUEIRA CORRADI3. 1. HOSPITAL GERAL CARAPICUIBA, CARAPICUIBA - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL GERAL CARAPIBUICA, CARAPIBUICA - SP - BRASIL; 3. HOSPITAL GERAL DE CARAPICUIBA, CARAPICUIBA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: relatar caso de GIST de delgado ressecado em bloco em hospital secundárioMatériais: revisão de prontuário eletrônicoResultados: Paciente sexo feminino, 53 anos relata dor abdominal com duração de 3 meses. Ao exame, abdome flácido doloroso a palpação, presença de massa palpável pouco móvel da pelve até cicatriz umbilical.Tomografia evidenciou volumosa lesão expansiva isso/hipoatenuante, com intenso realce periférico grosseiro e área de liquefação com necrose central. Contornos lobulados, comprometendo alças do intestino delgado adjacentes. Múltiplos nódulos peritoneais adjacentes à lesão. Optado por laparotomia exploradora e enterectomia segmentar associado a ressecção de grande omento em bloco. O anatomo patológico revelou intestino delgado e epiplon com características de neoplasia mesenquimal fusocelular comprometendo parede do intestino delgado e epiplon.Imunohistoquimica:CD 34 positivo;c- kit (CD 117) positivo; perfil imunohistoquimico associado ao aspecto histológico consistente com tumor estromal intestinal.Conclusão: Os tumores estromais do trato gastrointestinal representam 80% dos tumores mesenquimais gastrointestinais. No passado, o GIST era classificado como leiomioma, leiomiossarcoma ou tumor derivado do plexo autonômico e só, recentemente, foi esclarecido que esta neoplasia constitui uma entidade bem definida (origem nas células intersticiais de Cajal e expressão da proteína Kit). Podem ter origem em todo trato gastrointestinal, sendo mais comuns no estômago, seguido pelo intestino delgado. O diagnóstico de GIST é feito quando existem características morfológicas celulares típicas associadas à imuno-histoquímica positiva para Kit. Nos casos de GIST com kit negativo, é solicitado PDGRF alfa. A ressecção cirúrgica com margem é a terapêutica adequada.
Referencias:1) Local treatment for gastrointestinal stromal tumors, leiomyomas, and leiomyosarcomas of the gastrointestinal tract; Jeffrey Morgan,Chandrajit P Raut; Literature review current trough: Mar 2016. 124. 2) Tyrosine kinase inhibitor therapy for advanced gastrointestinal stromal tumors; Jeffrey Morgan; Literature review current trough: Mar 2016. 124. 3) Adjuvant and neoadjuvant imatinib for gastrointestinal stromal tumors; Jeffrey Morgan, Chandrajit P Raut; Literature review current trough: Mar 2016. 124.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1647

TÍTULO DO TRABALHO: Relato de caso: Diverticulite perfurada de intestino delgado.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PEDRO POLASTRI LIMA PEIXOTO; RAFAEL DE FREITAS OLIVEIRA; DAFNE MARIA VILLAR GONÇALVES; TARCISIO VERSIANI AZEVEDO FILHO; PABLO SILVA DOS ANJOS; MARCOS LANNA BICALHO; RAFAEL ALVES CARVALHO; AMANDA FERREIRA NAZARETH MARQUES. HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHEK, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Divertículos de intestino delgado (ID) consistem em herniações da mucosa e submucosa através da parede da borda mesentérica (falsos divertículos). São associados a distúrbios de motilidade intestinal, como neuropatias viscerais e miopatias. Apresentam incidência entre 0,5-2,3% em estudos contrastados e são mais comuns acima dos 50 anos. Localização mais comum é no jejuno proximal (75%), seguida do jejuno distal (20%) e íleo (5%). Maioria dos pacientes é assintomática e apenas 1-2% dos pacientes demandam tratamento cirúrgico por complicação - perfuração intestinal, fístula, abscesso ou sangramento gastrointestinal refratário. Relato do caso: ACS, mulher, 64 anos, hipertensa e portadora de Chagas com miocardiopatia em uso de marcapasso, foi admitida em pronto-atendimento com dor abdominal difusa há um dia associada a vômitos. Exame físico revelava dor em flanco esquerdo com descompressão dolorosa. Revisão laboratorial à admissão com leucocitose discreta sem desvio. Radiografia de abdome agudo sem alterações. Submetida à tomografia computadorizada de abdome total que descreveu: espessamento parietal e indefinição dos contornos de alça de ID no flanco esquerdo, com focos de pneumoperitôneo adjacentes, inferindo perfuração; quantidade mínima de líquido livre na cavidade abdominal; doença diverticular do cólon, sem diverticulite. Procedida laparotomia exploradora: pequena quantidade de líquido livre na cavidade; processo inflamatório intenso, envolvendo alças da primeira porção jejunal, no ângulo de Treitz; identificados 8 divertículos na primeira porção jejunal; perfuração bloqueada de um dos divertículos com presença de fibrina, demais divertículos com aspecto reacional. Realizada enterectomia do segmento acometido (33cm) com anastomose manual látero-lateral. Paciente intercorreu no pós-operatório imediato com instabilidade hemodinamica, necessitando de cuidados intensivos por três dias. No entanto, tolerou bem reinicio da dieta (iniciamente via entéria, seguida de via oral), recebendo alta hospitalar em boas condições. Anátomo-patológico descreveu diversas formações diverticulares, por vezes com reação inflamatória mononuclear e neutrofílica, compatível com doença diverticular com diverticulite. Conclusão: O tratamento cirúrgico dos divertículos de ID é pouco comum e é reservado às complicações. O relato mostra um caso raro em que a paciente intercorreu com complicação aguda, com diverticulite e inflamação, necessitando de enterectomia segmentar.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 826

TÍTULO DO TRABALHO: RELATO DE CASO: GIST DE DELGADO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: THIAGO ALVIM BARREIRO1; ANTONIO JOSE TIBURCIO ALVES JUNIOR1; GUILHERME ZUPO TEIXEIRA1; REGINA GREILBERGER RIBEIRO1; GABRIELA MOREIRA COSTA1; CAMILA CRISTINA LACERDA1; JULIANA RIBEIRO RODA1; LARA ALMEIDA MIRANDA2. 1. HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO - PUCCAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO - PUC-CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O GIST (Gastrointestinal Stromal Tumor) acomete, na mesma proporção, ambos os sexos e predomina entre a quinta e sétima década de vida, incomum nos extremos de idade. A incidência mundial é de 15 casos por milhão de habitantes a cada ano e no Brasil, estima- se que surjam 1.800 casos por ano. A apresentação clínica mais comum é a gástrica (60%). Podem ser assintomáticos, diagnosticados acidentalmente com exames de rotina ou durante a laparoscopia ou se apresentarem com inflamação/obstrução intestinal.Relato de Caso: Paciente, 74 anos, sexo feminino, hipertensa, com quadro de dor súbita em andar inferior do abdômen há 03 meses, que durou 10 dias com remissão espontânea. Nega sintomas geniturinários, alterações de hábito intestinal ou perda ponderal. Em USTV, evidenciada massa hipoecogênica com áreas císticas de 215cc em fundo de saco. Paciente foi submetida a laparotomia exploradora pela equipe de Ginecologia e Obstetrícia. No intra-operatório, em inventário da cavidade foi identificada pequena quantidade de líquido livre; útero e anexos sem alterações; tumoração única de aspecto necrótico, de limites precisos, sólido-cística de 8x7,5cm em intestino delgado, aderida a omento. Solicitada avaliação da equipe de Cirurgia Geral, optou-se por ressecção total da tumoração com enterectomia segmentar de 15 cm, distando 150cm da Válvula Íleo-cecal e 250cm de ângulo de Treitz, omentectomia e salpingooforectomia bilateral. Uma amostra foi enviada para análise anátomo-patológica cujo estudo imunoistoquímico identificou CKIT positivo difuso, CD34 positivo focal e Ki67 positivo em cerca de 5% das células neoplásicas. A neoplasia apresentou alto risco de doença progressiva segundo os critérios de Miettnen. Estadiamento parcial de T3N0Mx e proposta adjuvância com quimioterapia.Conclusão: A análise do caso confirma que o tumor pode ser identificado em laparoscopia exploradora em investigação de outra patologia, uma vez que a apresentação clínica é frustra. Os aspectos morfológico e imunoistoquímico sao compatíveis com GIST Fusiforme, apresentou positivos os marcadores CKIT , CD34 e Ki67 implicados na gênese do tumor. A idade e sexo da paciente são consoantes à estatística, bem como a apresentação macroscópica como tumoração única. Realizada ressecção total, tratamento de primeira escolha , a fim de ampliar a sobrevida da paciente veio acompanhado de adjuvância por três anos com Imatinib.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1717

TÍTULO DO TRABALHO: RELATO DE CASO: LIGADURA ENDOSCÓPICA COMO TRATAMENTO ALTERNATIVO DA ANGIODISPLASIA DE CORPO GÁSTRICO.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: SANDRO RODRIGO VALE DE SOUZA1; DANILO GOIS SOUZA2; JOSE VALMIR MOURA JUNIOR1. 1. HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA, FORTALEZA - CE - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARA, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
A hemorragia digestiva alta (HDA) é uma causa frequente de hospitalização de urgência. Ela é definida como todo sangramento do trato digestivo em regiões acima do ligamento/ângulo de Treitz, podendo ser evidenciada clinicamente através de hematêmese (vômitos de sangue vivo ou em borra de café), de melena (fezes negras), de hematoquezia (eliminação de sangue vermelho vivo, ou de coágulos pelo reto) ou, ainda, de sangue oculto pelas fezes.A HDA pode ser causada por uma relativa variedade de condições patológicas. Dentre elas, temos as malformações vasculares, que representam um grupo heterogêneo de lesões, onde podemos incluir a angiodisplasia gástrica.A angiodisplasia gástrica pode ser encontradas em cerca de 1-3% da população[1] em geral, numa incidência que cresce com a idade e igual em ambos os sexos. Ela é composta por pequenas dilatações vasculares que afetam as veias submucosas e as vênulas e capilares da mucosa, acomentendo principalmete pessoas com idade superio a 60 anos. As causas de angiodisplasia gástrica são desconhecidas, embora provavelmente exista uma relação com um processo degenerativo relacionado ao envelhecimento.Estima-se que cerca de 5% dos episódios de hemorragia digestiva alta sejam causados por angiodisplasias gástricas - relação que se eleva com o aumento da idade do paciente. Destes episódios, temos que aproximadamente 15% causam sangramentos vultuosos que podem causar comprometimento hemodinâmico do paciente[2].Assim, tendo em vista a importância do conhecimento prévio a respeito do perfil epidemiológico e das etiologias relacionadas a HDA, bem como a necessidade de um protocolo de conduta para esta entidade, temos que um aumento no conhecimento a respeito das angiodisplasias gástricas faz-se necessário para tornar o atendimento aos pacientes mais efetivos e eficázes.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 450

TÍTULO DO TRABALHO: Relato de caso: obstrução gástrica por calculo biliar (Sindrome de Bouveret)

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: KEVIN LIMA TAVARES; ANDRÉ FAINSTEIN; JOÃO LUCAS BODEVAN; RICARDO SILVA GUIMARAES. HOSPITAL NAVAL MARCILIO DIAS, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A Sindrome Bouveret (SB) é um quadro clínico raro de obstrução gástrica ou duodenal decorrente de um calculo biliar proveniente de uma fistula biliodigestiva1,2. Acomete principalmente em mulheres acima de 60 anos com história de colelitíase. Na maioria dos pacientes os sintomas são inespecíficos, sendo um terço dos acometidos assintomáticos1. A propedêutica é composta por exames laboratoriais e radiológicos como colangiorresonância, ultrassonografia abdominal (USG), tomografia computadorizada (TC) com contraste e endoscopia digestiva alta2,3. O tratamento com melhor prognóstico consiste de abordagem cirúrgica em dois tempos.Relato de Caso: paciente feminina, 69 anos, natural do Rio de Janeiro, hipertensa e portadora de colelitíase. Em atendimento de emergência, relatava quadro de dor continua em hipocôndrio direito há seis dias, com irradiação para dorso, acompanhada de vômitos. Nega febre, icterícia e demais sintomas. Apresentava abdome doloroso a palpação em epigastro e sinal de Murphy negativo. Exames laboratoriais com leucocitose sem desvio e PCR elevada. A TC de abdome mostrava imagem sugestiva de aerobilia e vesícula biliar com parede espessada, além de distensão gástrica importante. Optou-se por realizar uma laparotomia exploradora, procedendo a gastrotomia e retirada de calculo biliar em piloro medindo cerca de quatro centímetros. Não ocorreram intercorrências na cirurgia, sendo revisado o inventário cirúrgico e não visualizado sofrimento de alças intestinais ou demais alterações. Obteve alta hospitalar no sexto dia de pós-operatório, sendo orientado retorno ambulatorial para seguimento e programação de segundo tempo cirúrgico.Conclusão: A SB apesar de rara incidência apresenta prognóstico com alta mortalidade. O relato acima descrito obteve bom prognóstico com tempo cirúrgico dividido em dois tempos, colaborando com a literatura que cita maior sobrevida com emprego desta terapêutica4.Referências:1) Ribeiro et al . Síndrome de Bouveret como forma de apresentação de doença de Crohn: relato de uma associação rara. J Port Gastrenterol. 2013 2) Campelo M et al. Íleo biliar: um relato de caso. Revista da AMRIGS, Porto Alegre, jan.-mar. 2015.3) Gijón-de-la-Santa L et al. Bouveret`s syndrome: evaluation with multidetector CT. Rev. esp. enferm. dig. 2014 4) Reynoso DI et al. Síndrome de bouveret en un paciente de alto riesgo. Diagnóstico y tratamiento. 2013

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1456

TÍTULO DO TRABALHO: RELATO DE CASO: PERFURAÇÃO DO ÍLEO DISTAL SECUNDÁRIA A CORPO ESTRANHO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ROSALIO RUBEN CUSIHUALLPA MOLLENEDO1; CAROLINA DA SILVA GOMES2; THIAGO DE SOUZA PERUSSOLO2; PAULA SOTORIVA COELHO3; SÁVIO LUIZ SANTOS LOPES3; JOSÉ LAÉRCIO DE ARAÚJO FILHO2; ODAIR MACHADO VAZ1; GLÁUCIO PIRES CARNEIRO1. 1. HOSPITAL GERAL DE RORAIMA, BOA VISTA - RR - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA, BOA VISTA - RR - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A ingestão acidental de corpo estranho junto com a alimentação é um problema clínico comum nos serviços de atendimento de emergência. Embora a maioria dos corpos estranhos deglutidos transite no trato gastrintestinal sem consequências num período de até uma semana[1], em até 1% dos casos ocorre perfuração em algum ponto do trajeto gastrintestinal, sendo mais comum na região ileocecal e no colo sigmoide. Só nos Estados Unidos, são reportadas 1500 mortes por ano. A maioria manifesta um quadro de abdome agudo. Porém, as taxas de mortalidade são extremamente baixas.Relato de Caso: S.R.S,46 anos, feminino, parda, admitida no Hospital Geral de Roraima com queixa principal de dor abdominal. Paciente refere dor abdominal intensa (10/10) em fossa ilíaca direita no local de cirurgia prévia (apendicectomia há 2 anos). Após 5 horas foi avaliada pela cirurgia, apresentou febre, náuseas, vomito, cefaleia e posição antálgica. Trânsito intestinal preservado. Ao exame físico: abdome semigloboso, distendido, timpânico, depressível, ruídos hidroaéreos aumentados 2/4, doloroso à palpação na cicatriz prévia, Mac Burney (+), Blumberg (+). Leucócito de 15.760 e neutrófilos de 78%. A ultrassonografia não evidenciou o apêndice cecal nem líquido encapsulado ou livre em cavidade abdominal e pélvica, foi evidenciado grande quantidade de alças dilatadas. Foi solicitada a tomografia computadorizada, que demonstrou imagem alongada e espontaneamente hiperdensa, medindo cerca de 0,1 por 3,4 cm, localizada em fossa ilíaca direita, associada a tênue densificação dos planos adiposos adjacentes e mínima quantidade de líquido livre também adjacente, podendo corresponder a corpo estranho. Ao constatar o corpo estranho, foi indicada a cirurgia com incisão mediana infra umbilical ampliada 5 centímetros supra umbilical e abertura por planos. Encontraram o corpo estranho (palito de dentes) em cavidade e perfuração puntiforme em alça ileal. Realizaram extração de corpo estranho e sutura da perfuração. Paciente evolui bem, sem intercorrências ou complicações.Conclusão: Nesse relato de caso a paciente teve perfuração do íleo distal por um palito de dente. A incidência das lesões por essa causa é de aproximadamente 3,6 por 100.000 pessoas por ano, com mais de 8.000 injúrias, anualmente. A TC veio contribuir significativamente para o seu diagnóstico e é o melhor método de imagem para esta avaliação. A presença de perfuração é indicação para cirurgia, com preferência da via laparoscópica.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2999

TÍTULO DO TRABALHO: RELATO DE CASO: TUMOR DESMÓIDE EM REGIÃO ILEAL APÓS COLECTOMIA DIREITA POR ADENOCARCINOMA TUBULAR INVASIVO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCELA QUEIROZ; AIRTON ZOGAIB RODRIGUES; MESSIAS ELIAS NETO; MIRELLA DE FATIMA FUKUDA; FELIPE ARAUJO DE SOUZA; ROBERTO MONTORO NETO; GABRIELA LORENCINI; ANEL JUAREZ CABALLERO; VICTOR MANUEL SIMOES DOS SANTOS JUNIOR; JANAYNA THAINÁ RABELATO. HOSPITAL ANA COSTA, SANTOS - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOTumores desmóides são descritos como uma rara proliferação fibroblastica monoclonal caracterizado por uma variável e, frequentemente, imprevisível manifestação clínica.[1] Com uma incidência de 2 a 4 tumores desmóides por milhão de pessoas por ano, 1000 novos casos são diagnosticados por ano nos EUA. Acometem, predominantemente, adultos jovens, especialmente do sexo feminino, tendo uma predileção por extremidades, tronco e o mesentério.[2] O objetivo desse trabalho é relatar um caso de diagnóstico incidental de Tumor Desmóide de mesentério, bem como discutir suas formas de tratamento.RELATO DE CASOMFR, 57 anos, sexo masculino, diagnosticado com adenocarcinoma tubular invasivo moderadamente diferenciado de ceco - pT2, pN0, pMx - e submetido à colectomia direita em 2014.Pesquisa de instabilidade de microssatélite positiva para MLH1 e MSH2 em 2015, exame físico sem alterações, trouxe consigo colonoscopia de fevereiro de 2016 sem anormalidades e Ressonância Nuclear Magnética de agosto de 2016 com formação cística contendo componente sólido na cavidade pélvica medindo 5,1 x 4,7 cm em íntimo contato com alça ileal, indicando-se tratamento cirurgico.Paciente foi submetido à Laparotomia Exploradora que evidenciou massa mesenterial em íleo distal, aproximadamente 15 cm da anastomose anterior, realizada Enterectomia e Entero-enteroanastomose. O material foi enviado paraanatom-patoógico e imuno-histoquímica, com resultado de Actina positivo, favorecendo a tumor desmóide de parede entérica.Permaneceu internado por cinco dias, com alta hospitalar sem intercorrências, segue em acompanhamento ambulatorial.CONCLUSÃOA mais comum forma de apresentação da doença é uma massa de crescimento lento, sem dor ou desconforto, porém, pode haver algum sintoma relacionado ao local de aparecimento do tumor.[1] Enquanto alguns tumores exibem uma significante tendencia a invasão local apesar de margens livres à microscopia, outros apresentam regressão espontanea mesmo sem qualquer tratamento especifico. [2] Por serem tumores metastáticos e localmente agressivos, a terapêutica clássica baseia-se no controle local, tradicionalmente realizado através do tratamento cirúrgico.[1] Atualmente, dispomos de uma grande variedade de tratamentos e a escolha depende de questões funcionais e estéticas de cada método, bem como de suas complicações.[1]

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1478

TÍTULO DO TRABALHO: RELATO DE CASO: TUMOR NEUROENDÓCRINO GÁSTRICO ASSOCIADO A GIST DUODENAL SINCRÔNICO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RAPHAEL SEGATO VAZ DE OLIVEIRA; TARCISIO VERSIANI AZEVEDO FILHO; ARTUR LEONEL CARNEIRO; FABIANA CASSIANO VICENTE; MARCOS LANNA BICALHO; PEDRO POLASTRI LIMA PEIXOTO; LARISSA AMARAL CARREGAL; AMANDA FERREIRA NAZARETH MARQUES. HOSPITAL JULIA KUBITSCHEK, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O diagnóstico de tumores sincrônicos de etiologias diferentes é raro. GISTs são neoplasias raras que se originam das células de Cajal e expressam imunorreatividade para CD117 (proteína c-kit). Sua incidência é de 14,5 casos por milhão de habitantes. Embora GISTs sejam os tumores mesenquimais mais comuns do trato gastrointestinal, envolvendo predominantemente o estômago (50-62%) e intestino delgado (20-30%), eles compreendem menos de 1% de todos os tumores gastrointestinais.Os tumores neuroendócrinos do sistema gastroenteropancreático são também raros, representando cerca de 2% de todas as neoplasias gastrointestinais, com uma incidência de cerca de 1/100.000/ano. A ocorrência simultânea de um GIST com um tumor neuroendócrino ou outra neoplasia em diferentes partes do trato GI é muito rara. Estes pacientes apresentam grandes dificuldades diagnósticas, uma vez que as características clínicas se sobrepõem ou podem ser assintomáticos.Relato de Caso: Paciente I.L.F., 82 anos, sexo feminino, portadora de anemia perniciosa, foi submetida a EDA de rotina, apresentando lesão em corpo gástrico, sendo diagnosticada com neoplasia gástrica pouco diferenciada. Realizada TC para estadiamento, que evidenciou massa de 12 cm de diâmetro em mesentério. Foi submetida a abordagem cirúrgica em dezembro de 2016. No intra-operatório, foi evidenciada presença de lesão de cerca de 0,5 cm em fundo gástrico, massa endurecida em retroperitônio, aderida a quarta porção duodenal e ausência de lesões metastáticas ou ascite. Realizada gastrectomia total com reconstrução em Y de Roux e ressecção da massa mesentérica, junto ao segmento duodenal acometido e anastomose látero-lateral. Procedimento sem intercorrências. Paciente evoluiu bem no pós-operatório.O estudo anatomopatológico e imunohistoquímico evidenciou GIST fusocelular no retroperitôneo e neoplasia gástrica neuroendócrina grau 2, com imunoexpressão de cromogranina e sinaptofisina, e índice proliferativo Ki-67 de 2 a 4%.Conclusão: Em muitos casos, onde ainda não existe uma possível ligação que possa explicar o sincronismo de neoplasias de baixa incidência, é possível que as associações sejam totalmente coincidentes.Cirurgiões devem estar alerta para reconhecer um tumor coexistente antes ou durante a cirurgia, realizar sempre um bom inventário da cavidade e estar preparado para modificar o plano de cirurgia sempre que necessário.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 420

TÍTULO DO TRABALHO: RELATO DE CASO: ÚLCERA GÁSTRICA PERFURADA EM TOPOGRAFIA DE ANTRO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: THAÍS CHAVES PINHEIRO; ANAILA SOUZA SANSONI; BÁRBARA MIORIM FONSECA; BIA MARTINS MARGON VAZ; MARCELA HERCOS FATURETO; CARLOS EDUARDO OLIVEIRA SODERO; GABRIELE CASTRO MARCAL; RICARDO PASTORE. UNIUBE, UBERABA - MG - BRASIL.

RESUMO:
RELATO DE CASO: ÚLCERA GÁSTRICA PERFURADA EM TOPOGRAFIA DE ANTROANAILA SOUZA SANSONI, BÁRBARA MIORIM FONSECA, BIA MARTINS MARGON VAZ, MARCELA HERCOS FATURETO, THAÍS CHAVES PINHEIRO, CARLOS EDUARDO OLIVEIRA SODERO, GABRIELE CASTRO MARCAL, RICARDO PASTOREUniversidade de Uberaba ? MG, BrasilIntrodução: Relato de caso de úlcera gástrica perfurada em topografia de antro, com diagnóstico inicial de apendicite, devido a quadro clínico atípico.Relato de Caso: Homem de 56 anos, com história de dor mesogástrica por 10 dias, difusa e de moderada intensidade, que em 4 dias progrediu para forte intensidade e migrou para fossa ilíaca direita (FID), com piora da mesma ao movimentar-se. Relatou febre não aferida, hiporexia e perda ponderal de cerca de 5 kg nos últimos meses. Negou outras queixas. Negou doenças pré-existentes e medicamentos em uso. Era tabagista 38 anos/maço e ex-etilista. Nada digno de nota em antecedentes pessoais e familiares. Sem exames complementares prévios. Foi admitido com tosse, murmúrio vesicular diminuído em base direita, abdome escavado, palpação dolorosa em FID, com descompressão brusca positiva à direita e sinal de Rovsing positivo. Tinha sinais vitais dentro da normalidade. A hipótese diagnóstica principal foi apendicite, e foi interrogado neoplasia intestinal e diverticulite como diferenciais. Resultados laboratoriais pré-operatórios: proteína C reativa 199,6, hemoglobina de 11,3 e leucograma 8.230 (0/73/4/0/20/3). A radiografia de tórax e a tomografia de abdome evidenciaram um pneumoperitônio. O paciente foi submetido a uma laparotomia exploradora, em que foi constatada úlcera gástrica antral perfurada. Realizou-se biópsia de bordos, enviado a anatomopatológico, com rafia da mesma. O pós-operatório não teve intercorrências. O resultado do anatomopatológico foi de achados morfológicos compatíveis com a hipótese clínica de borda de lesão ulcerada. Conclusão: Conclui-se que os exames de imagem foram imprescindíveis para definição e conduta do caso, diante de clínica atípica, destacando a trivialidade da radiografia de tórax, não disponível em serviço facultativo, prorrogando o correto desfecho.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 936

TÍTULO DO TRABALHO: RELATO DE CASO: VOLVO GÁSTRICO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ISADORA ÍSIS FERNANDES VIEIRA; SUELLEN VIEIRA DA SILVA; ALEXANDRE CHARTUNI PEREIRA TEIXEIRA; DALTON LUSTOSA DE FIGUEIREDO. HOSPITAL REGIONAL DE SOBRADINHO, BRASÍLIA - DF - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOVolvo gástrico é uma condição rara, onde ocorre a rotação do estômago ao longo do seu eixo maior que 180 graus1,2. Foi descrito a primeira vez em 1866, por Berti, sendo o primeiro relato de tratamento cirúrgico em 1895 por Berg3. É observado em adultos com mais de 50 anos, ou em crianças com menos de 1 ano (10-20%). Não há relação com etnia ou sexo4. Sua classificação se dá segundo seu eixo de rotação: organoaxial, mesenteroaxial ou misto. Quanto a extensão, pode ser total com a completa rotação do estômago, geralmente associada à dilatação do órgão, ou parcial, usualmente envolvendo piloro. A rotação pode ocorrer em sentido horário, quando o cólon se torna posicionado em frente ao estômago ou anti-horário,com posicionamento do cólon abaixo. No que concerne à etiologia, pode ser primário ou secundário, sendo essa segunda a mais comum5. Na forma idiopática existe um relaxamento anormal dos ligamentos que sustentam o estômago, enquanto na forma secundária, existe a prensença de uma condição patológica concomitante que resulta em uma mobilidade patológica. RELATO DE CASOO presente caso relata o tratamento endoscópico de uma paciente de 81 anos, que procurou o setor de emergência com queixa de vômitos incoercíveis há 18 horas, associado a dor em andar superior do abdome. Após exame físico, foram solicitados RX de tórax e abdomen, tomografia computadorizada de tórax e abdomen e endoscopia digestive alta. A radiografia de tórax evidenciou nível hidroaéreo no mediastino posterior sugerindo volumosa hérnia de hiato. A tomografia de Abdome Total sem contraste, que evidenciou volumosa hérnia de hiato com distensão gástrica associada, com posicionamento de grande parte do estômago dentro do tórax. A endoscopia digestiva identificou grande hérnia paraesfofágica, com migração do corpo e antro gástrico para cavidade torácica, com torção quase total da transição corpo-antro, caracterizando quadro de volvo gástrico parcial. Após diagnóstico endoscópico, foi indicado tratamento cirúrgico em caráter de urgência. Foi realizada redução do estômago para a cavidade gástrica, hiatoplastia com uso tela e colecistecomia videolaparoscópica. CONCLUSÃOO diagnóstico dessa entidade muitas vezes é tardio pela inespecificidade da sintomatologia e o tratamento laparoscópico deve ser precoce, visto alto risco de complicações e elevada taxa de mortalidade.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1894

TÍTULO DO TRABALHO: RELATO DE CASO: VOLVO PRIMÁRIO DE DELGADO EM PACIENTE ADULTO SEM MÁ ROTAÇÃO INTESTINAL

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOÃO AUGUSTO DOS REIS GUERRA1; ROBERTO ZÍLIO2; AMANDA CAROLINE MASIERO2; RICARDO SILVA POROSKI2; LEONARDO GETÚLIO PIOVESAN3; CAROLINE CORAZZA2. 1. UNOESC - UNIVERSIDADE DO OESTE DE SANTA CATARINA, JOAÇABA - SC - BRASIL; 2. HUST - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SANTA TEREZINHA, JOAÇABA - SC - BRASIL; 3. UNIVALI - UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ, ITAJAÍ - SC - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVO: Esse trabalho visa relatar uma variação rara de obstrução intestinal, um volvo de intestino delgado, em paciente fora da faixa etária de risco.RELATO DO CASO: Paciente E.M.O., sexo masculino, 59 anos, deu entrada na Emergência, com quadro de dor e distensão abdominal difusa, associado a náuseas,vômitos eparada da eliminação de flatos e fezes, com dois dias de evolução. Sem relato de febre e queixas urinárias, não soube referir fatores agravantes e atenuantes. No exame físico entrava-se taquicárdico, taquipneico, com distensão abdominal, ruídos hidroaéreos diminuídos, hipertimpânico à percussão e indolor à palpação. Tabagista 35 anos/maço, ulcerorrafia duodenal há 20 anos e laparotomia há 72 dias por quadro semelhante, onde foi realizada redução do volvo de mesentério, do intestino delgado. Apresentava leucocitose com desvio a esquerda. O exame tomográfico do abdome evidenciou acentuada dilatação de alças de delgado, com presença de nível hidroaéreo, além de agrupamento de alças de delgado e ausência de gordura interposta, com aparente afilamento de alças em região para-aórtico a direita, pode estar relacionado com quadro oclusivo mecânico. Em se tratando de um quadro de abdome agudo obstrutivo foi realizado laparotomia exploradora, evidenciando intensa dilatação de delgado, sem sinais de sofrimento de alça, e rotação completa do pedículo do mesentério de intestino delgado no sentido horário. Após ordenha do conteúdo liquido das alças, foi realizada fixação do intestino grosso bilateralmente na parede abdominal. Apresentou boa evolução no pós-operatório, recebendo alta após cinco dias, estando atualmente em acompanhado ambulatorial.CONCLUSÃO: Volvo de intestino delgado é uma causa pouco comum de abdome agudo obstrutivo, sendo raro na idade adulta. Há dados escassos na literatura e poucos trabalhos científicos sobre o tema. Assim, apesar da pequena incidência, essa patologia pode ter desfechos desfavoráveis quando não diagnosticada precocemente. Há necessidade de mais trabalhos para um melhor entendimento da patologia.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 685

TÍTULO DO TRABALHO: Revisão literária dos fatores predisponentes no reganho de peso em pessoas submetidas ao Bypass Gástrico

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANDERSON FERREIRA CARNEIRO; CARLOS ALEFE SOUSA NASCIMENTO; ANDRÉ LUIZ NÓBREGA MAIA AIRES; FRANCISCO DE ASSIS COSTA SILVA; NEWTON BEZERRA DE OLIVEIRA. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, SOBRAL - CE - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVO: Avaliar sistematicamente na literatura a produção bibliográfica relacionada aos fatores determinantes do reganho ponderal em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. MÉTODOS: Foi realizada uma extensa pesquisa literária de artigos dos últimos 5 anos nas bases de dados PubMed e Scielo. Os descritores utilizados na pesquisa foram: ?weight regain?, ?predisposing factors?, ?risk factors?, ?bariatric surgery? e ?gastric bypass?, encontrando 26 artigos no total. Entre os critérios de inclusão e exclusão, foram incluídos artigos Ensaios Clínicos de 2012 a 2016 que abordavam alguns dos fatores predisponentes ao reganho de peso após o Bypass Gástrico em Y de Roux. Selecionamos 11 artigos, os quais tiveram seus dados tabelados no Microsoft Excel e analisados por 2 autores. RESULTADOS: Dos artigos analisados, 11,5% citaram como fator de risco para o reganho ponderal a falta de acompanhamento nutricional após a cirurgia; 14% o sedentarismo; e 6% a obesidade de longa data. O fator predisponente mais comum foi a má qualidade dietética em 22,5% dos estudos. 8,5% dos artigos mencionaram o tempo após cirurgia maior que 5 anos; e 17% os distúrbios psicológicos, como compulsão alimentar. Consumo elevado de álcool e erros cirúrgicos ou defeitos anatômicos do paciente estavam presentes, cada, em 6% dos estudos. Outros fatores, como desequilíbrio hormonal e predisposição genética compuseram 8,5% dos dados. Essa variedade de fatores precipitantes indica a multicausalidade do reganho de peso, o qual foi observado em 28,1% de pacientes submetidos ao Bypass Gástrico, como constatado por Bastos et al. CONCLUSÃO: Embora a cirurgia bariátrica, à priori, promova redução do excesso de peso corporal, um número significativo de pacientes ainda apresenta reganho ponderal após o procedimento. As causas subjacentes a esse fenômeno são multifatoriais e, apesar do conhecimento sobre elas ser limitado, é possível utilizá-las para promover um acompanhamento pós-cirúrgico mais adequado a cada paciente, evitando comportamentos de risco e o consequente reganho ponderal. Para isso, estudos futuros são necessários para um conhecimento mais aprofundado e esclarecedor desse tema.
BIBLIOGRAFIA: BASTOS, Emanuelle Cristina Lins et al. Fatores determinantes do reganho ponderal no pós-operatório de cirurgia bariátrica. ABCD, arq. bras. cir. dig., São Paulo, v. 26, supl.1, p. 26-32, 2013. Available from > access on 08 Feb. 2017.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2554

TÍTULO DO TRABALHO: SCHWANNOMA DE CÓLON DIREITO ? RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ROBSON DAVID DE ARAÚJO LIAL1; GERMANO DE SOUSA LEÃO2; GUILHERME MEIRELES FERREIRA3; HELDER DE MELO SÉRVIO2; INGRID ANDRADE DE MENESES4; LUCÍDIO BALDUÍNO LEITÃO5; MARIA IVONETE SILVA URBANO6; MARLON MORENO DA ROCHA CAMINHA DE PAULA7. 1. FACULDADE INTEGRAL DIFERENCIAL, TERESINA - PI - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ, TERESINA - PI - BRASIL; 3. HOSPITAL GETÚLIO VARGAS, TERESINA - PI - BRASIL; 4. UNIVERSIDADE MAURICIO DE NASSAU, RECIFE - PE - BRASIL; 5. SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA, TERESINA - PI - BRASIL; 6. HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE TERESINA, TERESINA - PI - BRASIL; 7. COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIA DIGESTIVA, TERESINA - PI - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Schwannoma é um tumor mesenquimal com incidência semelhante em ambos os sexos e com média de apresentação aos 65 anos. Além disso, quanto à localização, ele possui raridade de casos referentes ao cólon e reto. O tratamento de eleição é cirúrgico selecionando o clínico para alguns casos. RELATO DE CASO: Homem, 51 anos, comparece à consulta em virtude apenas de alteração do trânsito intestinal há 1 mês com alternância entre quadros de constipação e diarreicos. Assim sendo o paciente foi submetido à uma videoendoscopia digestiva alta e tomografia computadorizada de abdome que revelaram, respectivamente, esofagite erosiva distal leve e sinais de intussuscepção no cólon ascendente com espessamento parietal circunferencial do segmento intestinal envolvido e linfonodos mesentéricos adjacentes. Afim de mais detalhes sobre o achado foi indicado videocolonoscopia a qual concluiu formação polipoide gigante em cólon ascendente de aspecto degenerado. Devido ao achado, encaminhou-se o paciente à ressecção do segmento acometido (laparotomia exploratória) e envio da peça ao histopatológico que demonstrou neoplasia mesenquimal fusocelular de baixo grau. Com a finalidade de diferenciar GIST e leiomioma foi realizado o estudo imuno-histoquímico que detectou schwannoma. Atualmente, o paciente encontra-se em seguimento clínico sem queixas. CONCLUSÃO: O caso acima revela a importância do diagnóstico diferencial das causas de alteração do trânsito intestinal, cujo diagnóstico necessita de um bom rastreio e conhecimento médico adequado.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 759

TÍTULO DO TRABALHO: SCHWANOMA GÁSTRICO: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CARLOS ROBERTO CARVALHO LEITE; JÉSSICA MONTENEGRO PONTES; ERNESTO DE SOUZA DINIZ NETO; JOSANN FREDERICO RIBEIRO; GABRIELLA SANCHO LEITE; ARTHUR GONÇALVES DE LIMA FRANÇA; KAROLINE RODRIGUES COSTA ARAÚJO. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Os schwanomas, também chamado neurilemoma, são tumores benignos das bainhas nervosas periféricas, derivadas da proliferação de células de Schwann. Sua presença no trato gastrointestinal é pouco comum, representando 2-6% de todos os tumores de morfologia mesenquimal. Os tumores neurogênicos correspondem a 10% dos tumores gástricos benignos, dentre eles, o schwanoma gástrico. A finalidade deste trabalho é relatar um caso de schwanoma gástrico, observado e tratado no Hospital de Câncer Napoleão Laureano, em João Pessoa - PB. Relato de caso: MJS, 36 anos, branca, sexo feminino, portadora de lesão nodular na submucosa da parede posterior do corpo gástrico, de crescimento progressivo, foi submetida, no Serviço de Cirurgia Abdominal do Hospital de Câncer Napoleão Laureano, em João Pessoa ? PB, à gastrectomia parcial com uso de grampeador linear 55mm, evoluindo sem intercorrências. O perfil imuno-histoquímico da peça operatória revelou positividade difusa para Proteína S-100 e presença do Antígeno KI-67 em menos de 1% das células, quadro associado à schwanoma do estômago. Conclusão: O schwanoma gástrico é um tumor neurogênico, originado das células de Schwann, pouco frequente, que se comporta de modo invariavelmente benigno, sem as incertezas prognósticas de um tumor estromal gastrointestinal (GIST). Deve fazer parte do diagnóstico diferencial das lesões submucosas do estômago. A ressecção cirúrgica com margens de segurança é habitualmente curativa.

CODIGO DO TRABALHO: 1169

TÍTULO DO TRABALHO: Sinal radiográfico de acúmulo fecal no ceco para diagnóstico diferencial de apendicite aguda em comparação a outras doenças inflamatórias no abdome

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANDY PETROIANU1; MATHEUS SEWASTJANOW SILVA1; LUIZ RONALDO ALBERTI1; KELLY RENATA SABINO2; CRISTINA SOFIA CANDIA BARRIENTOS2. 1. UFMG, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. SANTA CASA BH, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Dentre as afecções que podem provocar o abdome agudo da FID, a apendicite aguda destaca-se como a condição patológica mais frequente. Essa doença é diagnosticada com base na avaliação clínica, contagem de leucócitos, ultrassonografia e estudos radiográficos do abdome. Entretanto, a não perfeita acurácia desses métodos leva a erro diagnóstico inicial aceitável em até 20% dos pacientes com dor no flanco direito. O diagnóstico incorreto é mais frequente em crianças, em mulheres e em idosos.Objetivo: o objetivo do presente trabalho foi verificar o valor de um novo sinal radiográfico: presença de imagem de acúmulo fecal no ceco.Método: Foram estudados prospectivamente 470 pacientes consecutivos, de ambos os sexos, internados com abdome agudo e dor localizada no flanco direito: Grupo 1 (n =170) - portadores de apendicite aguda, distribuídos em: Subgrupo 1A - (n = 100) ? submetidos a um estudo radiográfico do abdome antes do tratamento cirúrgico, Subgrupo 1B - (n = 70) - submetidos a dois estudos radiográficos do abdome: antes da operação e outro no dia seguinte à cirurgia; Grupo 2 (n = 100) - portadores de cálculo na via urinária direita; Grupo 3 (n = 100) - portadoras de afecções ginecológicas inflamatórias agudas à direita, Grupo 4 (n = 100) - operados por colecistite aguda. Radiografias simples de abdome foram realizadas nos Grupos 2, 3 e 4 durante a crise inflamatória aguda que precedeu o tratamento.Resultados: A presença do sinal de acúmulo fecal no ceco esteve presente em 97 pacientes do Subgrupo 1A, em 68 pacientes do Subgrupo 1B, em 19 pacientes do Grupo 2, em 12 pacientes do Grupo 3 e em 13 pacientes do Grupo 4. No pós-operatório, dos 68 pacientes que apresentaram o sinal radiográfico, ele desapareceu em 66 casos. A sensibilidade do sinal radiográfico para apendicite aguda foi de 97,05 % e sua especificidade foi de 85,33 %. Seu valor preditivo positivo para apendicite aguda foi de 78,94%, destacando-se seu valor preditivo negativo de 98,08%.Conclusões: A imagem radiográfica de acúmulo fecal no ceco associa-se a apendicite aguda. Essa imagem geralmente desaparece após o apêndice cecal ser removido. Esse sinal é incomum em outras doenças inflamatórias agudas do lado direito do abdome. A ausência desse sinal em suspeita de apendicite aguda deve alertar para a grande possibilidade de o diagnóstico ser diferente do pressuposto.Bibliografia:Petroianu A. Diagnosis of acute appendicitis. Int J Surg. 2012;10(3):115-9.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2789

TÍTULO DO TRABALHO: Síndrome Cronkhite-Canada. Relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ROBERTO DE MORAES CORDTS FILHO; JOYCE FRANCISCO; GIULIA GALFANO; MARIA CAROLINA DE SIMONE; RAFAEL ROSALINO; GABRIEL PACHECO; ELIAS JIRJOSS ILIAS; PAULO KASSAB. IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A síndrome de Cronkhite-Canada consiste na presença de pólipos hamartomatosos no trato gastrointestinal, exceto no esôfago. Trata-se de uma doença não hereditária e associada a distrofia ungueal, alopecia, hiperpigmentação cutânea, diarreia e perda de peso.Objetivo: descrever um caso da Síndrome de Cronkhite-CanadaRelato do caso: Paciente do sexo feminino, 52 anos com quadro de dor epigástrica, anemia e diversos episódios de hematêmese e melena, associados a perda de 23kg nos últimos dois anos. Realizou diversas avaliações por endoscopia digestiva alta que evidenciaram numerosos tumores vegetantes no estômago de aspecto de cachos de uva, cujas biópsias não mostraram malignidade. Realizada enteroscopia de balão duplo, sem sinais de tumor em intestino delgado. Considerada a hipótese de Síndrome de Cronkhite-Canada, foi proposta a realização de Gastrectomia total com reconstrução por técnica de Rosanov modificada, para preservar o acesso endoscópico ao duodeno, permitindo a identificação de novos tumores. No pós-operatório o paciente apresentou taquiarritmia supraventricular revertida espontaneamente, recebendo alta no 9o dia. A peça anatômica evidenciou extensa área com polipose hamartomatosa no estomago, confirmada na avaliação anátomo-patológica.Discussão: A incidência da Síndrome de Cronkhite-Canada é rara, com cerca de 450 casos descritos na literatura. O diagnóstico é baseado nos achados clínicos e endoscópicos.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 440

TÍTULO DO TRABALHO: SÍNDROME DA ARTÉRIA MESENTÉRICA SUPERIOR EM ATLETA FISICULTURISTA ? RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FREDERICO KLANN VICTORINO; ANA PAULA MICHELS COSTA; KELLY VIVIANE UEDA; CLAUDIA THEIS; STEPHANIE THEISEN KONZEN; JOEL ANTONIO BERNHARDT; LUIZ HENRIQUE YOSHINO. UNIVALI, ITAJAÍ - SC - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A síndrome da artéria mesentérica superior (SAMS) é uma condição rara caracterizada pela compressão do duodeno através da aorta e artéria mesentérica superior (AMS), gerando suboclusão intestinal. É comumente descrita em adolescentes, sendo rara em adultos. Seu aparecimento está relacionado a dietas muito rigorosas e desordens alimentares, incluindo pacientes HIV positivos em fase avançada, grande perda ponderal relacionado ao câncer e cirurgia bariátrica, além de possível predisposição genética. Entre suas características para diagnóstico o paciente apresenta história recente de perda de peso, dor abdominal, náuseas e empachamento. Relato de Caso: Paciente masculino, 27 anos, leucodermo, atleta fisiculturista. Relata história de empachamento há 3 anos, de baixa intensidade mas progressiva, não relacionado a alimentos, que melhorava à noite em posição fetal. Negava dor, azia ou pirose. Há 1 ano iniciou preparação para campeonato de fisiculturismo com dieta restrita e uso de suplementos para perda de massa gorda corporal e intensificação da prática de musculação. Apresentou agravo do sintoma de empachamento, cursando com inapetência, episódios semanais de vômitos com restos alimentares em período noturno, além de náuseas ao se alimentar e distensão abdominal. Hábitos intestinais com aspecto e volume normais. Refere piora do quadro há 5 meses, alterando dieta para alimentos pastosos, restrição de bebidas gaseificadas e alimentos ácidos. Iniciou acompanhamento com gastroenterologista e em Endoscopia Digestiva Alta apresentou hérnia hiatal e lesões esofágicas ulceradas por doença do refluxo gastroesofágico, sendo encaminhado para cirurgia geral. Em Tomografia Computadorizada foi evidenciado redução do ângulo entre aorta e a AMS, estimado em 22°, além de redução da distância entre essas artérias, estimada em 5mm (valor de referência: 28° à 65° e 10 à 34mm respectivamente); também foi evidenciado redução do calibre do duodeno nessa topografia, com diagnóstico de Síndrome da Artéria Mesentérica Superior. Realizada duodenojejunoanastomose laparoscópica, sem intercorrências pós-operatórias e melhora do quadro. Conclusão: É necessário enfatizar que a SAMS, embora rara, deve ser considerada como diagnóstico diferencial em casos de pacientes com refluxo atípico, de rápida evolução, com história recente de perda de peso e sintoma de empachamento. Sua abordagem via laparoscópica também pode ser considerada segura e resolutiva.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 3102

TÍTULO DO TRABALHO: Síndrome da artéria mesentérica superior: mito ou realidade? Qual a melhor conduta?

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANA CAROLINA GONÇALVES1; PAULO VICTOR ALVES TUBINO2. 1. FACIPLAC, BRASÍLIA - DF - BRASIL; 2. HOSPITAL DA REGIÃO DA LESTE, BRASÍLIA - DF - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A Síndrome da Artéria Mesentérica Superior, Sndrome de Wilkie ou íleo duodenal,corresponde à compressão extrínseca da terceira porção duodenal pela artéria mesentérica superior por perda do coxim gorduroso que mantém o ângulo entre a artéria mesentérica superior e a aorta superior a 20°. Apesar de descrita em 1941, permanece controversa e subdiagnosticada, representando cerca de um por cento das obstruções duodenais.Objetivo: Discutir controversa entidade clínico-cirúrgica e a mlehor conduta a ser tomada face a seu diagnóstico, avaliando a eficácia das terapêuticas clínica e cirúrgica quando da presença de Síndrome da Artéria Mesentérica Superior.Método: São apresentados quatro casos atendidos pelo serviço de cirurgia geral do Hospital Regional de Taguatinga, no período entre 2009 e 2010, nos quais tanto a conduta conservadora quanto a conduta cirúrgica foram adotadas. Em dois casos adotou-se a conduta cirúrgica, realizando-se duedenojejunostomia látero-lateral ou em Y de Roux, gastroêntero anastomose e secção do ligamento de Treitz, com visão direta do quadro de compressão extrínseca da terceira porção duodenal. Já nos outros dois casos adotou-se o tratamento clínico, com suporte nutricional e mudanças de decúbito dorsal para lateral ou ventral entre as refeições.Resultados: As duas condutas apresentam resultados satisfatórios, entretanto, no tratamento conservador observa-se menor morbidade e, por isso, é a conduta defendida pela maioria dos estudiosos, que indicam intervenção cirúrgica, que pode ser realizada inclusive por laparoscopia, unicamente quando há insucesso do método conservador. O tratamento clínico baseia-se no princípio de ganho ponderal com prescrição de dieta em pequenas quantidades, de forma fracionada, para manter a gordura retroperitoneal, aumentando o ângulo formado entre a artéria mesentérica superior e a aorta e facilitando o trânsito alimentar, com melhora do quadro de êmese e ganho ponderal significante.Conclusões: Os resultados pelo tratamento clínico foram animadores, porém o número de casos neste estudo é bastante reduzido. Contudo, há concordância entre a maioria dos autores quanto a uma abordagem inicialmente conservadora e reservar o tratamento cirúrgico caso haja insucesso da primeira alternativa. Devido ao subdiagnóstico importante, o índice de suspeita clínica deve ser alto, de forma a implementar tratamento rapidamente, o que poupa terapêuticas ineficazes e exames complementares onerosos.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2500

TÍTULO DO TRABALHO: Síndrome da Artéria Mesentérica Superior: Relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: NAJA NABUT1; DAMIANNE REIS BERTONSELLO1; LUIS HENRIQUE ANGHEBEN1; EMANUEL GOIS JR1; HELIO APARECIDO BATISTELA JUNIOR1; KELLYN CRISTINA GARBUIO SILVA2; RODRIGO EIK SAHYUN2. 1. PUC PR - LONDRINA, LONDRINA - PR - BRASIL; 2. HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA, LONDRINA - PR - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoA Síndrome da Artéria Mesentérica Superior (SAMS), chamada também de Síndrome de Wilkie, é uma patologia rara causada pela compressão vascular da terceira porção do duodeno. Essa compressão ocasiona a obstrução duodenal por um pinçamento entre as artérias aorta abdominal (AAA) e mesentérica superior (AMS), com uma diminuição do ângulo entre elas.Ocorre geralmente em crianças e jovens com história de emagrecimento prévio rápido e acentuado.A sintomatologia característica é dor epigástrica, saciedade precoce, desconforto pós-prandial, náuseas e vômitos. Alguns fatores predisponentes para a SAMS são anorexia nervosa, múltiplos traumas, imobilização supina, sepse e queimaduras.O diagnóstico baseia-se em achados de exames de imagem como dilatação duodenal, compressão do duodeno pela AMS e ângulo aorto-mesentérico menor que 15º.O tratamento consiste na incrementação do aporte calórico e consequente aumento do ângulo aorto-mesentérico até as intervenções cirúrgicas com desvio do trânsito duodenal.Relato de CasoJ.F.N.F., feminino, 13 anos, com história pregressa de episódios recorrentes de dor abdominal e vômitos pós-prandiais desde os 8 anos de idade. Investigações anteriores mostravam apenas quadro de gastrite, sendo interpretada como a causa dos sintomas. Não havendo melhora do quadro e a criança continuando a perder peso (35 kg), foi submetida a tomografia computadorizada de abdome que evidenciou o pinçamento aorto-mesentérico. Optou-se pela intervenção cirúrgica, com a interposição do trânsito com duodeno-jejunoanastomose. A paciente apresentava já nessa fase uma dilatação do estômago em forma de J indo até a pelve e motilidade bem diminuída. Logo após a correção cirúrgica, a paciente apresentou alguns episódios de vômitos, porém melhorou com medidas clínicas e posturais com peso de 44 kg em 6 meses. Evoluiu bem até os 18 anos, quando voltou a apresentar vômitos alimentares tardios. A endoscopia mostrou retenção alimentar na bolsa gástrica mesmo após jejum prolongado e a seriografia ainda mostrava estômago em J com retardo importante do esvaziamento gástrico. Foi realizada gastrectomia parcial com reconstrução em Y-de-Roux, com boa evolução e cessação dos sintomas.ConclusãoA SAMS é uma entidade pouco frequente, com sintomas comuns a outras patologias, o que pode retardar seu diagnóstico. Evolui habitualmente com perda ponderal importante, motivo pelo qual é importante lembrar-se desta entidade e oferecer tratamento adequado o mais precoce possível.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1809

TÍTULO DO TRABALHO: SÍNDROME DE BOUVERET

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BERNARDO OLIVEIRA CASTRO MEDINA COELI1; BRUNA ILA BETHLEM TELLES1; RENATO DE MEDINA COELI2; CLAUDIA BEATRIZ OLIVEIRA CASTRO MEDINA COELI3. 1. FUNDAÇÃO TÉCNICO-EDUCACIONAL SOUZA MARQUES, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; 2. HOSPITAL FEDERAL CARDOSO FONTES, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; 3. HOSPITAL CENTRAL DA POLICIA MILITAR DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Leon Bouveret, em 1896, reportou os primeiros dois casos de obstrução duodenal por cálculo biliar. É uma forma bastante rara de íleo biliar (1% a 3% dos casos) ocasionando obstrução ao esvaziamento gástrico por um cálculo único, grande, localizado no duodeno, geralmente maior que 2,5 cm, decorrente de uma fístula colecistoduodenal.Relato do Caso: Apresentamos um caso de uma paciente de 91 anos, sexo feminino, que deu entrada na emergência com queixa de vômitos frequentes, dor e distensão do abdome superior. Tomografia computadorizada do abdome revelou a tríade clássica de Rigler (pneumobilia; dilatação gástrica; cálculo radiopaco no duodeno). Submetida a tratamento cirúrgico, foi encontrado cálculo biliar grande, de 5 cm, impactado na transição da 3ª para 4ª porção duodenal. Realizado manobra de acesso à 3ª e 4ª porções do duodeno e tentativa de ordenha do cálculo para primeira alça jejunal, porém sem sucesso devido à imobilidade do mesmo. Executada duodenotomia transversa na altura da obstrução e extração do cálculo e duodenorrafia em plano único. Não foi abordada a fístula biliar. Paciente apresentou boa evolução e alta no 7º dia pós-operatório.Conclusão: Pelo fato de acometer indivíduos de elevada faixa etária, comumente com múltiplas comorbidades associadas, as complicações pós-operatórias são frequentes. A tentativa de abordagem endoscópica, não operatória, além da potencial complicação de perfuração duodenal pois o cálculo, além de grande é de difícil mobilização, com frequência não é bem sucedida. Portanto, o tratamento cirúrgico é o mais efefivo.Ilustrações: Tomografia computadorizada (tríade de Rigler) e fotos do ato operatório.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 3072

TÍTULO DO TRABALHO: SÍNDROME DE CHILAIDITI: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CARLOS ROBERTO CARVALHO LEITE; ARTHUR GONÇALVES DE LIMA FRANÇA; JÉSSICA MONTENEGRO PONTES; ANTONIO MATEUS ANDRADE DE SOUSA; KAROLINE RODRIGUES COSTA ARAÚJO; GABRIELLA SANCHO LEITE; JOSANN FREDERICO RIBEIRO; ERNESTO DE SOUZA DINIZ NETO. FAMENE, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O achado da interposição hepatodiafragmática de algum segmento gastrointestinal na radiografia de tórax é conhecida como sinal de Chilaiditi. Caracteriza-se, portanto, como uma anormalidade anatômica e assintomática que geralmente é identificada por acaso em radiografias e pode ser falsamente diagnóstica como um achado de pneumoperitônio. Quando sintomático, este sinal recebe a denominação de síndrome de Chilaiditi. RELATO DE CASO: Homem, 58 anos, com história clínica e tratamento medicamentoso e endoscópico refratário para úlcera péptica. Severa perda de peso em 3 meses e má nutrição marcou a totalidade dos sintomas, que incluíam dor abdominal e síndrome pilórica. Em admissão, exame físico revelou distensão abdominal e percussão timpânica difusa, com sinal de Jobert e peristaltismo de Kussmaul visível. Exame endoscópico foi realizado para diagnosticar complicações pela úlcera péptica e para posicionar a sonda nasoenteral de Dubhof em posição pós-pilórica para melhor parâmetro de nutrição com dieta entérica. Foi identificado deformidade pilórica sem úlceras ativas, gastrite em todo estômago e esofagite erosiva distal (terceira escala de Los Angeles). Biópsias foram feitas e revelaram condições benignas. A dilatação de estenose com balão endoscópico foi realizada sem sucesso. Exames contrastados do estômago e duodeno revelaram estenose alta do duodeno e piloro. Tomografia abdominal contrastada foi realizada identificando interposição de segmento intestinal entre o diafragma e os espaços supra-hepáticos anterior e posterior. O paciente foi submetido a uma anastomose gastroileal ao mesmo tempo em que foi encontrado no intra-operatório uma fístula íleo-ileal com uma hérnia interna envolvendo o segmento ileal. Uma redução da hérnia interna e uma enterectomia com anastomose íleo-ileal foi realizada. CONCLUSÃO: Uma revisão de literatura mostrou que a Síndrome de Chilaiditi está associada com muitas morbimortalidades, mas este é o primeiro caso em associação com úlcera péptica e hérnia interna com segmento ileal. Essa síndrome deve ser incluída no diagnóstico diferencial nas afecções abdominais que envolvem síndromes dispépticas, consumptivas e obstrutivas, já que se assemelha a sinais e sintomas de vários distúrbios relacionados ou não com a condição.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2809

TÍTULO DO TRABALHO: Síndrome de Ladd´s Band em adultos ? Relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GIOVANNA RICCIOPPO DIEGUES; NATALIA SARACENI; LEANDRO TRAMA; FRANCISCO ANTONIO SERGI FILHO; GUSTAVO BERGAMASCHI SACCOMAM; MARCELO PEROSA DE MIRANDA; TERCIO GENZINI. HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO., SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Má rotação intestinal congênita ou síndrome de Ladd´s Band, ocorre partir da décima segunda semana de gestação, quando há uma interrupção do desenvolvimento embrionário do intestino, resultando em uma raiz mesentérica estreita e bandas peritoneais anômalas, que geralmente, causam volvo, hérnia interna ou obstrução do duodeno ou cólon (1,5). Em nosso serviço, presenciamos o caso de uma paciente com 77 anos apresentando sintomas de vômitos recorrentes e dores abdominais, sendo tratada cirurgicamente pelo procedimento de Ladd minimamente invasivo. Relato de caso: Paciente I.L., sexo feminino, de 77 anos, natural de São Paulo, descendente de alemães, procurou nosso serviço em consulta ambulatorial em janeiro de 2016, referindo que há dois meses havia apresentado dor abdominal difusa com irradiação lombar, constipação, náuseas e vômitos, procurando um serviço de pronto atendimento que fez diagnóstico de diverticulite aguda, sendo medicada com ciprofloxacino, sem melhora da dor e persistência das náuseas e vômitos. Exames laboratoriais não mostravam alterações, e tomografia computadorizada (TC) de abdômen total apresentou vício de rotação intestinal com intestino delgado ocupando o hemi-abdomen direito e os cólons o hemiabdome esquerdo. Não havia formação do angulo de Treitz. O ceco era pélvico, com apêndice cecal situado próximo a região obturária direita, sem sinais inflamatórios agudos. Diverticulose colonica universal, sem sinais inflamatórios agudos. Paciente repetiu TC de abdômen com contraste via oral que mostrou diagnóstico compatível com Síndrome de Ladd´s Band, sendo indicado laparoscopia. No intra operatório foi realizada inspeção da cavidade identificando o intestino delgado inteiro localizado no lado direito do abdome e o colón fixado nos quadrantes a esquerda, com várias aderências do duodeno ao peritônio do quadrante superior direito (tenda de Ladd), que foram desfeitas. O intestino delgado foi liberado e colocado na posição normal, sem qualquer fixação. Apendicectomia profilática também foi realizada. A paciente respondeu bem durante o pós operatório evoluindo com melhora do quadro de náuseas e dor abdominal recebendo alta em 4 dias e permanecendo assintomática num seguimento de um ano. Conclusão: A técnica laparoscópica demostrou ser segura para tratamento da má rotação intestinal, com bom resultados pós-operatórios.

CODIGO DO TRABALHO: 404

TÍTULO DO TRABALHO: Síndrome de obstrução gástrica por bezoar atípico - Relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BERNARDO LUIZ CAMPANÁRIO PRECHT1; LEONARDO VASCONCELLOS DE ARAUJO2; JOSÉ ANTONIO FLORES DA CUNHA2; MARIA ELIZABETH C. CASTRO2; ARTHUR OSWALDO DE ABREU VIANNA2. 1. UFF, NITERÓI - RJ - BRASIL; 2. CLÍNICA SÃO VICENTE, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoBezoar é definido como um agregado de materiais não digeridos. Podem ser classificados em 4 tipos: fitobezoar (composto por fibras, cascas ou sementes), lactobezoar (formado por proteínas do leite), farmacobezoar (medicamentos) e tricobezoar (fios de cabelo e partículas de comida)1.Uma história clínica compatível e exame físico com achados de distensão abdominal, vômitos, massa palpável, halitose (devido ao material acumulado no estômago) auxiliam o diagnóstico mas não são conclusivos2. O método diagnóstico padrão-ouro é a endoscopia digestiva alta (EDA), que permite não só a visualização do bezoar mas também possui finalidades terapêuticas, permitindo a remoção do material3. Relato de casoES, 62 anos, feminina com história de cirurgia prévia para hérnia de hiato em 2008 e 2014 (fundoplicatura e reabordagem por recidiva), sem outras comorbidades é admitida pela emergência com relato de cólica epigástrica de forte intensidade, associada a náusea e vômitos iniciados após almoço. Instalada sonda nasogástrica (SNG) na sala de emergência, com saída de 300 ml de líquido não biliar e resíduos alimentares sendo deixada em sifonagem com alívio parcial dos sintomas. Paciente se encontrava em bom estado geral, sem irritação peritoneal.Diante do quadro foi solicitada tomografia computadorizada (TC) de abdome, que evidenciou imagem nodular heterogênea medindo 9,6cm no maior diâmetro em região antropilórica do estômago, determinando obstrução da luz em correspondência, com gastrectasia e nível líquido em seu interior.Paciente foi internada em unidade fechada, sendo realizada no dia seguinte endoscopia digestiva alta que evidenciou bezoar (casca de coco) ao nível do piloro. O material foi retirado por via endoscópica, com auxílio de basket. A paciente evoluiu satisfatoriamente após o exame, com resolução das náuseas e vômitos, aceitação da dieta e alta hospitalar após 1 dia. ConclusãoA associação de uma história típica (pós alimentar), um exame físico compatível e uma TC de abdome que excluiu diagnósticos alternativos passíveis de cirurgia (bridas, neoplasias) sugeriu a hipótese diagnóstica de bezoar. A EDA, como já mencionado, confirmou o diagóstico e possibilitou a resolução de quadro de obstrução gástrica, tendo a paciente evoluído sem intercorrências após o procedimento.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 928

TÍTULO DO TRABALHO: Sindrome de Peutz Jeghers: Relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PAULO AUGUSTO AYROZA GALVAO RIBEIRO; LUIZ FELIPE FERREIRA FERNANDES; THIAGO DA SILVEIRA MANZIONE; GUILHERME MENDES GAVA; JOSE GUSTAVO PARREIRA; JOSE CESAR ASSEF. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOA Síndrome de Peutz-Jeghers (PJS), é uma rara doença autossômica dominante, caracterizada pela pigmentação muco-cutânea nos labios, mucosa oral e mãos, bem como pólipos em trato gastrointestinal. Pacientes com PJS possuem em 50% dos casos episódios de intussuscepção intestinal, bem como um aumento no risco de desenvolver câncer intestinal. RELATO DO CASO Paciente L.G.S., 27 anos, sexo feminino, sem historia de doenças prévias, admitida no serviço por dor abdominal de forte intensidade há 3 dias, dor em pontadas inicialmente localizada em epigástrio irradiando para todo abdome.Sem outras queixas além de único caso de vômito há 06 horas.Ao exame físico paciente se apresentava desidratada 2+/4+, abdome doloroso à palpação em epigástrio. Presença de máculas hiperpigmentadas em toda extensão de lábios superior e inferior, bem como região palmar.Na investigação do trato gastrointestinal, notou-se intussuscepções, que associadas à anemia culminaram na indicação de Laparotomia Exploradora.No intraoperatório observou-se duas intussuscepções há aproximadamente 100-150 cm do Angulo de Treitz, ambas com pólipos no interior.Foram realizadas enterotomias transversas com exteriorização e ressecção do pólipo, além da hemostasia e preservação da mucosa.Paciente recebeu alta do serviço no 5 dia de pós operatório em bom estado, e está sendo acompanhada e monitorada via ambulatório. Aguardando retorno após EDA. DISCUSSÃOA PJS é uma doença que ocorre em 66-94% dos casos por mutações germinativas do gene STK11, no cromossomo 19p13.3. No entanto, cerca de 10-20% dos casos, como o apresentado, não possuem historia familiar da doença.De acordo com a literatura, cerca de 50% das manifestações clinicas na PJS se dá antes dos 20 anos, sendo que apesar de encontrados em todo o TGI, o caso relatado confirma o fato de que os polipos se encontram (em 60% dos casos) no intestino delgado. Por esse motive, o acompanhamento da paciente deve sempre ser orientado por EDA, colonoscopia ou capsula endoscópica com o intuito de localizar e se possivel tratar de maneira rapida e efetiva os polipos encontrados.A intussuscepção achada neste caso é, em conjunto com a obstrução intestinal pelo pólipo, a principal complicação da síndrome (42%), mas há tambem risco de disntensão de alças, sangramento retal, dentre outros.O diagnóstico da síndrome de Peutz-Jeghers neste caso se deu pelo conjunto clássico da presença de obstrução intestinal por intussuscepção/pólipos somado à pigmentação labial.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1318

TÍTULO DO TRABALHO: Síndrome de Peutz-Jeghrs: um relato de caso.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PATRÍCIA DUTRA HAMILTON1; MATHEUS RIZZOTTO2; LAIS RAMALHO CHAVES ISOBE1; CLEISI PEZZINI SANDRI1; FABIANA MARTINO SEHN1; FELIPE BALDUS1; ANDRE EMANUEL LUNKES DE OLIVEIRA1; RAMIR LUAN PERIN1. 1. UFFS, PASSO FUNDO - RS - BRASIL; 2. PUCRS, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A Síndrome de Peutz-Jeghrs é uma doença hereditária rara, que se caracteriza pela presença de polipose múltipla hamartomatosa, pigmentação melânica cutâneo-mucosa e transmissão autossômica dominante. Os pacientes apresentam, essencialmente, intussepção de delgado, hematoquezia e anemia. Relato de caso: G.D da S., sexo feminino, 14 anos. Paciente procurou serviço de emergência por dor abdominal, náuseas e vômitos, sem alterações urinárias e gastrointestinais, ela apresentava manchas melânicas na mucosa labial e na face palmar dos quirodactilos, abdomen doloroso a palpação de epigastro sem sinais de irritação peritoneal. Evidenciava leucocitose com desvio a esquerda, progredindo a investigação, foi solicitado ultrassom abdominal sugerindo imagem ecogênica em região do epigastro de etiologia indeterminada. Prosseguimos, solicitando TC de abdomen com impressão diagnóstica de intussuscepção jejunojejunal, nódulo no cólon ascendente de aspecto indeterminado e pequena quantidade de líquido livre na pelve. Foi indicado intervenção cirúrgica com laparatomia exploradora. Os achados intraoperatórios de intussepção jejunojejunal com tumor de delgado. Realizado enterectomia segmentar para ressecção de tumor, reduzida intussepção com presença de alças viáveis. Paciente teve boa evolução pós-operatória. Anatomopatologico evidenciou pólipo hamartomatoso de jejuno. No momento, paciente mantem seguimento ambulatorial, com orientação de controle com endoscopia digestiva alta e colonoscopia. Conclusão: Os individos acometidos pela Sindrome de Peutz-Jeghrs tem um risco acumulativo de câncer estimado em 93%. Os órgãos mais acometidos são os do trato gastrointestinal, pulmão, prostata, mamas e os órgãos reprodutores. O acompanhamento é basicamente o rastreio dos pólipos hamartomatosos, todavia não existe consenso quanto a periodicidade do seguimento. É recomendavel que os pacientes assintomáticos sejam beneficiados de exame de endoscopia digestiva alta para ablação dos pólipos a cada 2 anos. A ressonancia magnetica é um bom método para avaliação do intestino grosso e testiculos. A ecografia abdominal é fundamental para excluir neoplasia de pâncreas. Nas mulheres, a mamografia, citopatologico de colo de utero e a ecografia transvaginal devem ser efetuados a cada um ou dois anos. A anemia deve ser investigada em todos pacientes. O tratamento cirúrgico está indicado, principalmente, em casos de obstrução, sangramento e intussuscepção intestinal.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2484

TÍTULO DO TRABALHO: Síndrome de Rapunzel- Relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: NAJA NABUT1; LUIS HENRIQUE ANGHEBEN1; DAMIANNE REIS BERTONSELLO1; EMANUEL GOIS JR1; HELIO APARECIDO BATISTELA JUNIOR1; RODRIGO EIK SAHYUN2; KELLYN CRISTINA GARBUIO SILVA2. 1. PUCPR-LONDRINA, LONDRINA - PR - BRASIL; 2. HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA, LONDRINA - PR - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoO bezoar é uma massa composta por material não digerível no trato gastrointestinal, mais comumente no estômago. Os bezoares que alcançam o intestino são raros. A maior incidência é no sexo feminino.Os cabelos são resistentes à digestão e ao peristaltismo, pois são lisos e impedem que sejam movidos facilmente. A ingestão contínua e por um longo período de tempo pode causar o acúmulo desses fios com restos alimentares e formar o benzoar. O Tricobezoar acomete principalmente o estômago, raramente alcança o duodeno e o jejuno. A Síndrome de Rapunzel é uma complicação potencial do Tricobezoar, a qual foi definida como um bezoar gástrico com um apêndice que pode se estender através do piloro até além do ângulo de Treitz com algumas descrições até a junção ileocecal.Relato de CasoJ.F.M., feminina, 11 anos, foi encaminhada pela sua pediatra por quadro de dor abdominal e vômitos alimentares pós-prandiais precoces há cerca de um mês, com parada de ingesta de alimentos sólidos e pastosos há uma semana. A mãe referiu distúrbio psiquiátrico ainda não bem definido e uma história de auto-tricofagia, que, após várias repreensões passou a deglutir cabelo das suas bonecas. O exame físico mostrou massa grande palpável no epigástrio e o RX simples de abdome mostrou uma imagem heterogênea grande com o formato do estômago na quadrante superior. Realizado hipótese diagnóstica de tricobezoar, foi proposto intervenção cirúrgica que foi realizada no dia seguinte. A laparotomia mostrou um estômago muito dilatado com conteúdo sólido. Feita a gastrotomia, foi retirada uma massa compacta com o formato do órgão com uma cauda longa que se estende até o jejuno proximal, onde havia sinal de erosão da parede com perfuração recente da mesma. Realizado desbridamento e rafia dos bordos da úlcera jejunal e gastrorrafia. A evolução ocorreu sem intercorrências com alta hospitalar no quarto pós-operatório. A criança foi re-encaminhada para avaliação neuropsiquiátrica sendo prescrito antidepressivo.Conclusão A síndrome de Rapunzel é definida quando o tricobezoar se estende além do ângulo de Trietz. A suspeição deve ser sempre lembrada em jovens com história de ingesta de cabelo, e o diagnóstico deve ser instituído o mais precoce possível, pois em algumas situações a endoscopia é capaz de realizar o diagnóstico com a retirada do material no mesmo procedimento. Nos casos onde a massa é grande há necessidade de intervenção cirúrgica para a resolução do problema.

CODIGO DO TRABALHO: 1648

TÍTULO DO TRABALHO: Sucesso da prótese enteral em tumor gástrico avançado: Relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GEORGIA TERRA LUSTRE DI FLORA; MARCELINO QUAGLIA MORATO; LARA COSSI PINEZI; RONALDO NONOSE; JULIANA SANTOS VALENCIANO. UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVO: Relatar o caso de um paciente portador de câncer gástrico avançado com obstrução tumoral, desnutrido, tratado com Prótese Endoscópica. Discutir as opções terapêuticas e revisar as modalidades de tratamento em obstruções mecânicas causada pelo tumor.DISCUSSÃO: O objetivo do tratamento paliativo do câncer gástrico é restaurar a capacidade do paciente de se alimentar. A jejunostomia geralmente é a escolha para pacientes com boa performance status e com sobrevida maior que dois meses, já que a chance de complicações a longo prazo é menor em relação ao uso da prótese endoscópica, no entanto essa técnica aumenta a mortalidade intraoperatória por ser invasiva, além de promover maior tempo de internação hospitalar e ser um procedimento sujeito a complicações. O uso da prótese endoscópica por outro lado, permite aliviar os sintomas obstrutivos, habilitando o paciente à uma ingesta oral precoce, com consequente melhora do seu quadro geral, é menos invasiva, diminui o tempo de internação hospitalar e seus custos. Apesar de apresentar complicações, como estenose por crescimento tumoral, migração do stent e obstrução por resíduos alimentares, foi a técnica escolhida pelo paciente. Até o momento, mais de 60 dias após, o procedimento foi efetivo e sem complicações.CONCLUSÃO: O uso de Prótese Endoscópica é indicado para pacientes com performance status ruim, com sobrevida menor que dois meses, demonstrando vantagem por se tratar de um método menos invasivo, de curta duração, que não necessita de internação hospitalar prolongada, além de promover uma melhora na qualidade de vida do paciente permitindo a alimentação via oral precoce.

CODIGO DO TRABALHO: 724

TÍTULO DO TRABALHO: SUPORTE NUTRICIONAL EM PACIENTE COM FÍSTULA DUODENOCÓLICA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: VÍCTOR SOUSA SILVA1; ANA MARIA GARCIA1; OSMAR GOMES CARVALHO JÚNIOR1; JULIANE LOPES DO NASCIMENTO1; JOÃO VICTOR PEREIRA GOMES1; JOÃO MANOEL SANTOS BOTELHO2; PEDRO ERNESTO ALVES MANGUEIRA JÚNIOR3; RONE ANTONIO ALVES ABREU3. 1. ITPAC/FAHESA, ARAGUAÍNA - TO - BRASIL; 2. ITPAC/FAHESA, ARAGUAINA - TO - BRASIL; 3. HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAÍNA, ARAGUAÍNA - TO - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Fístulas gastrointestinais são comunicações através das quais ocorre drenagem de conteúdo digestivo, entre vísceras ocas ou entre esta e a pele. A maior parte das fístulas ocorrem após procedimentos cirúrgicos. A morbimortalidade decorrente dessa afecção se associam à desnutrição, perda de líquidos, desequilíbrio eletrolítico e sepse. O pilar do tratamento é o suporte nutricional, envolvendo também manejo hidroeletrolítico, infeccioso, medicamentoso e cirúrgico. Relato de Caso: Masculino, 35 anos, queixando dor abdominal, diarréia crônica e emagrecimento de longa data. Relatava internação anterior por perfuração por arma de fogo em região abdominal há três anos, com realização de cirurgia: Exploração vascular com ligadura de veia mesentérica inferior e laparotomia exploradora para reparo de lesão vascular traumática abdominal, colorrafia e enterorrafias múltiplas. Negava comorbidades. Paciente recebeu dieta sob sonda nasoentérica. À radiografia de abdome havia Moderada distensão gasosa de alças intestinais com níveis hidroaéreos em diferentes alturas, sugerindo processo semioclusivo intestinal. A endoscopia demonstrou intestino delgado operado com presença de fístula. Os exames laboratoriais evidenciaram anemia normocítica e normocrômica, hipoproteinemia com relação albumina/globulina normal e hipocalemia. O coagulograma, ureia, creatinina, sódio e enzimas hepáticas eram normais. Paciente foi conduzido de maneira conservadora, com suporte nutricional via sonda nasoentérica oligomérica de absorção alta, correção eletrolítica e protéica e medicamentos sintomáticos, objetivando corrigir deficiências nutricionais, aguardar possível fechamento da fístula, e se esta não ocorrer, reunir condições ao paciente para que possa ser submetido à cirurgia. Conclusão: O tratamento da fístula digestiva tem como tripé: Suporte nutricional e hidroeletrolítico e a cirurgia corretiva. O objetivo da terapia nutricional na fístula digestiva é: Minimizar o trânsito pela região da fístula, para acelerar a cicatrização e promover fechamento espontâneo, oferecer o suporte nutricional adequado para provável cirurgia corretiva da fístula posteriormente e modular a reação imunoinflamatória, diminuindo o excesso de inflamação e de imunossupressão. Todos esses objetivos visam diminuir a morbidade, acelerar o fechamento da fístula e diminuir a mortalidade.

CODIGO DO TRABALHO: 1132

TÍTULO DO TRABALHO: TERAPIA NUTRICIONAL PRECOCE NO PRÉ OPERATÓRIO DE CIRURGIAS DO TRATO GASTROINTESTINAL EM PACIENTES DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOSÉ RENAN MIRANDA CAVALCANTE FILHO; INDIRA ANGELO RODRIGUES; LUCIANA FUJIWARA AGUIAR RIBEIRO; ARTUR GUIMARAES FILHO; JOSE RICARDO CUNHA NEVES; SARA FREIRE AGUIAR; MARIANA DIOGO CONSTÂNCIO; RICARDO COSTA MOURA. UFC, SOBRAL - CE - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A prevalência da desnutrição em pacientes cirúrgicos é alta. O jejum pré-operatório foi instituído há muitos anos com objetivo de atenuar várias complicações ao paciente. As novas diretrizes baseadas em evidências que foram publicadas nos últimos anos por países como Estados Unidos, Canadá e Europa recomendam diminuição do tempo de jejum pré-operatório com líquidos claros e bebidas ricas em carboidrato até poucas horas antes das cirurgias eletivas, beneficiando o paciente em alta hospitalar precoce e diminuição das complicações clínicas e cirúrgicas. OBJETIVO: Analisar a intervenção nutricional precoce no pré-operatório em pacientes submetidos a cirurgias do TGI em um hospital da região norte do Ceará. METODOLOGIA: O jejum pré-operatório convencional nos pacientes submetidos à cirurgia de médio ou grande porte do TGI internados na Santa Casa de Misericórdia de Sobral perfazia uma média de 24h. A intervenção nutricional precoce oferecida aos pacientes em estudo incluiu dieta líquida com 200 ml de Maltodextrina à 12% + 10 g de glutamina (um imunofarmacomodulador) com objetivo de fortalecer o sistema imunológico. A dieta era oferecida conforme autorização do cirurgião (não houve adesão de todos) e horários pré-estabelecidos: para cirurgia das 6/7h da manhã, a intervenção acontecia às 22 horas da noite anterior, e as cirurgias das 12/13 horas a dieta foi oferecida as 7h da manhã. Os critérios de exclusão adotados foram: fístulas, íleo adinâmico, vômitos recorrentes e pacientes impossibilitados de alimentação por via oral. RESULTADOS: O universo amostral foi de 27 pacientes. Desses, 17 eram do sexo masculino e 10 do sexo feminino. A faixa etária variou de 17 à 54 anos. Dentre os procedimentos cirúrgicos realizados foram 23 colecistectomias e 4 cirurgias de rafias e anastomoses intestinais. Verificou-se que a média de internação hospitalar deles foi de 2,75 dias, e que ao invés de ficarem 24h em jejum, o estudo interviu diminuindo para 7 a 8h em média, sem apresentar nenhuma intercorrência. CONCLUSÃO: Embora a intervenção nutricional não tivesse sido feito poucas horas antes da cirurgia (2h), como mostra o projeto ACERTO, o estudo conseguiu quebrar tabus de rotinas conservadoras, onde o paciente permanecia muito tempo em jejum. Assim os resultados do presente estudo contribuem com acréscimo de novas informações e segurança ao tratamento nutricional perioperatório inovador. Nossa próxima etapa será a abreviação para duas horas de jejum.

CODIGO DO TRABALHO: 761

TÍTULO DO TRABALHO: TORÇÃO AXIAL DE DIVERTÍCULO DE MECKEL: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LARISSA RICCIO TEIXEIRA CEITA; ITALO MASCARENHAS C MENEZES; GUTEMBERG GONÇALVES LOURA; MURILO MARTINS VIEIRA DE FARIA; BRENO CARVALHO CAVALCANTE; FREDY LUIZ COELHO DE CASTRO; JOAQUIM GOMES DE ARAUJO BEDOR; LEONARDO CORDEIRO MENDES. HOSPITAL REGIONAL DE JUAZEIRO, JUAZEIRO - BA - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOO divertículo de Meckel (DM) é a anomalia congênita mais comum do trato gastrointestinal, estimando-se prevalência de 2% da população geral, com aproximadamente 2% destes apresentando sintomas ao longo da vida. Por conter todas as camadas do intestino delgado é classificado como um divertículo verdadeiro, podendo este conter mucosa heterotópica, especialmente gástrica ou pancreática. Dentre as complicações descritas estão o sangramento gastrointestinal, notadamente nos divertículos com mucosa gástrica, devido ulceração da mesma; obstrução intestinal; diverticulite e torção axial do pedículo, sendo esta última a mais rara, havendo apenas 12 casos descritos em adultos. O tratamento consiste na exérese do divertículo, seja por simples diverticulectomia ou, em alguns casos, enterectomia do segmento de delgado acometido.RELATO DO CASOPaciente masculino, 17 anos, admitido no serviço com história de laparotomia há algumas horas da admissão para tratamento de apendicite, com achado intraoperatório de apêndice normal e alça de delgado necrótica, sendo encaminhado como possível volvo intestinal, segundo o relato do médico assistente. Portava ultrassonografia de abdome com descrição de apendicite com líquido livre na cavidade e exames laboratoriais com evidência de leucocitose. Ao exame admissional, apresentava dor abdominal intensa, predominante em fossa ilíaca direita, com dor à descompressão brusca em todo abdome. Foi submetido a nova laparotomia pela incisão prévia, sendo achado DM em delgado, com torção axial da base e necrose em toda sua extensão, além de secreção hemorrágica na cavidade abdominal. Foi procedida diverticulectomia, seguida de síntese do segmento de delgado, além de apendicectomia. O paciente foi mantido em antibioticoterapia durante 14 dias, evoluindo neste ínterim com infecção de ferida operatória, a qual foi superada, atingindo condições de alta hospitalar.CONCLUSÃOApesar de ser anomalia congênita comum, o diagnóstico pré-operatório do DM é raro. Sua localização, geralmente a 90cm da válvula ileocecal, dificulta o acesso de endoscopia digestiva alta ou colonoscopia. No curso de complicações, tomografia e ultrassonografia de abdome têm pouco valor clínico, visto ser comum confusão diagnóstica com patologias mais usuais, como apendicite. Neste contexto, o diagnóstico costuma ser dado durante a laparotomia, como no caso descrito, sendo o tratamento a diverticulectomia, cursando com poucos casos de complicação pós-operatória.

CODIGO DO TRABALHO: 2914

TÍTULO DO TRABALHO: Transformação de hamartoma gigante duodenal periampular em carcinoma invasivo na síndrome de Peutz-Jeghers: desafio diagnóstico e terapêutico

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BRUNO VINICIUS HORTENCES DE MATTOS; MARCELO MESTER; BRUNO ZILBERSTEIN; ADRIANA SAFATLE-RIBEIRO; VENANCIO AVANCINI ALVES; IVAN CECCONELLO. FMUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Transformação de hamartoma gigante duodenal periampular em carcinoma invasivo na síndrome de Peutz-Jeghers: desafio diagnóstico e terapêuticoMattos B, Mester M, Zilberstein B, Evangelista J, Safatle-Ribeiro A, Avancini Alves V, Hoff P, Cecconello IDisciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo, Departamento de Gastroenterologia, Disciplina de Oncologia Clínica, Departamento de Patologia, Hospital das Clínicas e ICESP, Faculdade de Medicina da USP INTRODUÇÃOA síndrome de Peutz-Jeghers (SPJ) é uma síndrome autossômica dominante rara, caracterizada por múltiplos pólipos hamartomatosos no trato gastrointestinal, áreas hiperpigmentadas mucocutâneas e risco aumentado de neoplasias. Apresentamos um caso de adenoma viloso duodenal periampular transformado em adenocarcinoma numa paciente portadora de SPJ RELATO DO CASOPaciente feminina, atualmente com 46 anos de idade, veio ao serviço há 8 anos com 7 cirurgias para SPJ desde os 6 anos de idade. Tinha pólipos intestinais e pólipo duodenal periampular de 7 cm (adenoma viloso). Por 2 anos várias ressecções endoscópicas foram feitas sem sucesso. Ecoendoscopia: minúscula infiltração submucosa preservando pâncreas. Indicada cirurgia. Feitas duodenopancreatectomia, polipectomias de intestino delgado guiadas por enteroscopia (22), e ooforectomia direita. AP: adenoCA duodenal multifocal túbulo-viloso moderadamente diferenciado em hamartoma duodenal tipo Peutz-Jeghers, pT3, invasão perineural e vascular ausentes, margens livres; 22 hamartomas de intestino delgado; cistadenoma mucinoso de ovário. Após 2 anos, massa de 3x2 cm envolvendo a artéria mesentérica superior vista à TC. PET-TC-FDG18 (SUVmax=3,8) sugeriu recidiva irressecável. Biópsia por agulha inconclusiva. Oncologia optou por seguir. Após 3 anos, discreto aumento da massa, biópsia inconclusiva. Após 1 ano, aumento da massa (5,4,x5 cm), afilamento da veia mesentérica superior, adenopatia retroperitoenal, e ascite discreta. Biópsia de implante mesenterial revelou adenoCA biliopancreático. Está sob quimioterapia (mFLOX: oxaliplatina, leucovorin e 5-fluorouracil), com carcinomatose, cerca de 7 anos após a cirurgia duodenal . CONCLUSÃOO diagnóstico precoce de transformação adenoma-carcinoma na SPJ é dificil. A região periampular duodenal é local raro de pólipos hamartomatosos, que poderão ser de difícil ressecabilidade por endoscopia exclusiva. Propomos que os pólipos adenomatosos duodenais na SPJ sofram tratamento cirúrgico se sua excisão endóscopica for inviável.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2969

TÍTULO DO TRABALHO: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE GIST GÁSTRICO APÓS TERAPIA NEOADJUVANTE COM MESILATO DE IMATINIBE: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ISABELA SOARES FONSECA BATISTA1; RENATO GOMES CAMPANATI1; FRANCISCO NOLASCO1; CLARA ANTUNES FERREIRA1; GUSTAVO GOMES GRATEKI2; ATHOS MIRANDA1; JOAO BERNARDO SANCIO R. RODRIGUES1; SORAYA RODRIGUES DE ALMEIDA SANCHES1. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA DE BARBACENA, BARBACENA - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O tumor estromal gastrintestinal (GIST) é o tumor de origem mesenquimal mais comum do trato gastrintestinal, com incidência estimada de 1-1,5 a cada 100 mil hab/ano no mundo. Apesar de a ressecção cirúrgica ser fundamental, a introdução das terapias-alvo tem revolucionado o manejo desta condição. A neoadjuvancia para GISTs gástricos é de aplicação mais recente, visando operações mais conservadoras, sem diminuir, entretanto, os resultados oncológico e funcional. Caso clínico: Trata-se de paciente de 56 anos de idade, sexo feminino, com história de aumento do volume abdominal associado a desconforto epigástrico leve. Propedêutica de imagem evidenciou massa sólida e heterogênea localizada no epigástrio, medindo 23,8 x 14,2 x 25,7 cm. Ecoendoscopia revelou massa heterogênea perigástrica sugestiva de GIST, cujo resultado anatomopatológico da biópsia evidenciou neoplasia mesenquimal compatível com GIST. A paciente foi mantida em uso de imatinibe durante 4 meses. TC abdominal de controle evidenciou redução importante da massa epigástrica em relação ao exame anterior, medindo 15 x 14,3 x 8,6 cm. O medicamento foi então suspenso e a paciente foi admitida para abordagem cirúrgica eletiva. Ao inventário da cavidade peritoneal, observada volumosa massa tumoral aderida ao omento maior, vesícula biliar e lâmina posterior da bainha do músculo reto abdominal esquerdo. Realizada gastrectomia subtotal, colecistectomia e reconstrução em em Y de Roux. A peça foi retirada em bloco sem ruptura tumoral e a paciente evoluiu sem maiores intercorrências no pós-operatório, com alta hospitalar no 6o dia após a operação. A análise histopatológica do material confirmou a biópsia prévia além de margens cirúrgicas livres. Os linfonodos perigástricos e a vesícula biliar não apresentaram comprometimento neoplásico. Durante o acompanhamento pós-operatório, optou-se por reintroduzir o imatinibe como terapia adjuvante com duração prevista de 3 anos, haja vista tratar-se de doença metastática com boa resposta prévia ao quimioterápico. Conclusão: O tratamento adjuvante com mesilato de imatinibe durante os primeiros 3 anos após a operação mostra-se como opção segura para casos com elevado risco de recidiva, permitindo ganho de sobrevida livre de doença e aumento da sobrevida global. De aplicação mais recente, a terapia neoadjuvante se apresenta como opção promissora para casos de tumor localmente avançado, permitindo ressecções menores e menor morbidade pós-cirúrgica.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1636

TÍTULO DO TRABALHO: Tratamento cirúrgico na doença de crohn após falha no tratamento com imunobiológicos com reconstrução precoce do trânsito intestinal

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: HIGOR COSTA GOMES; NATÁLIA GOMES NAGATO; PATRICK CORREIA DE SOUZA ARAÚJO; YURI KOSSA BARBOSA; TIAGO MORAES ARAUJO; CLAUDIA CAROLINA SAID OTTAIANO REVIGLIO; FERNANDO CORREA AMORIM; FERNANDO GONÇALVES LIMA. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIANIA - GO - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: As doenças inflamatórias intestinais compreendem a retocolite ulcerativa e doença de crohn (DC) são doenças de característica idiopática e não contagiosa. A DC pode acometer desde a cavidade oral até região anal, com predileção pela parte distal do intestino delgado e grosso, sem prevalência por idade ou sexo, porém com incidência aumentada pelo fator familiar e com sintomatologia vasta. Relato de caso: Paciente G.F.V. masculino 16 anos apresentou quadro de perda de peso e dor abdominal infraumbilical, intermitente de resolução espontânea iniciado há 8 meses, evoluindo com diarreia há 30 dias sem febre e perda de peso de 13kg, tem tia e prima com doença de crohn. Fez uso de azatioprina, meticortem, proepa, modulem, esomeprazol, sem melhora mantendo quadro diarréico de 3 evacuações ao dia aquosas. Seus exames: Hb 8,9 Ht 26,7% leucócitos 5.900 sem desvios e plaqueta de 305.000 proteínas totais 4,8, albumina de 2,5 e PCR 16,6, sorologia para HIV, hepatite C e toxoplasmose negativas, e imunidade a citomegalovírus e hepatite B. Colonoscopia indicando somente ileíte terminal. Enterotomogafia de abdome com espessamento concêntrico com realce pelo meio de contraste do íleo terminal, associado a ingurgitamento da vasa recta regional, consequente dilatação de alças ileais. Repete após 6 meses que mostra espessamento com estratificação parietal do íleo terminal, ingurgitamento dos vasos retos, pequenas coleções, focos gasosos de permeio junto à parede do segmento ileal distal, a maior medindo 2,3x0,6cm. Recebe o diagnostico de DC e mantém o tratamento com corticoide e imunobiológicos. Evolui com abdome agudo obstrutivo quando da entrada no serviço de cirurgia geral, então submetido à ileocolectomia direita e confecção de ileostomia terminal. A biópsia com doença intestinal inflamatória. Paciente recebe alta com retorno à azatioprina e infliximabe para acompanhamento ambulatorial onde retorna com ganho ponderal 13kg e então submetido a reconstrução de trânsito intestinal. Conclusão: Ao caso nota-se tratamento efetivo a ressecção da parte acometida, sendo isso essencial para melhora do indivíduo no intuito de possibilitar o tratamento clínico com imunobiológicos, antes falho, além do caso já evoluir rapidamente para forma estenosante. Contudo a boa resposta possibilitou a reconstrução do transito intestinal em prazo inferior a 60 dias mesmo tendo uma ileostomia que nesse caso, não se mostrou fator predileto de piora nutricional.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2009

TÍTULO DO TRABALHO: TRATAMENTO DE FÍSTULA GASTROCUTÂNEA POR VIA LAPAROSCÓPICA: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOSE JULIO FARIAS DE ARRUDA; CAMILA MARIA NASCIMENTO FIRME; VICTOR MELO DINIZ; ADNEA CANDIDO GALDINO SIQUEIRA; RAISSA QUEIROZ PARENTE; FLAVIO AUGUSTO MARTINS FERNANDES JUNIOR. HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO DE PERNAMBUCO, RECIFE - PE - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO:A fístula gastrocutânea (FGC) é comunicação patológica conectando o estômago à pele, constituído por um orifício interno (saída gástrica), um orifício externo (saída cutânea) e um trato (normalmente recoberto pelo epitélio). Um FGC é uma complicação rara e de difícil tratamento contabilizando 0,5-3,9% dos pacientes com peso normal submetidos à cirurgia gástrica.RELATO DE CASO: Mulher, 63 anos, em uso crônico de anti-inflamatório por artrite reumatoide, submeteu-se a uma gastrorrafia há 3 anos por Ulcera Peptica Perfurada e a retirada de corpo estranho há 2 anos. Após estes dois procedimentos queixava-se de secreção por orifício em pele com sensação de queimação. Estudo tomográfico da fistula relatava: trajeto fistuloso através da parede abdominal, apresentando comunicação com a câmara gástrica ao nível da sua porção antral. Endoscopia Digestiva Alta mostrou ?fio de sutura em parede anterior de antro proximal com orificio provável da FGC?. Foi tentado suspensão de corticoide por 6 meses, porém sem resolução do quadro. Optou-se por ressecção laparoscópica da fistula por indisponibilidade de abordagem endoscópica. Foi realizado secção do segmento da grande curvatura gástrica aderida a parede com grampeador laparoscópico, que correspondia a FGC. Foi ressecado o trajeto fituloso da parede com extração do segmento seccionado do estomago. Apesar da necessidade de lise de aderencias, o procedimento cirúrgico ocorreu sem intercorrências, com alta hospitalar no terceiro dia e evolução favoravel no pós-operatório.DISCUSSÃO: FGC ocorre principalmente após lesão iatrogênica, deiscência parcial de anastomose e falha da cura de trajeto de gastrostomia. Para o manejo adequado da FGC, é necessário o seu reconhecimento apropriado. As FGC fecham espontaneamente em apenas 6% dos casos, e a taxa de mortalidade é de cerca de 35% entre os pacientes com peso corporal normal submetidos a cirurgia gástrica recente. Uma vez estabelecida a fístula gástrica, o manejo varia de acordo com a gravidade da apresentação da complicação. A escolha da abordagem aberta ou laparoscópica é feita de acordo com a experiência do cirurgião e a situação clínica. A abordagem endoscópica da FGC com colocação de clipes ou stents metálicos tem ganhado espaço na atualidade. A abordagem laparoscópica é pouco relatada na literatura, mas é factível e eficaz, com baixos índices de morbidade.

CODIGO DO TRABALHO: 1119

TÍTULO DO TRABALHO: Tratamento de leiomioma de duodeno atraves de exérese: relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JONATHA FRAZAO1; THIAGO DE AGUIAR VALLADÃO2; ROBERTO GARCIA DE FREITAS2; MARCO ANTONIO CORREA GUIMARAES FO2; PEDRO POYARES DE MELLO BHERING2; WILLIAM FREDERIC DE ARAUJO WILLMER2. 1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO/ UERJ, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; 2. HOSPITAL UNIVERSITARIO PEDRO ERNESTO/UERJ, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: As neoplasias do intestino delgado são extremamente raras. Apenas 5% das neoplasias gastrointestinais ocorrem do delgado. Os leiomiomas são os tumores benignos mais comuns, sendo encontrados mais comumente no delgado distal. A ressecção cirúrgica completa é o tratamento adequado para este tipo de patologia; a extensão da ressecção depende da localização, tamanho da lesão e índice mitótico. Relatamos um caso de leiomioma duodenal em que foi possível a enucleção do mesmo sem necessidade de pancreato-duodenectomia. Relato do caso: M.M.M. 64 anos, feminino, apresentava queixas de epigastralgia e pirose recorrente. Foi realizada Endoscopia Digestiva Alta, em 2013, que evidenciou lesão de bulbo duodenal de característica elevada, subepitelial, arredondada, subpediculada, com base alargada e recoberto por mucosa normal, medindo aproximadamente 20 mm em seu maior eixo. Neste momento foi adotado conduta conservadora com realização de Endoscopia Digestiva Alta seriada. Em 2016 foi identificado crescimento da lesão com relato de piora dos sintomas, sendo indicado então abordagem cirúrgica . A paciente foi abordada através de uma incisao de Kocher, sendo realizadoa duodenotomia com ressecção da lesão e rafia de duodeno. Foi também realizada colecistectomia, pois a paciente apresentava também colelitíase. Evoluiu satisfatoriamente, recebendo alta no 7º dia pós-operatório. O laudo histopatológico evidenciou leiomioma com margens cirúrgicas livress, ausência de mitoses e ausência de atipia. Paciente em controle ambulatorial sem evidências de recidiva. Conclusão: O leiomioma de intestino delgado é assintomático em sua fase inicial, e mesmo quando apresenta sintomas o diagnóstico pode ser difícil. O tratamento cirúrgico da lesão pode ser conservador, já que se trata de tumores benignos, de baixo grau, com excelente resultado a longo prazo.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2423

TÍTULO DO TRABALHO: TRAUMA CIRÚRGICO EM TUMOR GASTROINTESTINAL NÃO METASTÁTICO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DAVI BRAGA DE CARVALHO1; RAIMUNDO NONATO VAZ DE SOUSA FILHO1; ISADORA MARIA MATIAS BATISTA2; JOÃO ESTEVAM DA ROCHA FONSECA NETO1; LEONARDO FORTES GOMES1; DÉBORA SARA NEVES LIMA1; MIRNA KARINE DE BRITO MELO ESCÓRCIO2; RAISSA TECIA BRAGA DE CARVALHO2. 1. FACID, TERESINA - PI - BRASIL; 2. NOVAFAPI, TERESINA - PI - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O tumor estromal gastrointestinal (GIST) é raro, representando em torno de 1% de todos os tumores gastrointestinais. Atualmente admite-se que sua patogênese está relacionada com mutações no receptor Kit tirosinaquinase transmembrana das células intersticiais de Cajal, responsáveis pela motilidade intestinal. A faixa etária mais prevalente dessa patologia são adultos velhos e idosos e o gênero mais acometido é o masculino. Ocorre mais comumente no estômago, embora de acordo com a literatura possa acometer qualquer porção do trato gastrointestinal Relato do caso: Paciente do sexo masculino, 61 anos, com antecedentes de etilismo e tabagismo crônicos, diabético, hipertenso, dislipidêmico procurou médico em agosto de 2015 queixando-se de plenitude pós-prandial, dor epigástrica e náuseas sem vômitos há mais de 4 meses. Foi solicitada pelo médico plantonista tomografia computadorizada de abdome total que revelou lesão expansiva sólida bem delimitada, localizada na parede anterior do estômago, sem plano de clivagem com o lobo esquerdo hepático. Posteriormente , uma biópsia guiada por ultrassom evidenciou tratar-se de um GIST. Em setembro, iniciou-se tratamento com imatinibe de 400 mg por dia. Porém, o paciente não respondeu bem ao tratamento, evoluindo com fadiga e edema periorbital com má tolerância apesar da estabilidade da doença durante o tratamento,. Em fevereiro de 2016, optou-se pela suspensão do Imatinibe e encaminhamento para cirurgia de ressecção tumoral, porém ele recusou o procedimento. Paciente permaneceu em observação durante o ano de 2016 sem aumento das dimensões da doença. Em janeiro de 2017, sofreu acidente automobilístico com trauma abdominal acompanhado de quadro de hipotensão, dor abdominal e taquicardia. Em razão de suspeita de ruptura esplênica, foi realizada laparotomia exploradora com achado intraoperatório de rotura tumoral e sangramento ativo, sendo, então realizada a ressecção completa do tumor. Paciente evoluiu com boa recuperação e retorno as atividades habituais.Considerações finais: A relevância do relato é por apresentar uma intercorrência traumática não relacionada com a doença de base consistir no pretexto para a ressecção cirúrgica do tumor. Mesmo com as circunstâncias intrigantes do caso, a ressecção cirúrgica completa ainda é capaz de proporcionar cura do GIST não metastático e deve ser conciliada com a terapia alvo-molecular dirigida.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2580

TÍTULO DO TRABALHO: TRICOBEZOAR GÁSTRICO: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BRUNO PAULO DE BRITO; MAURO HENRIQUE DE SA ADAMI MILMAN; ROGERIO APARECIDO ESTEVES NEVES; SARA VENOSO COSTA; JOSE ROBERTO MELCHIORI BUCCO. HOSPITAL GERAL DE ITAPECERICA DA SERRA, ITAPECERICA DA SERRA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A tricotilomania é um distúrbio psiquiátrico crônico caracterizado pelo desejo incontrolável de ingerir pelos e cabelos, associada a distúrbios emocionais, mais comum no gênero feminino. O diagnóstico pode ser realizado por exames de imagem, tais como radiografia simples de abdome, tomografia computadorizada de abdome e endoscopia digestiva alta. O tratamento depende do tamanho do bezoar e de sua composição, podendo ser realizado por via endoscópica ou cirúrgica (laparotômica e laparoscópica). Existe necessidade de seguimento no serviço de psiquiatria, pois a recidiva é alta. Relato de Caso: paciente feminina, 17 anos, com história de dor abdominal, náuseas e vômitos pós-prandiais há 30 dias. Ao exame físico, apresentava-se corada, hidratada, acianótica e anictérica. Notou-se que a paciente apresentava rarefação de cabelos. Abdome era plano, mas doloroso e com massa epigástrica endurecida, de aproximadamente 30 cm de diâmetro. Foi levantada a hipótese, pela equipe de atendimento, de neoplasia abdominal. Os exames laboratoriais eram normais. A tomografia computadorizada de abdome com contraste endovenoso, identificou importante distensão gástrica às custas de corpo estranho (?massa de aspecto enovelado? ou ?miolo de pão?), sugestivo de tricobezoar. Optado por realização de laparotomia exploradora, devido às grandes dimensões do material. Realizou-se laparotomia explorada com incisão mediana xifo-umbilical, gastrotomia e retirada de massa capilar com aproximadamente 20 x 30 cm de dimensão. Paciente apresentou boa evolução clínica, recebendo dieta no 2º pós-operatório e alta hospitalar após 7 dias, encaminhada para acompanhamento ambulatorial cirúrgico e psiquiátrico. Conclusão: A presença de corpos estranhos no aparelho digestório deve ser investigada, principalmente em pacientes jovens e com sinais de distúrbio psiquiátrico. A conduta cirúrgica possibilita rápida recuperação com baixa morbimortalidade.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2674

TÍTULO DO TRABALHO: Tricobezoar: um relato de caso de tricotilofagia

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: AMAURI CLEMENTE DA ROCHA1; TÚLIO BARBOSA NOVAES2; LUCAS ROBERTO DA SILVA BARBOSA2; GABRIELA CORREIA DE ARAÚJO NOVAIS2; ANIE DEOMAR DALBONI FRANÇA2; DAIANA VIEIRA GOMES2; MARINA VALDEZ DOS SANTOS2. 1. UFAL, MACEIÓ - AL - BRASIL; 2. CENTRO UNIVERSITÁRIO CESMAC, MACEIÓ - AL - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Tricobezoar, um dos diversos tipos de bezoares, caracteriza-se por uma massa composta por cabelos ou pêlos não digeridos e, geralmente, estão localizados no estômago; em alguns casos, podem se estender para o intestino delgado. Os sintomas são associados à localização e ao tamanho dos bezoares, sendo provável a diminuição da secreção de ácido gástrico, gastroparesia e obstrução do TGI. A endoscopia gastrointestinal, o estudo gastrointestinal com contraste e a tomografia computadorizada são os métodos diagnósticos estabelecidos, sendo o primeiro o padrão ouro tanto para o diagnóstico quanto para o tratamento de pequenos bezoares. Já para abordagem de bezoares maiores a gastrotomia se torna necessária. Relato de caso: ? ?Paciente psiquiátrica do sexo feminino, 40 anos, deu entrada no ambulatório de gastroenterologia referindo dor epigástrica, presença de massa endurecida palpável e dolorosa, além de perda de peso há 25 dias. A acompanhante relatou que a paciente nesse período apresentou perda de cabelo intensa e rápida, cerca de 40% do volume total. Durante a endoscopia digestiva alta foi visualizado um grande tricobezoar. Paciente foi encaminhada para o serviço de cirurgia geral para submeter-se ao tratamento cirúrgico: uma gastrotomia para retirada do bezoar. Subsequente ao esvaziamento gástrico, a cirurgia foi concluída com gastrorrafia em dois planos e sutura da parede abdominal. A paciente não apresentou complicações em sua evolução e recebeu alta no 6º dia pós-operatório e encaminhamento para assistência psiquiátrica. Conclusão: Os tricobezoares são raros e apresentam uma clínica inespecífica e insidiosa, com aumento gradual da sintomatologia devido à evolução. O diagnóstico precoce através de uma boa anamnese associada aos exames de imagem e posterior tratamento auxiliam no prognóstico. Devido ao alojamento de alimentos em seu interior, sua ocorrência favorece a um maior risco de infecção, outra implicação é a formação de úlceras e consequente perfurações do TGI. Por isso é imprescindível a presença de uma equipe multidisciplinar composta da psiquiatria, psicologia e gastroenterologia para prevenir a recorrência do quadro e conferir uma melhor qualidade de vida aos pacientes.

CODIGO DO TRABALHO: 584

TÍTULO DO TRABALHO: Trombose Venosa Mesentérica em usuária de Anticoncepcional combinado oral.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ARTHUR BARROSO VIDAL VILARINHO1; ANA CLÁUDIA LEITE VILELA1; ANA BEATRIZ MORAES DE ABREU SALGADO2; CARLOS HENRIQUE PONTE COELHO DE ASSIS2. 1. FACULDADE ATENAS, PARACATU - MG - BRASIL; 2. UNIRG, GURUPI - TO - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A trombose venosa mesentérica é uma causa rara de isquemia mesentérica, potencialmente letal, que excepcionalmente manifesta-se com um quadro de oclusão intestinal, geralmente no delgado. Cerca de três quartos dos casos identifica-se um ou mais fatores etiológicos associados. Na grande maioria, ocorre em decorrência de estados pró-trombóticos como desordens de coagulação hereditárias ou adquiridas, neoplasias, doenças inflamatórias intra-abdominais, hipertensão porta, ICC, cirrose, dentre outros. O uso de contraceptivos orais é responsável por 9% a 18% dos episódios de trombose mesentérica em pacientes jovens. O quadro clássico da trombose mesentérica é voltado para a dor abdominal insidiosa, em região de mesogástrio, associado a náuseas, vômitos e anorexia. O laboratório restringe-se a leucocitose, podendo associar-se ou não acidose. Os exames radiológicos possuem maior sensibilidade diagnóstica, sendo a USG abdominal com doppler e a TC abdominal com contraste, os mais importantes. A angiografia é um método invasivo que permite, em casos selecionados, instituir medidas terapêuticas, tais como a instilação de vasodilatadores ou de trombolíticos. O tratamento é baseado no uso de trombolíticos nas tromboses maciças e controle com heparina não fracionada ou de baixo peso molecular por pelo menos cinco dias, seguido por profilaxia com warfarin. Em casos equívocos podemos optar pela angiografia.Relato de caso: Mulher, 27 anos, dá entrada no PS com queixa de dor epigástrica que irradiada para o dorso há 01 semana e piora nos últimos 02 dias. Relata episódios de vômitos. Nega Diarréia, alergias, tabagismo e etilismo. Refere uso de ACO continuo. Ex Físico abdominal: Abd distendido (+/4+), RH+, dor á palpação epigástrica, sem sinais de peritonite. TC com contraste: sugestivos de trombose parcial da veia porta, mesentérica superior e esplênica. A paciente foi admitida na UTI para heparinização e posteriormente foi realizado a trombólise intraarterial.Conclusão: O uso do ACO é responsável por até 18% dos episódios de trombose mesentérica em pacientes jovens, sendo o único fator de risco da paciente. O diagnóstico foi confirmado na TC com contraste. Realizado procedimento invasivo para trombolise intra-arterial. Houve regressão da sintomatologia abdominal. A paciente permaneceu em observação rigorosa e recebeu alta hospitalar após reversão do quadro.

CODIGO DO TRABALHO: 1670

TÍTULO DO TRABALHO: TUBERCULOSE INTESTINAL: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BRUNO MARINHO PINTO DE ÁGUILA1; RAISSA DE ALMEIDA MARTINS2; RODRIGO SANTIAGO MOREIRA1; VICTOR CARVALHO MACIEL GIRÃO1; NORTON NUNES DE LIMA1; FRANCIS ANDREW DA SILVA SOUSA1; ANA CECÍLIA CARVALHO TORRES3; THIAGO SOUZA E SILVA1; NINA ROSA TENÓRIO LIRA4. 1. HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - RECIFE/PE, RECIFE - PE - BRASIL; 2. HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO - HR, RECIFE - PE - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO - UPE, RECIFE - PE - BRASIL; 4. HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - HGV, RECIFE - PE - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A tuberculose intestinal geralmente é uma complicação da doença pulmonar sendo o seu envolvimento relativamente raro. Quase todos os casos de tuberculose intestinal são causados pela Mycobacterium tuberculosis. Clinicamente, a evolução costuma ser insidiosa apresentando-se com um quadro de dor abdominal e síndrome consumptiva; em raros casos, pode adquirir caráter agudo em consequência de obstrução ou de perfuração intestinal. Relato de caso: O estudo em questão visa descrever um caso clínico de um paciente do sexo masculino, de 32 anos, admitido no serviço de emergência com quadro álgico abdominal crônico, febre, calafrios e poliartrite que evoluiu com íleo-paralítico, sendo realizada laparotomia exploradora para tratamento e diagnóstico, no qual evidenciou, em uma cultura de material colhido intraoperatorio, o Mycobacterium tuberculosis confirmando o diagnóstico de tuberculose intestinal. Foram utilizados recursos teórico-científicos através de uma revisão bibliográfica, oferecendo dados essenciais para melhor compreender a relevância da abordagem desse tema. Conclusão: A orientação clínica de médicos e profissionais de saúde para a possibilidade diagnóstica de tuberculose naqueles casos de dor abdominal de evolução insidiosa sem causa aparente é fundamental para o diagnóstico precoce e melhor o prognóstico do paciente.

CODIGO DO TRABALHO: 2575

TÍTULO DO TRABALHO: TUMOR CARCINOIDE COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DAS OBSTRUÇÕES INTESTINAIS NA URGÊNCIA ? RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ROBSON DAVID DE ARAÚJO LIAL1; DIEGO COIMBRA ALENCAR1; GUILHERME MEIRELES FERREIRA2; HELDER DE MELO SÉRVIO3; JOELSON OLIVEIRA MOREIRA4; GERMANO DE SOUSA LEÃO3; WELLIGTON RIBEIRO FIGUEIREDO2; DJALMA RIBEIRO COSTA5. 1. FACULDADE INTEGRAL DIFERENCIAL, TERESINA - PI - BRASIL; 2. HOSPITAL GETÚLIO VARGAS, TERESINA - PI - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ, TERESINA - PI - BRASIL; 4. HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE TERESINA, TERESINA - PI - BRASIL; 5. HOSPITAL INFANTIL LUCÍDIO PORTELA, TERESINA - PI - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O tumor carcinoide é um dos tumores malignos de intestino delgado extremamente raro com pico de incidência em homens negros acima de 65 anos. Além de estar relacionado com células produtoras de serotonina e em 40% dos casos essa neoplasia situa-se nos 60 centímetros distais do íleo. O diagnóstico pode ser sugerido através do aumento de serotonina sérica e confirmado pelo histopatológico. RELATO DE CASO: Paciente 63 anos, feminino, procura hospital com quadro de distenção abdominal associado à êmese há 1 semana. Ao exame físico apresentava-se astênica, orientada, eupneica, abdômen globoso, flácido e doloroso à palpação profunda. Os exames laboratoriais apresentavam aumento de bastões (6%) sem leucocitose e gama glutamil transferase levemente alterada. A seguir foi solicitada tomografia computadorizada de abdômen que revelou espessamento parietal de segmento do íleo, associado a lesão nodular sólida com focos de calcificações e contornos irregulares e estrelado (sinal do carangueijo) reforçado com contraste venoso. Em virtude disso, optou-se pela laparotomia exploradora a qual mostrou uma massa em região ileal ressecada, através de uma ileocolectomia radical, e enviada para estudo histopatológico. Esse exame diagnosticou tumor neuroendócrino grau I / tumor carcinoide com invasão neurolinfática e margens cirúrgicas livres. Após cirurgia a paciente evoluiu sem intercorrências e recebeu alta hospitalar no 7º dia de pós operatório. Consecutivamente associada à alta houve encaminhamento da paciente para seguimento oncológico ambulatorial. CONCLUSÃO: Esse caso revela um caso pouco frequente no cotidiano justificando uma obstrução intestinal. Além disso é necessário que a equipe médica tenha conhecimento dos achados radiológicos e associá-los com as devidas patologias (sinal do carangueigo ? tumor carcinoide) tornando diagnóstico e tratamento precoces favorecendo assim uma evolução clínica positiva.

CODIGO DO TRABALHO: 2903

TÍTULO DO TRABALHO: Tumor Carcinóide do Apêndice Cecal: Incidência em Dois Anos em Hospitais da Região Sul do Distrito Federal

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RODRIGO KOUZAK MAYER; RENATO MOREIRA SOUTO; HELOIZA ARRAIS BANDEIRA TAVARES LEITE; PRISCILA LONGONI; KATHARINNE INACIO VAZ LAURIANO; GABRIEL BROM ANDRADE; VINICIUS ALVES FONSECA; JOSÉ HENRIQUE MEZZETH FILIPPI. HRG, GAMA - DF - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo:As neoplasias malignas primárias do apêndice cecal são raras e dificilmente diagnosticadas do período pré-operatório, podendo se apresentar como tumores carcinóides, a maioria, com incidência de 66 a 85%; adenocarcinomas ou adenocarcinóides. Este estudo teve como objetivo analisar uma série de casos de tumores carcinóides de apêndice cecal tratados nos Serviços de Cirurgia Geral do Hospital Regional do Gama e do Hospital Regional de Santa Maria, descrevendo a conduta adotada em cada caso.Métodos:Análise retrospectiva dos estudos anatomopatológicos de todas as apendicectomias realizadas entre maio de 2014 e maio de 2016 nos hospitais citados, sendo os dados obtidos pelos anatomopatológicos realizados no Núcleo de Citopatologia e Anatomia Patológica (NUCAP).Resultado:No período, foram realizadas 830 apendicectomias nos dois hospitais, sendo que 815 anatomopatológicos foram feitos no NUCAP e incluídos no estudo.Deste total, foram identificados 3 pacientes com tumor carcinóide de apêndice cecal, o que corresponde a 0,0037% de todas as apendicectomias realizadas. Todos foram operados devido a quadro de apendicite aguda, nenhum apresentou sintomas característicos de Síndrome Carcinóide. 2 pacientes (66%) eram do sexo feminino e 1 (33%) masculino, sendo o masculino de 40 anos e ou outros de 20 e 15 anos. A paciente de 20 anos teve margem cecal comprometida e foi submetida a colectomia direita em segundo tempo, sem recidiva no tempo de seguimento de 16 meses. Os outros dois apresentaram ressecção R0 com apendicectomia simples, sem recidiva com 14 e 5 meses de seguimento. Nenhum apresentou comprometimento linfonodal.Conclusão:Os tumores carcinoides de apêndice cecal são relativamente raros e de bom prognóstico. Com aumento das apendicectomias por laparoscopia, sua suspeição intraoperatória é reduzida devido a perda do tato, enfatizando a grande importância da avaliação anatomopatológica. Apesar de sua baixa incidência seu conhecimento é de suma importância para o adequado manejo desta patologia pelo cirurgião. O tratamento realizados nos hospitais estudados está em conformidade com a literatura.Bibliografia:NETO, I. J. F. C, et. al. Carcinoid tumor of cecal appendix: one-year incidence at the Santa Marcelina Hospital. J Coloproctol. V. 34, n.4, p.245-249, 2014. SUÁREZ-GRAU, J. M, et. al. Tumores carcinoides apendiculares. Evaluación de los resultados a largo plazo em um hospital de tercer nível. Cir Cir. V.82, n.2, p.142-149, 2014.

CODIGO DO TRABALHO: 764

TÍTULO DO TRABALHO: TUMOR CARCINOIDE GÁSTRICO: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CARLOS ROBERTO CARVALHO LEITE; JÉSSICA MONTENEGRO PONTES; ERNESTO DE SOUZA DINIZ NETO; JOSANN FREDERICO RIBEIRO; GABRIELLA SANCHO LEITE; ARTHUR GONÇALVES DE LIMA FRANÇA; KAROLINE RODRIGUES COSTA ARAÚJO; LUCAS ARAÚJO FREIRE SANTOS. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Os tumores carcinoides são neoplasias de sistema neuroendócrino difuso. A incidência desses tumores oscila em 0,7 casos por 100.000 habitantes, sendo o trato gastrointestinal e o sistema respiratório os sítios mais frequentes. A elevação urinária do ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA) constitui um método útil para o diagnóstico, entretanto, a hipótese pré-operatória de tumor carcinoide é rara, sendo o diagnóstico geralmente feito por análise histológica, no período pré ou no pós-operatório. O tratamento se faz com cirurgia, complementada por métodos adjuvantes, se necessário. A finalidade deste trabalho é relatar um caso de tumor carcinoide gástrico, observado e tratado no Hospital de Câncer Napoleão Laureano, em João Pessoa ? PB. Relato de caso: J.B.S., 43 anos, masculino, pardo, natural e procedente de Santa Rita-PB, deu entrada no serviço de Cirurgia Abdominal do Hospital de Câncer Napoleão Laureano com queixa de disfagia e pirose há aproximadamente 2 anos. Negava perda ponderal. Endoscopia digestiva alta mostrou mucosa da transição esofagogástrica (TEG) com lesão elevada, endurecida, medindo cerca de um centímetro de extensão, de contornos regulares, localizada em parede posterior, imediatamente abaixo da linha Z. Realizou biópsia, cujo laudo histopatológico revelou tratar-se de adenocarcinoma de média diferenciação. Ultrassonografia de abdome total e radiografia de tórax sem alterações. Paciente foi submetido à gastrectomia total com linfadenectomia e reconstrução em Y de Roux, evoluindo sem complicações no pós-operatório. Laudo histopatológico evidenciou tumor carcinoide na mucosa de transição gastroduodenal. Conclusão: Apesar de apresentar crescimento lento, o tumor carcinoide é considerado neoplasia maligna com poder de metastatização, principalmente para fígado. Por isso, não se deve ter atitude indolente na assistência terapêutica, visto que isso altera consideravelmente a sobrevida.

CODIGO DO TRABALHO: 728

TÍTULO DO TRABALHO: Tumor Desmóide de Mesentério

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MYRA JUREMA DA ROCHA LEÃO1; FILIPE AUGUSTO PORTO F.DE OLIVEIRA2. 1. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ, MACEIO - AL - BRASIL; 2. SCMM, MACEIÓ - AL - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O tumor desmoide ou fibromatose profunda é um tumor não capsulado, originário dos fibroblastos dos tecidos músculo-aponeuróticos. Possui uma baixa capacidade de gerar metástases, no entanto, alto crescimento local, causando deformidades e prejuízo de função de órgãos adjacentes. Sua incidência é de somente 2-4 casos por um milhão de habitantes e é mais comumente visto nas extremidades (42-51%). A fibromatose mesentérica é a neoplasia sólida primária mais comum de mesentério, porém é o tipo menos comum de fibromatose. Seu diagnóstico é histológico e por imunohistoquímica. TC e RNM são fundamentais para avaliar a relação entre o tumor e estruturas adjacentes e definir ressecabilidade. Apresenta excelente prognóstico e o tratamento de escolha, na maior parte dos casos, é a excisão cirúrgica completa.Relato de caso: paciente do sexo masculino de 23 anos encaminhado da emergência, após quadro de abdome agudo, com história de tumoração de mesentério gigante (>20cm), outras lesões menores, ascite, além de obstrução intestinal de jejuno (Laparotomia: Ressecção Parcial do tumor e enterectomia com anastomose primária). Ao exame físico, apresentava-se em regular estado geral, eupneico, anictérico, normocorado e hidratado. Abdome plano, normotenso e indolor. O exame histopatológico evidenciou formação tumoral ovoide 21x19x11cm, compatível com tumor do estroma gastrointestinal. Exame imunohistoquímico identificou imunoexpressão positiva para AML e desmina, confirmando origem miofibroblástica.TC de abdome evidenciou formação expansiva de origem lipomatosa na região da pelve esquerda. TC de tórax e colonoscopia apresentaram-se sem alterações. Com hipótese diagnóstica de tumor desmoide de mesentério foi indicada laparotomia. Achados: tumor de mesentério de jejuno distal, tumor adjacente à anastomose prévia, implantes peritoneais difusos e neoplasia mesenquimal com leves atipias ? congelação. Foi então realizada a ressecção dos tumores mesentéricos e enterectomia segmentar.Conclusão: Apesar de tratar-se de uma neoplasia benigna, a identificação precoce do tumor desmoide, bem como seu tratamento é essencial, pois pode vir a causar disfunções orgânicas, bem como compressões de estruturas vitais. O melhor tratamento é o cirúrgico, sendo possível a realização de RXT,QT e terapia hormonal, para casos específicos. Deve-se investigar Polipose Adenomatosa Familiar e Síndrome de Gardner, pois são importantes fatores de risco para o desenvolvimento dessa patologia.

CODIGO DO TRABALHO: 2057

TÍTULO DO TRABALHO: TUMOR DESMÓIDE NA FORMA DE FIBROMATOSE AGRESSIVA INTESTINAL: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LUCIANA BENEVIDES DE ARAÚJO1; WENDEL DOS SANTOS FURTADO2; LUCIANA FELÍCIO FERREIRA RIOS3; MURILO CARNEIRO RIOS2; JOÃO PEDRO CARVALHO ANDRADE TEIXEIRA1. 1. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, GOIÂNIA - GO - BRASIL; 2. HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS, BRASÍLIA - DF - BRASIL; 3. INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS, PORTO NACIONAL - TO - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Fibromatose mesentérica ou tumor desmóide, tumor raro de causa desconhecida, representa 0,03% de todas as neoplasias. Seu crescimento tem mostrado importante relação com a taxa de estrógeno endógeno. É comum originar-se pós-trauma em indivíduos com predisposição e casos de gravidez, doença de Crohn, polipose adenomatosa e síndrome de Gardner. A apresentação clínica varia com o local de implantação e o tamanho da massa tumoral, pode ser assintomática ou cursar com obstrução intestinal ou ureteral, isquemia mesentérica, fístulas intestinais, hidronefrose, plenitude, náuseas, vômitos e dor abdominal difusa. A ressecção com margem livre é o tratamento de escolha nos casos de tumores de crescimento progressivo, pacientes sintomáticos, presença de complicações e em alguns casos nos pacientes assintomáticos. Relato de caso: Paciente 34 anos, obesa, referiu episódios frequentes de dor abdominal intensa em região epigástrica, com irradiação para dorso. Procurou o pronto socorro do Hospital das Forças Armadas?Brasília, onde foi examinada. Realizou-se tomografia computadorizada (TC) de abdome, que mostrou lesão expansiva no mesentério adjacente as alças ileais na região mesogástrica, medindo cerca de 9x7,8x9,6cm; Angio-TC: Formação expansiva sólida de origem mesentérica a esclarecer, com sisnais sugestivos de invasão de alças intestinais na raiz do mesentério adjacente e vascularização interna por ramo da artéria mesentérica superior (tumor desmoide?). Submetida à laparotomia com ressecção de massa tumoral, evidenciou-se lesão expansiva no mesentério do jejuno proximal, comprometendo o mesentério de alças intestinais após o ângulo de Treitz, porém sem comprometer vasos. Evoluiu com quadro de abdome agudo sendo encaminhada à relaparotomia, no 5º dia pós-operatório, isquemia e pontos de necrose de alça jejunal distal à anastomose, procedida nova ressecção e anastomose. Evoluiu com fístula enterocutânea e foi encaminhada à UTI. Evoluiu com abscessos abdominais, fistula em região de intestino delgado e deiscência de sutura aponeurótica, além de complicações clínicas. Foi reabordada três vezes para correções de complicações. Atualmente encontra-se em acompanhamento ambulatorial. Conclusão: Fibromatose mesentérica é um caso raro descrito na literatura de sintomatologia variada, relativamente de fácil acesso e tratamento variado dependendo de cada caso. O diagnóstico mostrou-se correto e a terapêutica bem sucedida, apesar das complicações.

CODIGO DO TRABALHO: 856

TÍTULO DO TRABALHO: Tumor estromal do trato gastro intestinal como causa de sangramento de origem obscura: um relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: TIAGO FRANCISCO MELEIRO ZUBIOLO; RAFAEL FAVERSANI DE ARAUJO; THIAGO TIESSI SUZUKI; RAFAEL UTIMURA SUETA; GUILHERME AUGUSTO POLAQUINI; MARTIN ZAVADINACK NETO; FERNANDO DE SOUZA; IVAN MURAD. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ, MARINGÁ - PR - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Os tumores estromais gastrointestinais (GIST) são os tumores mesenquimais mais comuns do trato gastrointestinal, representando 1% de todos os tumores. Os sítios mais comuns são: estômago, intestino delgado, cólon e reto. As apresentações e manifestações clínicas variam muito, entre elas: dor abdominal, fadiga, dispepsia, náuseas, anorexia, perda de peso, febre e até obstrução intestinal. O sangramento do trato gastrointestinal (agudo ou crônico) é a apresentação clínica mais comum dos GISTs. Relato de caso: Paciente feminina 74 anos de idade, procurou serviço de emergência com história de sangramento digestivo baixo, com características de hematoquezia, associada a fraqueza e palidez. Inicialmente foram solicitados exames laboratoriais e endoscopia digestiva alta, cujo diagnóstico foi de gastrite enantematosa, sem sinais de sangramento recente. Exame de Colonoscopia evidenciou sinais de sangramento recente, com coágulos em ceco e cólon ascendente, sem lesões evidentes. Exame de tomografia computadorizada de abdome com duplo contraste demonstrou lesão expansiva em pelve, de aspecto heterogêneo, medindo 9,0 x 8,0 cm. Exame de cintilografia de abdome demonstrou sinais sugestivos de sangramento em topografia de cólon ascendente. Exame de cápsula endoscópica não demonstrou origem do sangramento. Durante exploração cirúrgica, evidenciou-se massa pedunculada de aproximadamente dez centímetros no seu maior eixo, localizada na borda antimesentérica de íleo distal, a cinquenta centímetros da válvula ileocecal. A paciente apresentou evolução pós-operatória muito satisfatória, sem evidências de novos episódios de sangramento digestivo. Exame anatomopatológico demonstrou tratar-se de neoplasia fusocelular predominante, com áreas epitelioides, de baixo grau mitótico, com margens livres, com alto risco para progressão da doença, devido ao tamanho da lesão. A paciente foi encaminhada para o serviço de oncologia clínica, iniciando uso de imatinibe de forma adjuvante. Conclusão: A maioria dos casos de GISTs evoluem de forma assintomatica, permanecendo silenciosos até alcançarem grandes tamanhos. Após a investigação preconizada para hemorragia digestiva alta e baixa, a hemorragia digestiva do intestino médio deve ser realizada, incluindo-se endoscopia digestiva alta e baixa, cápsula endoscópica e tomografia computadorizada de abdome e pelve. O tratamento cirúrgico é mandatório na maioria dos casos e, conforme o caso, associar neoadjuvância e adjuvância.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1985

TÍTULO DO TRABALHO: TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL GIGANTE EM ÂNGULO DE TREITZ ? RELATO DE CASO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PAULO KASSAB; ELIAS JIRJOSS ILIAS; LUIZ FELIPE FERREIRA FERNANDES; ANA CAROLINA EL ZOUKI; KAUE POLIZEL SOUZA; RAUL DOS REIS URURAHY; GIULIANE GALEOTE RAMIRES FERNANDES DA COSTA; FELIPE ZOCATELLI YAMAMOTO. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOOs tumores estromais gastrointestinais, ou GIST, consistem em grupo heterogêneo de neoplasias mesenquimais do trato gastrointestinal, podendo acometer qualquer porção desse.Apresentam-se como tumores com limites precisos, de conteúdo cístico, necrótico e com focos hemorrágicos ao corte, originados na camada muscular própria. Não compõem conjunto uniforme de neoplasias, variando em diferenciação e composição histológica. À imunohistoquímica também não se observa homogeneidade, o marcador de superfície c-KIT (ou CD117) está presente quase na totalidade dessa família, porém há exemplares raros que não expressam tal componente. Da mesma forma, o comportamento clínico não segue padrão, havendo espectro desde pequenos nódulos benignos de achado incidental a tumores de dimensões consideráveis, sintomáticos e francamente malignos.Os sítios acometidos, em ordem de frequência, são: estômago; jejuno / íleo; duodeno; intestino grosso; esôfago / apêndice; GIST extra intestinais. RELATO DE CASOMJS, feminino, 66 anos, hipertensa, AVC prévio há 3 anos, ex-tabagista. Episódio de enterorragia há 3 meses como antecedente, trazendo resultados de EDA e colonoscopia que não justificavam o evento. Paciente deu entrada no serviço por episódio de fraqueza e tontura, além de massa abdominal indolor palpável à esquerda.Foram realizados exames laboratoriais que detectaram quadro anêmico. Prosseguiu-se a investigação com TC de abdome, demonstrando formação exofítica de 8,5 x 8,5 x 6,7 cm na 4ª porção do duodeno e jejuno proximal, hipervascularizada, com realce heterogêneo pelo contraste e focos de necrose centrais. O processo expansivo apresentava comunicação com o segmento do delgado adjacente, sem determinar obstrução intestinal à montante.Paciente foi então submetida à laparotomia exploradora, na qual se realizou enterectomia segmentar, com retirada da 4ª porção do duodeno e jejuno proximal, permitindo ressecção em bloco da neoformação. Procedeu-se com posterior entero-entero anastomose em dois planos e posicionamento de dreno tubular. Peça cirúrgica encaminhada à anatomia patológica confirmando hipótese de GIST.Houve evolução pós operatória favorável, com boa aceitação da dieta e progressiva redução do débito do dreno. Paciente recebeu alta hospitalar no 7º PO e permanece em acompanhamento ambulatorial em nosso serviço. CONCLUSÃOOs GIST duodenais compõem afecção rara, porém devem permanecer entre os diagnósticos diferenciais de eventos hemorrágicos GI.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 372

TÍTULO DO TRABALHO: TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL NO ESTÔMAGO - REVISÃO DE 12 ANOS DO SEU TRATAMENTO NO HOSPITAL DE CLÍNICAS - UNICAMP

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DIOGO MARCELO FURTADO1; GUILHERME HUMERES ABRAHAO1; NELSON ADAMI ANDREOLLO1; LUIZ ROBERTO LOPES2; VALDIR TERCIOTI JUNIOR1; JOAO DE SOUZA COELHO NETO1; ALOYSIO IKARO MARTINS COELHO COSTA1; ACHILES QUEIROZ MONTEIRO DE REZENDE1. 1. UNICAMP, CAMPINAS - SP - BRASIL; 2. UNICAMP, CAMPÍNAS - SP - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVO. Revisão e descrição dos pacientes diagnosticados com GIST no estômago entre janeiro/2005 a janeiro/2017 no Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (HC/UNICAMP).MÉTODO. Trata-se de um estudo retrospectivo de revisão de prontuários médicos no Serviço de Arquivo Médico (SAM) do HC/UNICAMP de pacientes diagnosticados com GIST no estômago no período de janeiro/2005 a janeiro/2017. Foram coletados dados: demográficos, clínicos pré-operatórios, estadiamento clínico, características anatomopatológicas da lesão, tratamento cirúrgico, tratamento adjuvante e seguimento pós-operatório. Critério de inclusão: diagnóstico anatomopatológico de tumor estromal gastrointestinal. Critérios de exclusão: perda de seguimento ou óbito com menos de 30 dias pós-operatório.RESULTADOS. Foram estudados 32 (N) pacientes com GIST no estômago. Os pacientes distribuíram-se quanto ao perfil demográfico: 50% do sexo masculino, 78,1% da cor branca, média de idade de 55,1 anos (30 a 79 anos). Os sintomas pré-operatórios foram: hemorragia digestiva alta em 53,1%, dor abdominal em 50%, distensão abdominal em 6,2% e assintomáticos em 6,2%. A localização no estômago foi: 43,7% no corpo, 40,6% no fundo, 12,5% no antro e 3,1% no cárdia. A endoscopia digestiva alta foi o principal método diagnóstico (75%). A maioria dos pacientes apresentava doença localizada no momento do diagnóstico (96,8%). Todos os pacientes com doença localizada foram submetidos a tratamento cirúrgico, sendo, na maioria, por via laparoscópica (77,4%). Dos 31 pacientes operados, 93,5% obtiveram uma ressecção R0. No estudo anatomopatológico prevaleceu: 50% das lesões menores que 5 cm, 75% com neoplasia mesenquimatosa fusocelular, 53,7% com índice mitótico menor que 5 mitoses/50 campos de maior aumento e 93,7% dos casos positivos para c-kit. Apenas dois pacientes (6,2%) receberam quimioterapia com mesilato de imatinibe. O tempo médio de seguimento pós-operatório foi 39,9 meses (3 a 139 meses), sendo observados complicações em dois pacientes (tromboembolismo pulmonar e hérnia incisional). Não foram observados óbitos nesta casuística.CONCLUSÃO. A cirurgia é o padrão-ouro no tratamento curativo do GIST no estômago. Além disso, a quimioterapia com o mesilato de imatinibe oferece uma alternativa terapêutica nas lesões metastáticas e nas recidivas tumorais

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1416

TÍTULO DO TRABALHO: TUMOR GASTROINTESTINAL ESTROMAL (GIST) COM APRESENTAÇÃO EXOFÍTICA PEDICULADO EM GRANDE CURVATURA DO ESTOMAGO. RELATO DE CASO.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LARISSA DE MELO FREIRE GOUVEIA SILVEIRA; EDSON GONÇALVES FERREIRA JÚNIOR; SANDRA LUCIA LODI PERES; THIAGO JARDIM PEREIRA; HUGO ALESSI LIMA MARTINS SOARES; ADALBERTO CAMPINHO CLEMENTINO FILHO; BRENO CARVALHO CAVALCANTE. UNIVASF, PETROLINA - PE - BRASIL.

RESUMO:
O tumor gastrointestinal do tipo estromal, (GIST) tem origem em células progenitoras das células intersticiais que expressam o receptor transmembrana da tirosina quinase CD117 (proteína KIT) e CD34. Mutações com ativação destes receptores desenvolvem a neoplasia.São tumores imprevisíveis no comportamento, a maioria é assintomática e descoberta acidentalmente durante exame endoscópico e radiológico.Pode-se observar a ocorrência do tumor em qualquer segmento do trato digestório onde haja camada muscular, considerando-se todos os componentes da camada muscular, incluindo tecido muscular liso, tecido nervoso originário do plexo miontérico ou de células mesenquimais primitivas, do esôfago ao reto, com distribuição não uniforme nos diversos segmentos.São infrequentes no esôfago e muito mais comuns no estômago onde são encontrados em cerca de 67% dos casos. No intestino delgado sua frequência é em torno de 25%, sendo que 1/3 está presente no duodeno. No cólon e reto está em torno de 10%.O diagnóstico é determinado por estudo histológico e imuno-histoquímico através de marcadores específicos que se fazem necessários para a diferenciação com outros tumores do trato digestório.O tratamento padrão é a ressecção cirúrgica completa.RELATO DE CASO: Paciente masculino, 39 anos, branco, chega ao serviço com relato de epigastralgia refratária a sintomáticos. Negava perda de peso. Exames laboratoriais sem alterações e parâmetros nutricionais adequados. Já portava ultrassonografia de abdome com achado de lesão em parede gástrica, tomografia de abdome com formação expansiva exofítica em grande curvatura gástrica e endoscopia digestiva alta (EDA) com pólipo de JEG, área de abaulamento na mucosa de fundo gástrico, gastrite erosiva leve e duodenite inespecífica. Procedeu-se laparotomia exploradora com achado de lesão de parede anterior de corpo gástrico, de aproximadamente 8cm, sem aderências, nutrida por um fino pedículo vascular de aproximadamente 1cm. Realizada exérese da lesão. Anatomopatológico foi incapaz de diferencias GIST de schwannoma, a imunohistoquímica definiu o diagnóstico: positiva para c-KIT, CD34, DOG1 compatível com tumor do estroma gastrointestinal com células fusiformes. Paciente segue assistomático e em acompanhamento.CONCLUSÃO: A apresentação de GIST de morflogia pediculado é incomum. Sendo uma lesão com potencial maligno sua identificação precoce e tratamento adequados incidem na sobrevida do paciente. BIBLIOGRAFIA:ZIU et al 2016VON MEHREN M. 2016

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2635

TÍTULO DO TRABALHO: TUMOR GLÔMICO GÁSTRICO: RARA CAUSA DE SANGRAMENTO GASTROINTESTINAL

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PALOMA ALVES BEZERRA MORAIS1; RENAN TORRES CAETANO DA SILVA1; GABRIEL SANT`ANA ZUCOLOTO2; PAULO ALVES BEZERRA MORAIS1; DOGLAS GOBBI MARCHESI1; PAULO HENRIQUE OLIVEIRA DE SOUZA1; MARCELO MARTINS DE MOURA1. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO, VITORIA - ES - BRASIL; 2. ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA, VITORIA - ES - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O tumor glômico é uma lesão benigna que se origina de células musculares modificadas do glomo o qual ajuda a regular o fluxo de sangue arterial[1]. São raramente vistos na prática clínica e correspondem a, aproximadamente, 2% de todos os tumores gástricos benignos. Há predomínio em mulheres e maior ocorrência a partir da 4ª década de vida. Apresenta-se principalmente com quadro de dor ou desconforto epigástrico. Também pode se manifestar com hemorragia digestiva baixa[2] e, em casos raros, com anemia severa.[1]Relato do caso: Paciente, 62 anos, sexo feminino, admitida em Hospital Universitário (HU) em agosto de 2016 com histórico de dor epigástrica crônica, em queimação, com piora há 8 meses, acompanhada de hiporexia. Apresentou episódios de melena e hematêmese sucedidos por síncope, necessitando realizar hemotransfusão. Portadora de hipotireoidismo e ex-tabagista. Relato de perda ponderal de nove quilos em oito meses. Nega história familiar de câncer.Em acompanhamento hospitalar prévio, realizou esofagogastroduodenoscopia que evidenciou lesão gástrica com presença de gastrite enantematosa leve de antro e teste da urease negativo. Histopatológico revelou gastrite crônica ativa discreta, Helicobacter pylori negativa, e inflamação crônica ativa associada a material necrótico fibrino-leucocitário. Tomografia computadorizada de abdome evidenciou lesão expansiva sólida localizada na parede posterior do antro gástrico, de provável natureza neoplásica além de colecistopatia calculosa. Marcadores tumorais, CEA, Ca 19-9 e alfafetoproteína, dentro dos valores de referência. Após preparo pré-operatório, procedeu-se a gastrectomia subtotal com reconstrução à Billroth II, enteroenteroanastomose à Braun e colecistectomia sem intercorrências.Imunohistoquímica evidenciou anticorpos para Ki-67, colágeno tipo IV e sinaptofisina positivos e conclui tratar-se de neoplasia composta para por células redondas monótonas em meio a vasos de pequeno calibre. O conjunto dos achados é compatível com tumor glômico. Histopatológico da peça concluiu tratar-se de tumor glômico com limites de ressecção livres de comprometimento neoplásico.Conclusão: Tumores glômicos são um raro tipo de tumor solitário submucoso. Diagnóstico pré-operatório é um desafio e requer uma abordagem médica detalhada[1]. Ressecção em cunha ou gastrectomia subtotal para remoção do tumor pode ser curativo[3]. Apresenta prognóstico favorável devido à baixa recidiva e à raridade da malignização.[1]

CODIGO DO TRABALHO: 2586

TÍTULO DO TRABALHO: Tumor Glômico Gástrico: Um caso raro

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CARLOS EDUARDO DE ARAÚJO PINHEIRO; PAULO HENRIQUE NUNES FERREIRA A DE FARIA; RENZO ALEXIS DELGADO FERNANDEZ; GUSTAVO ARISTOTELES GONÇALVES CARVALHO; CIBELLE MARION BERTOLLI; AGEU DE LIMA VALVERDE; ALLISON TAKEO TSUGE. HOSPITAL DE CLÍNICAS DR RADAMÉS NARDINI, MAUA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O tumor glômico gástrico é um tumor (TU) mesenquimal raro, usualmente benigno e mais frequente em mulheres na 5ª/6ª década de vida. Tem origem no canal neuromioarterial (canal Soucquet-Hoyer), responsável pela termorregulação. Esse TU, usualmente solitário, costuma ocorrer nos tecidos moles periféricos, especialmente na parte distal das extremidades (leito ungueal), porém são citados casos em outros órgãos. Foi descrito pela primeira vez, no estômago, em 1928 por Talijeva e até hoje são poucos os casos relatados.No trato gastrointestinal, os tumores glômicos são mais comumente encontrados no estômago e a principal manifestação clínica é a hemorragia digestiva alta (HDA).Objetivo: Apresentar um caso raro de tumor glômico gástrico.Método: Análise de prontuário, entrevista do paciente e familiares, registros fotográficos do procedimento, peça cirúrgica e revisão de literatura médica.Resultados: Paciente feminino, 27 anos, admitida no pronto socorro de cirurgia geral, com quadro clínico de HDA há três dias. À admissão apresentava choque hipovolêmico grau I, sendo realizada ressuscitação volêmica. Encontrava-se em bom estado geral, descorada 3+/4+, desidratada, FC:91bpm, PA:120x80mmHg. Abdome flácido, indolor a palpação e sem massas, ruídos hidroaéreos propulsivos. Toque retal sem lesões, com melena em dedo de luva. Exames: Hb: 4,9g/dL; leucócitos: 7,03 mil/mm³; plaquetas: 269 mil/mm³, INR: 1,22. A endoscopia digestiva alta evidenciava lesão elevada recoberta por mucosa, com ulceração central, com coágulo e necrose, localizada em transição de parede anterior de antro e pequena curvatura de 3cm de diâmetro. A biópsia evidenciou neoplasia de padrão epitelióide com atipias discretas, ulcerada e com ausência de mucosa gástrica. A imunohistoquímica foi positiva para antígenos CD34, actina, KI-67, vimentina, colágeno IV, o que favorece o diagnóstico de TU glômico. Tomografia computadorizada de tórax, abdome e pelve não demonstrou outras lesões.Optado por enucleação cirúrgica da lesão em parede anterior antral, na pequena curvatura, com sutura primária da parede em dois planos. Paciente apresentou boa evolução e recebeu alta hospitalar no 5º dia de pós operatório. O exame de anatomia patológica e imunohistoquimica da peça confirmaram o diagnóstico de tumor glômico.Conclusão: O presente relato demonstra um caso raro de TU glômico gástrico, que deve ser considerado nos casos de HDA e no diagnóstico diferencial de lesões de submucosa gástrica.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1590

TÍTULO DO TRABALHO: TUMOR MALIGNO PRIMÁRIO DO INTESTINO DELGADO ? RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANTONIO CUSTODIO DA COSTA JÚNIOR1; FELIPE SOARES BRANQUINHO2; ERIKA PATRICIA NETO DE FREITAS2; RAFAEL DA ROSA ERGANG2; RODRIGO LIMA ROSA2; CALIL SALOMÃO ABUD NETO2; HEVERTON RAMOS DOS SANTOS2; RODRIGO ROSSI BUENO2. 1. HOSPITAL REGIONAL DE SANTA MARIA, GAMA - DF - BRASIL; 2. HOSPITAL REGIONAL DE SANTA MARIA, ÁGUAS CLARAS - DF - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoAs neoplasias do intestino delgado são raras, menos de 5% de todos os cânceres do trato gastrointestinal. São divididos em adenocarcinoma, carcinoides, sarcomas e linfomas. O Adenocarcinoma é o mais prevalente e ocorre em adultos na faixa etária entre 50 e 60 anos, sendo mais comum no sexo masculino. O duodeno é o mais atingido (38-55%), seguido do jejuno (18-33%) e íleo (13-24%). Devido a raridade, indolência e inespecificidade dos sintomas, o diagnóstico da doença, geralmente, é tardio e está avançada.A principal forma de tratamento é o cirúrgico que depende da localização e extensão do tumor, podendo ser curativo ou paliativo. Relato de CasoPaciente AMC, feminina, 64 anos, natural do Ceará, admitida na UTI deste nosocômio proveniente de outro serviço com quadro de sepse abdominal. Foi submetida a laparotomia exploradora, sendo evidenciada volumosa tumoração em mesentério e intestino delgado, sólido-cística, violácea, abscedada e com saída de secreção fecalóide local. Foi realizada ressecção segmentar da tumoração com margens cirúrgicas e anastomose primária. No pós-cirúrgico, a paciente seguiu para UTI em gravíssimo estado e evoluiu ao óbito no dia seguinte.A anatomia patológica evidenciou neoplasia maligna do intestino delgado pouco diferenciada, com alta celularidade, indicie mitótico baixo, exibindo áreas fusocelulares (sarcomatóides), outras ora com esboço de rosetas, ora com esboço carcinomatóide. Extensas áreas de necrose. Invasão angiolinfática não evidenciada. Invasão perineural presente e ulceração da serosa. Conclusão As lesões neoplásicas malignas do intestino delgado representam um desafio devido a raridade, ao vago quadro clínico e a dificuldade diagnóstica. O quadro clínico da paciente foi uma sepse abdominal, devido um abscesso do tumor e o seu aspecto macroscópico também sugere que a lesão possa ser um sarcoma. Na descrição do anatomopatológico evidenciamos a presença de algumas células que sugerem está lesão. O diagnóstico histológico final ficou comprometido devido a indisponibilidade da imunohistoquimica neste serviço.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1167

TÍTULO DO TRABALHO: Tumor Neuroendócrino Gástrico Tipo 1 ? Relato de Dois Casos Clínicos.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JULIO CESAR MARTINEZ; CAMILA AMARAL SILVA; ANA CLAUDIA SANTOS JUNQUEIRA FRANCO; JULIANA CECCON; MATHEUS CHRISTIAN SILVEIRA; BRUNNO AUGUSTO JOSÉ COSTA; VINICIUS VERTEMATTI DE CASTRO. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO (PUC-SP), SOROCABA - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Os chamados tumores neuroendócrinos (NET) são neoplasias que se originam do sistema celular neuroendócrino difuso e podem estar presentes em diferentes órgãos. Os NET?s de origem gástrica representam 2 a 4% de todos os NET?s e apenas 0,3% das neoplasias gástricas. As manifestações clínicas típicas incluem: sensação de saciedade precoce, desconforto ou dor epigástrica, pirose/ regurgitação, diarreia ou constipação. Alguns, porém, podem permanecer assintomáticos. Os tumores podem ser divididos clinicamente em três tipos: Tipo 1: 80% dos casos ocorre num contexto de gastrite atrófica. Tipo 2: são raros (5%), associado a síndrome neuroendócrina múltipla (MEN tipo 1) e síndrome de Zollinger Ellison. Tipo 3: 15% dos casos são esporádicos, solitários e sem associação com gastrite atrófica. O diagnóstico é geralmente endoscópico, pela visualização de pólipos. Para confirmação diagnóstica é necessária realização de biopsia com estudo imuno-histoquímico. O tratamento cirúrgico está indicado para tumores tipo 1 e 2 que apresentem mais de seis lesões ou tenham margens comprometidas da ressecção endoscópica ou em pacientes com fatores de risco para metástase. RELATO DE CASO 1: RFM, 38, queixa-se de prurido auricular e traz EDA com biopsia que evidencia gastrite atrófica e lesão subpediculada gástrica com metaplasia de mucosa intestinal incompleta dos revestimentos superficial e glandular. Á biopsia revelou-se neoplasia bem diferenciada e á imuno-histoquímica tumor neuroendócrino moderadamente indiferenciado grau II. RELATO DE CASO 2: RS, 39, com histórico de anemia crônica e queda capilar. Realizou EDA com polipectomia que evidenciou gastrite erosiva elevada de corpo gástrico, H. pylori negativo e pólipo único localizado na grande curvatura do corpo distal. Á imunohistoquímica: NET grau II. Realizou gastrectomia subtotal sem abordagens complementares devido ao grau de benignidade tumoral. Aguarda nova EDA para controle pós-operatório. CONCLUSÃO: Nos casos relatados, apesar da literatura associar a idade média de acometimento da doença aos 60 anos as pacientes encontram-se na quarta década de vida. Em concordância com a literatura, ambas pacientes tiveram seu diagnóstico em NET 1 grau II, condizendo com os sinais apresentados de gastrite atrófica (caso 1) e anemia perniciosa (caso 2). Apesar do pior prognóstico de pacientes com Ki-67 maior que 2%, a paciente relatada (caso 2) apresentou lesão com alto grau de benignidade.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1701

TÍTULO DO TRABALHO: TUMORES DE APENDICE: DOIS RELATOS DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RONALDO RODRIGUES ZACARIAS1; HAMILTON LUIZ XAVIER FUNES1; FERNANDA RIBEIRO FUNES2; JONAS DIAS CAMPOS SEVERI2; FERNANDO BATIGALIA3; CARLOS HENRIQUE DOS REIS CONTE2; DANIEL AUGUSTO DE FERNANDES2; FABIANO DE ALMEIDA FERRARI2. 1. IELAR - HOSPITAL ESPIRITA NOSSO LAR, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL; 2. IELAR-HOSPITAL ESPIRITA NOSSO LAR, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL; 3. 2. FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO (FAMERP), SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Tumores apendiculares apresentam frequência de 0,5%; existem tumores in situ em 0,5% das apendicites (adenocarcinoma mucinoso ou colônico correspondem de 0,08% a 0,2% das peças cirúrgicas de apêndice, e tumores benignos como cistadenoma mucinoso são encontrados em 0,2% a 0,4% das apendicectomias). Este estudo visa relatar um caso de cistadenoma mucinoso apendicular (CMA) e outro de adenocarcinoma de apêndice (AA). Na primeira condição, paciente do sexo masculino admitido com quadro sugestivo de apendicite aguda e histopatológico compatível com CMA, com invasão ileocecal por mucocele que resultou em ileocolectomia segmentar direita e evolução favorável. Na segunda situação, paciente do sexo feminino apresentou quadro intestinal obstrutivo, com histopatológico apendicular indicativo de adenocarcinoma túbulo-viloso moderadamente diferenciado, o que resultou em ileocolectomia segmentar direita e evolução para óbito por complicações hemodinâmicas. Necessário ressaltar que CMA prevalece em mulheres em proporção de 4:1, o que justifica a importância do primeiro relato, e constitui tumor cístico com indicação de hemicolectomia direita em casos de aderência ou invasão ileocecal por mucocele ou se houver supuração local. Já AA acomete homens de meia idade (o que justifica a importância do segundo relato, pois é mais comum em mulheres), e apresenta quadro clínico e abordagem cirúrgica semelhantes ao CMA. Uma vez que tumores apendiculares em geral são diagnosticados somente durante análise histopatológica, torna-se premente conhecer condutas previamente estabelecidas, sobretudo pelo fato de que na maioria dos casos existe quadro clínico compatível com apendicite aguda.

CODIGO DO TRABALHO: 1789

TÍTULO DO TRABALHO: Tumores Estromais Gastrointestinais (GIST) gástricos: relato de caso de GIST gástrico de alto potencial de malignidade e comparação do caso clínico com as bases literárias científicas

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LEONARDO SALVIANO DA FONSECA REZENDE; NINA VASCONCELOS PESSANHA. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOO Tumor Estromal Gastrointestinal (GIST) gástrico, de origem na célula de Cajal do plexo mioentérico do Trato Gastrointestinal (TGI), representa menos de 1% das neoplasias do TGI, mas tem incidência de 1 a 2/100.000 por ano. Mais comum no estômago (40 ? 60%) e intestino delgado (30%). Incidência maior a partir dos 50 anos e no sexo masculino. Sintomas são dor abdominal, desconforto do TGI ou melena. Obstrução parcial causa sensação de empachamento e disfagia. Pode permanecer assintomáticos, com diagnóstico acidental durante cirurgias ou exame de imagem.Tomografia Computadorizada (TC) de abdome é o principal exame de imagem, pois a camada muscular do estômago pode não ser avaliada por Endoscopia Digestiva Alta (EDA). A análise ultra-estrutural, evidenciando características neuromioentéricas, e imuno-histoquímica (IHQ) pelo estudo dos c-proto-oncogenes kit CD117 e CD34, presentes em 90 e 80% dos casos respectivamente, conclui diagnóstico.O prognóstico está relacionado ao Potencial Maligno, pela análise do tamanho da lesão e quantidade de mitoses da lesão por 50 hpf na microscopia eletrônica. A recidiva é 40% e podem ocorrer 20 anos após o tratamento. A sobrevida à exérese completa do tumor é de 50% em longo prazo. A quimioterapia (QT) com inibidor da tirosina quinase, é eficaz nas recidivas e metástases. Tumores irressecáveis ou mestastáticos, a QT elevou a sobrevida para 70% em 2 anos e na exérese completa dos tumores, diminuiu a recidiva para 8%.RELATO DE CASOBRSL, sexo feminino, 68 anos. Relata epigastralgia refratária ao tratamento com Omeprazol. Piora com miastenia, disfagia e perda ponderal leve. EDA e TC de abdome evidenciam massa de aspecto neoplásico na região pré-pilórica da pequena curvatura gástrica. Biópsia indica GIST gástrico. Submetida à gastrectomia parcial, derivação intestinal em Y de Roux, evidência peri-operatória de aderências da gordura adjacente em parede anterior do estômago, com aspecto de infiltração. Peça retirada com margens de 2 cm proximal e distal, e não houve ruptura tumoral dentro da cavidade. Anatomopatológico e IHQ confirmaram GIST gástrico, com marcador positivo para CD117, um linfonodo positivo para neoplasia em 10, e infiltrando gordura adjacente. Encaminhada para Oncologia Clínica, proposta de QT adjuvante.CONCLUSÃOO diagnóstico acidental, através de EDA devido DRGE e sinais de alarme, se encaixa na descrição padrão da doença.A imagem macroscópica incomum ao padrão da doença, justifica as margens de segurança.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 800

TÍTULO DO TRABALHO: TUMORES ESTROMAIS GASTROINTESTINAIS-RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ELIS OLIVEIRA1; BRUNNO AUGUSTO JOSÉ COSTA2; GIOVANNA RELA MATRICARDI3; JULIO CESAR MARTINEZ4; JESSICA PEREIRA PAPAIS5; ANA CAROLINA MONGELLI TRINDADE6; MARIA EDUARDA CRUSCO PACHECO7; VINICIUS VERTEMATTI DE CASTRO4. 1. PUC- SP MEDICINA SOROCABA, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. PUC-SP MEDICINA SORCABA, SOROCABA - SP - BRASIL; 3. PUC-SP MEDICINA SOROCABA, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 4. PUC-SP MEDICINA SOROCABA, SOROCABA - SP - BRASIL; 5. PUC-SP MEDICINA SOROCABA, SUZANO - SP - BRASIL; 6. PUC-SP MEDICINA SOROCABA, SANTOS - SP - BRASIL; 7. PUC-SP MEDICINA SOROCABA, CABREUVA - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOOs tumores estromais gastrointestinais (GISTs) são raros, representando menos de 3% das neoplasias gastrointestinais, porém são os tumores mesenquimais mais comuns do trato gastrointestinal. Normalmente, assintomáticos, com diagnósticos acidentais. O GIST se diferencia de leiomiomas, leiomioblastoma e tumores neuroendócrinos pela tirosina quinase CD117. O diagnóstico e o estadiamento são pelo estudo histológico, imunohistoquímico e tomografia computadorizada (TC) de abdome e pelve. O tratamento é a ressecção cirúrgica da lesão, sendo o tratamento clínico, apenas em casos avançados. Este trabalho tem como objetivo, relatar a evolução de uma paciente, que recusou a abordagem cirúrgica.RELATOSexo feminino, 37 anos, encaminhada ao serviço com queixa de fraqueza progressiva e episódios de fezes escurecidas com odor fétido há 1 ano. Relata arritmia não especificada, em uso de atenolol. Trouxe Endoscopia Digestiva Alta (EDA), com tumor gástrico corpo-antral, GIST? e biópsia revelando neoplasia imatura fuso-celular. Foi solicitada a TC do Abdome e Pelve. Retornou à consulta, com exames que evidenciaram espessamento irregular de aspecto neoplásico com 8 cm de comprometimento da região antral; linfonodomegalias omentais; neoplasia com implantes nodais regionais; adenoma em adrenal esquerda. O tratamento sugerido foi ressecção do tumor. Porém, a paciente se recusou por ter ?medo de cirurgia?sic. Foi orientada a retornar com nova EDA, que mostrou lesão subepitelial em antro com grande ulceração no centro (GIST?). H. pylori negativa. Paciente seguiu negando o tratamento cirúrgico. Em nova consulta, foi orientada mais uma vez sobre a cirurgia, dessa vez concordando. Novos exames foram solicitados. A TC de abdome, mostrou nódulos hepáticos, lesão com aspecto infiltrativo acometendo a parede gástrica, associada a linfonodomegalias locorregionais, nódulo adrenal esquerdo com características de adenoma. O anatomopatológico, lesão Subepitelial ulcerada (GIST?) em antro. Constatou-se que a cirurgia não era mais a opção terapêutica, pela infiltração neoplásica, sendo realizado o encaminhamento para a oncologia.CONCLUSÃOPercebe-se que apesar da dificuldade de diagnóstico precoce do GIST, sua evolução pode ser acelerada. No caso, a paciente teve piora do prognóstico, deixando de ser uma candidata para a ressecção cirúrgica. Conclui-se que apesar de uma ampla confirmação literária da resolução cirúrgica, a opinião contrária da paciente pode ser prejudicial a sua cura.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1113

TÍTULO DO TRABALHO: Tumores Neuroendócrinos do Estômago: Relato de caso, revisão de literatura e protocolo de tratamento.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARIA KAROLINA DE BRITO GOUVEIA1; CLARICE DE ARAUJO CAIO2; CHARLEY RAFAEL COELHO VAZ PACHECO3; THALES BARBOSA DE FARIAS4; DIEGO TAVARES RUFINO ALVES5. 1. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA, RECIFE - PE - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO, RECIFE - PE - BRASIL; 3. UNINASSAU, RECIFE - PE - BRASIL; 4. HOSPITAL BARAO DE LUCENA, RECIFE - PE - BRASIL; 5. HOSPITAL BARÃO DE LUCENA, RECIFE - PE - BRASIL.

RESUMO:
Os tumores neuroendócrinos do estômago, também chamado de carcinóides gástricos, constituem uma gama de tumores raros, provenientes das células enterocromafins (ECL) gástricas. Raramente são malignos. As localizações mais comuns são o intestino delgado, reto e apêndice. Sua incidência tem aumentando na últimas década. Existem três tipos de carcinóides gástricos, dois dos quais estão associados a baixo teor de ácido gástrico e a secreção aumentada de gastrina. O Tipo 1, mais comum, está associado à gastrite atrófica crônica e anemia perniciosa, com bom prognóstico. Tipo 2, está associado a Síndrome de Zollinger Ellison e neoplasia endócrina múltipla do tipo I (NEM1), com bom prognóstico. O Tipo 3 não está relacionado a hipergastrinemia, tendo maior potencial de malignidade. As lesões tipo 1 e tipo 2 são, em geral, assintomáticas. Dor abdominal é mais frequente em tumores maiores: lesões de tipo 3. As lesões tipo 1 e 2 são diagnosticadas pela EDA com múltiplas biópsias. Já os pacientes com doença invasivas (tumores > 1 cm e tipo 3), está indicada a realização de exames de imagem como a TC ou a RNM para visualização de metástases. Os exames séricos são o nível de cromogranina A e a dosagem da gastrina (tipos 1 e 2). O Ki-67 proteína é um marcador de proliferação celular, que apresenta prognóstico para a sobrevida e recorrência do tumor. A sobrevida varia de um curso relativamente indolente da doença tipo 1 até um pior prognóstico na tipo 3.Relato de Caso Paciente do sexo feminino, 69 anos, atendida no serviço de Cirurgia Oncológica do HCP, com sintomas dispépticos, realizou EDA que evidenciou presença de pólipo semi-pediculado no fundo gástrico. A lesão polipóide foi classificada como tumor neuroendócrino (carcinóide), bem diferenciado, grau I, exibindo menos de 1 mitose por 10 campos de grande aumento, medindo 0,6 cm. A imunohistoquímica, cromogranina A e gastrina sérica estavam levemente elevados.Conclusão O carcinóide gástrico apresenta tratamento individualizado. Na lesão tipo 1 faz-se controle endoscópico. As lesões tipo 3 devem ser tratadas agressivamente como o adenocarcinoma gástrico. Os tumores carcinóides de estômago têm uma evolução particular a depender do seu tipo histológico, sendo a normatização das condutas do seu tratamento, de suma importância para o paciente, evitando terapias agressivas ou conservadoras em demasia.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1673

TÍTULO DO TRABALHO: ÚLCERA DUODENAL PERFURADA APÓS CORTICOTERAPIA: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: TICIANE DA COSTA MARTINS; RUBEM ALVES DA SILVA NETO; MARIA CAROLINA COUTINHO X. SOARES; IZABELA AUGUSTA DE OLIVEIRA MEDEIROS; CAROLINA VERTEMATI CAVALIERI. UFAM, MANAUS - AM - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A úlcera péptica resulta de um desequilíbrio entre suco gástrico e as barreiras de defesa da mucosa. Afeta cerca de quatro milhões de pessoas em todo o mundo anualmente, com incidência estimada em 1,5% a 3%. Etiologia é multivariada, e os principais são uso de AINEs, tabagismo, H.pylori. O uso de corticosteroides está associado a um aumento no risco de perfuração da úlcera duodenal. Objetivo: Apresentar um relato de caso de perfuração de úlcera duodenal em um paciente que recebeu tratamento com corticosteróide para lesão eritematosa de pele. Relato do caso: Paciente do sexo masculino de 43 anos, apresentando lesões papulosas pruriginosas e eritematosas em tronco e extremidades com duas semanas de evolução. Iniciou, após avaliação médica, corticoterapia com predinisona 60mg/dia (1mg/kg/dia). Não houve remissão das lesões, mantendo o prurido e evoluindo com coalescência das lesões em tronco e extremidades. Após duas semanas do uso da droga, apresentou dor abdominal súbita de forte intensidade em epigastro, sendo diagnosticado em exame de imagem com abdome agudo perfurativo. No intra-operatório, úlcera perfurada em duodeno foi identificada, sendo feito rafia primária e patch de omento. Conclusão: A associação de corticoterapia e úlcera gastrointestinal é relatada na literatura, e contrariando a apresentação do caso citado, os sintomas são abrandados principalmente em uso de doses acima de 20mg/dia. Apesar de seu efeito imunossupressor, o paciente deste relato apresentou o quadro clássico com dor abdominal, taquicardia e abdome em tábua. Referências: CHUNG, K. T.; SHELAT, V. G. Perforated peptic ulcer-an update. World Journal of Gastrointestinal Surgery, v. 9, n. 1, p. 1, 2017. NGUYEN, M. H. K; ISAAC, K. M.; DOUGHERTY, R. Gastrointestinal perforation: relation to corticosteroid use and COPD?a case report. Journal of Community Hospital Internal Medicine Perspectives, v. 6, n. 4, 2016.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2142

TÍTULO DO TRABALHO: ÚLCERA GÁSTRICA PERFURADA TAMPONADA PEL FÍGADO COM EVOLUÇÃO PARA SEPSE

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LUILSON GERALDO COELHO JUNIOR; BERNARD MOREIRA DE OLIVEIRA; IURY CAMARGOS NERY FERREIRA; CARELL PERES MARRA; ISADORA BRAGA GARCIA NUNES; LAURA CÉSAR ANTUNES; HAMILTON ALEXANDRE GROSMANN BARBOSA; ADÃO JAIR DE SOUZA. FACULDADE ATENAS, PARACATU - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Úlceras gástricas podem perfurar para órgãos adjacentes, como fígado, pâncreas e coração. O primeiro caso de perfuração para o fígado foi relatado 1880, como um achado de autópsia. O envolvimento hepático é demonstrado pela presença de tecido hepático em biópsias endoscópicas ou pela presença de um abscesso hepático subcapsular. RELATO DE CASO: Paciente sexo masculino, 57 anos, deu entrada no setor de emergência com quadro de epigastralgia refratária ao tratamento clínico associada à febre termometrada de 39ºC. Ecografia abdominal e tomografia computadorizada de abdome sugeriram abscesso hepático. Exames laboratoriais evidenciaram anemia normocítica, normocrômica, leucocitose (17500 mm^3), hiperbilirrubinemia direta (1,56 mg/dL), hiperbilirrubinemia indireta (0,9mg/dL), aumento de fosfatase alcalina (762 U/L), TGO (76 U/mL), TGP (52 U/mL) e gama GT (439 U/mL). Iniciado antibioticoterapia endovenosa com ciprofloxacino e metronidazol por sete dias.Evoluiu com piora clínica e foi submetido a procedimento cirúrgico. Durante o ato operatório, identificou-se úlcera gástrica perfurada com fístulização hepática, realizado ráfia gástrica, além de drenagem de conteúdo com resíduos alimentares em parênquima hepático; realizou-se lavagem exaustiva da cavidade abdominal e colocado dreno de penrose em loja hepática. No três primeiros dias de pós-operatório o paciente evoluiu com drenagem de secreção serosanguinolenta pelo dreno, sendo retirado no quarto dia. Mantida a antibioticoterapia com ciprofloxacino e metronidazol, apresentou episódios de febre esporádicos e recebeu alta no nono dia de pós ? operatório. Após seis dias de alta, o paciente retorna ao serviço queixando febre vespertina, refratária ao uso de antitérmicos. Realizado ecografia abdominal que evidenciou abscesso hepático recidivado. Submetido a procedimento cirúrgico com lavagem exaustiva da cavidade e colocado dreno túbulo-laminar na loja hepática. Iniciado cefepime por dez dias, paciente evoluiu sem intercorrências, sendo retirado o dreno no quinto dia. Recebeu alta hospitalar com clindamicina uso por dez dias. CONCLUSÃO:A drenagem do foco infeccioso é imprescindível no tratamento da sepse, devendo ser realizado o mai precocemente possível. A antibioticoterapia com espectro adequado é peça fundamental no tratamento. Úlceras gástricas que fistulizam para o fígado são raras. A maioria das úlceras gástricas são tamponadas pelo omento; sendo assim, este caso é incomum.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2930

TÍTULO DO TRABALHO: Úlcera Péptica Refratária

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: VICTOR REMBRANT CAMPOS LICARIÃO1; TIAGO WAGNER DA SILVA PORTELA1; SANDRO PINHEIRO PESSOA COELHO2; ELAINE CRISTINA MARINHO DA FONSECA2; RODOLFO PORTO REGO2; CLEUCIVAN BASTOS DE OLIVEIRA3; GABRIELA FERREIRA CORREA2; CAROLINA VERTEMATI CAVALIERI2. 1. CENTRO UNIVERSITÁRIO NILTON LINS, MANAUS - AM - BRASIL; 2. FUNDAÇÃO ADRIANO JORGE, MANAUS - AM - BRASIL; 3. FUNDAÇÃO ADRIANO JORGE, MANUS - AM - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoA Úlcera Péptica, responsável por 45% de todas as hemorragias digestivas altas (HDA), consiste em uma descontinuidade na mucosa gastroduodenal com diâmetro igual ou superior a 0,5 cm e que penetra profundamente na parede do tubo digestivo. A colonização pelo H. pylori, uso contínuo de AINE e tabagismo são considerados facilitadores ao seu desenvolvimento.ObjetivoRelatar caso clínico de HDA refratária no Hospital e Pronto Socorro João Lúcio Pereira Machado, Manaus-AM.Relato de CasoPaciente H.T., masculino, 68 anos, tabagista 20 maços/ano, com episódios prévios de HDA, devido a novo episódio de hematêmese foi submetido à endoscopia digestiva alta (EDA) que evidenciou: úlcera gástrica de 3cm, na pequena curvatura do corpo, Classificação Bormann 2, Forrest 2b; lesão cicatricial esbranquiçada na convergência de pregas antral pré-pilóricas; múltiplas erosões em bulbo duodenal elevadas recobertas por fibrina e maiores que 5mm compatíveis com duodenite erosiva. No 5 dia de internação hospitalar (DIH) evoluiu com hematêmese volumosa e instabilidade hemodinâmica sendo abordado clinicamente com transfusão de hemoconcentrados, inibidor de bomba de prótons e cuidados intensivos.No 9DIH teve queda substancial da série vermelha Hb:5.3; HCT:16.4. Nova EDA identificou lesão ulcerada na pequena curvatura gástrica de 1.6cm com vaso visível vermelho com 0.6cm e pulsação arterial (Forrest 2a). Devido falha da terapia endoscópica, recebeu transfusão de 05 concentrados de hemácias e foi submetido a procedimento cirúrgico de emergência, realizando-se vagotomia troncular com antrectomia estendida e reconstrução a Billroth I. Foi encaminhado à UTI no pós-operatório imediato onde permaneceu até o 5PO, recebendo alta hospitalar no 7o PO com melhora clínicolaboratorial, estabilidade da série vermelha e biópsia sem evidências de malignidade.ConclusãoA técnica cirúrgica adotada no presente caso, de úlcera péptica sangrante refratária à terapia endoscópica, é considerada a melhor escolha para úlceras de pequena curvatura gástrica com acometimento da região antral e duodenal por ser uma cirurgia com baixa taxa de recidivas e bom prognóstico.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2761

TÍTULO DO TRABALHO: ÚLCERA PÉPTICA: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JÚLIA CYRÍACO; MESSIAS FROES DA SILVA JUNIOR; BRUNA BERNARDES VIEIRA MAIA; CONRADO ANTONIO VASSELAI. UNIRG, GURUPI - TO - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A Doença Ulcerosa Péptica surge do desequilíbrio entre os mecanismos orgânicos de defesa e os fatores de agressão da mucosa gastroduodenal. A infecção pelo Helicobacter pylori e o uso de fármacos anti-inflamatórios (AINE) são os principais agentes causadores. Dentre as complicações, a perfuração ocupa o primeiro lugar dentre as causas de óbito. O advento de antibioticoterapia para o H. pylori e o uso de bloqueadores de bombas de prótons, tornou o tratamento clínico, o de primeira escolha; restringindo indicações cirúrgicas à refratariedade clinica e/ou endoscópica, úlceras perfuradas e úlceras sangrantes. As técnicas cirúrgicas mais utilizadas são: reconstrução em Y de Roux, Billroth I e Billroth II. Relato de Caso: Paciente MLS, 46 anos. Queixa de hematêmese há 01 dia. Tem diagnóstico prévio de úlcera gástrica. Foi internado e fornecido tratamento de suporte, e então, estabilizado. À internação apresentava Hb: 8,7g/dL, Ht: 25,1%. Realizou endoscopia digestiva alta a qual indicou gastrite endoscópica enantemática leve de antro e úlcera gástrica do tipo Forrest IIa, logo procedeu-se tratamento endoscópico associada a transfusão sanguínea. No dia seguinte evoluiu com Hb: 9,9g/dL, porém apresentou episódios de melena acompanhada de hipotensão 90x50mmHg e nova queda hematimétrica com Hb: 6,2g/dL, Ht: 19,9%. Indicada a cirurgia, na qual realizou gastrectomia subtotal, Billroth 2 associada à anastomose em alça de Braun + vagotomia troncular + sonda nasoenteral. No pós-operatório imediato recebeu transfusão de hemácia, iniciou dieta enteral a partir do terceiro pós-operatório, e alimentação oral no sexto dia, após teste de azul de metileno, sua alta hospitalar ocorreu oitavo dia pós-operatório. Conclusão: Hemorragia digestiva aguda é uma condição clínica comum em prontos-socorros. Sua abordagem inicial deve ser voltada pra as condições hemodinâmicas. A endoscopia é o procedimento de escolha para o diagnóstico e terapêutica iniciais, no entanto uma equipe multidisciplinar deve acompanhar o caso, sendo imprescindível a participação do cirurgião nos casos refratários.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1044

TÍTULO DO TRABALHO: VOLVO GÁSTRICO MESENTEROAXIAL EM PACIENTE COM HÉRNIA DE HIATO ESOFAGICO: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANDRE LUÍS DE CARVALHO NOGUEIRA1; FERNANDO CESAR FERREIRA CALISTRO1; JÚLIA REAL PEREIRA GOMES2; LUCAS ALVES DIAS1; MARYANA NEVES DE SOUZA1; EDUARDO NACUR SILVA1. 1. SANTA CASA DE BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. SANTA CASA DE BELO HORIZNTE, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO:Volvo gástrico é uma condição rara, que consiste em uma rotação do estômago ou parte dele. A rotação pode ser primária, devido alongamento dos ligamentos peritoneais de fixação ou associada a fatores secundários, sendo o mais comum a hérnia de hiato paraesofágica. Pode apresentar-se clinicamente de forma aguda com obstrução completa, ou crônica com períodos de obstrução parcial intermitente. A forma aguda pode levar a estrangulação com perfuração e gangrena. Baseado no eixo de rotação, é classificado em organoaxial, mesenteroaxial ou mista. No volvo organoaxial a rotação ocorre no eixo de uma linha traçada entre o piloro até a junção esofago-gastrica. No tipo mesenteroaxial, o eixo de rotação é uma linha perpendicular ao eixo longitudinal do estômago. O diagnóstico do volvo gástrico é realizado com REED, TC ou EDA, e o tratamento é cirúrgico.RELATO DE CASO:Mulher, 66 anos, com relato de pirose e saciedade precoce há 02 anos, procurou atendimento devido odinofagia, disfagia para sólidos e vômitos de 10 dias de evolução. Em EDA, constatou-se esofagite erosiva acentuada e volumosa hérnia hiatal com alteração do eixo gástrico, suspeitando-se de volvo gástrico. Foi realizado REED, que evidenciou volvo gástrico mesenteroaxial condicionando estase e retardo na passagem do meio de contraste. A paciente foi submetida a Fundoplicatura de Nissen e Gastropexia Videolaparoscópica, evoluindo com melhora dos sintomas.CONCLUSÃO:Devido as variedades de causas, tipos e curso clínico, não há uma estratégia de tratamento cirúrgico ideal para todos os casos de volvo gástrico. A cirurgia deve ser individualizada, com o objetivo de redução do volvo, prevenção da recorrência e reparo de fatores predisponentes. Neste relato de caso o volvo gástrico é crônico, mesenteroaxial, com hérnia de hiato associada e foi tratado por Fundoplicatura de Nissen e Gastropexia Videolaparoscópicos. A correção da hérnia de hiato com fundoplicatura corrige o fator predisponente, e associada a gastropexia, é uma abordagem eficiente e pouco agressiva. O reparo laparoscópico é associado com menos complicações e menor taxa de hospitalização. É recomendado para as formas crônicas e pacientes com risco cirúrgico aumentado. Em casos de pacientes com risco mais alto pode ser realizada apenas a Gastropexia.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1514

TÍTULO DO TRABALHO: VOLVO GÁSTRICO, PÂNCREATICO E ESPLÊNICO ESPONTÂNEO UM RELATO DE CASO.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOAO DA SILVA JUNIOR1; TAMIRES IEMES VICHIATOFF2; ROBERTO TUSSI JUNIOR2; WANDERSON WILLIAN DOS SANTOS DIAS3; LEONARDO RUIZ CASEMIRO1; JACQUELINE BARBOSA DA COSTA4; JOÃO GABRIEL BRANDÃO DA SILVA5; FERNADA DOS SANTOS OUSHIRO6. 1. FAMEMA, MARÍLIA - SP - BRASIL; 2. UNIMAR, MARÍLIA - SP - BRASIL; 3. HOSPITAL CRISTO REDENTOR, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 4. UNISUL, TUBARÃO - SC - BRASIL; 5. FIMCA, PORTO VELHO - RO - BRASIL; 6. FAMEMA, MARÍLIA - RS - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Baço errante é uma condição clínica rara que ocorre devido à frouxidão ou ausência dos ligamentos intraperitoneais normais, que mantêm o baço em sua posição anatômica. O volvo gástrico compartilha da mesma etiopatologia devido ausência ou fragilidade dos ligamentos intraperitoneais. A ocorrência de volvo pancreático simultâneo, torna o quadro ainda mais raro, pouco descrito na literatura.Relato de Caso: No presente caso, paciente sindrômico, sexo masculino, 22 anos, com quadro de dor abdominal de forte intensidade associado a vômitos e febre. No exame físico do abdome encontra-se abdome distendido, hipertimpanismo, com sinais de irritação peritoneal, nos exames laboratorias apresentava leucopenia e elevação da PCR, na tomografia de abdome havia acentuada distensão gasosa gástrica com elevação da cúpula frênica diafragmática esquerda e deslocamento do baço e do pâncreas medialmente bem como pneumatosis na parede gástrica, presença de gás no sistema porta e ascite moderada.Conclusão: O doente foi tratado cirurgicamente por gastrectomia parcial vertical associado a esplenectomia.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1505

TÍTULO DO TRABALHO: VOLVO GASTRICO: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCELO FERNANDES MAIA DE LIMA; HENRIQUE MOURA PARREIRA; RODRIGO SPÍNOLA E SILVA; FERNANDO SIMÕES DE SENA; LUIZ HENRIQUE DE ARAÚJO P. COSTA; ANDERSON FREITAS DE SOUZA ASSIS MORAIS; MARIA CLARICE A. VASCONCELOS; LARISSA SILVEIRA GUSMAO. HOSPITAL MARCIO CUNHA, IPATINGA - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O Volvo Gástrico é definido como uma rotação anormal do estômago superior em 180 graus, ocasionado quadro oclusivo intestinal alto em contexto agudo ou crônico.A forma aguda é mais rara, representada por dor abdominal súbita, vômitos, distensão epigástrica, impossibilidade de sondagem gástrica e incapacidade de vomitar, apesar de náuseas e esforços frequentes, sendo os 3 últimos componentes da tríade de Borchadt. Pode evoluir com isquemia gástrica, necrose e perfuração, transformando-se assim em uma emergência cirúrgica com mortalidade em torno de 30% a 50%. A segunda apresenta-se de forma oligo/assintomática inespecífica, por desconforto abdominal ou queimor epigástrico e pode possuir exames complementares dentro da normalidade, configurando-se como de difícil elucidação diagnóstica.RELATO DE CASO: Paciente 80 anos, depreendida no setor de Pronto-Socorro do Hospital Márcio Cunha em Ipatinga-MG queixando-se de epigastralgia, náuseas e hemeses incoercíveis há 3 dias, em borra-de-café. Drenagem por sonda nasogástrica obteve extrusão imediata de 1500ml de secreção caracteristicamente gástrica. Intercorreu com necessidade de suporte ventilatório invasivo, sendo encaminhada à unidade de tratamento intensivo. Após estabilização clínica, foi submetida a estudo tomográfico abdominal, que revelou volumosa distensão gástrica sugestiva de obstrução alta em conjunção com hérnia diafragmática volumosa. Procedeu-se a laparotomia de urgência, que depreendeu volvo gástrico perfurado em grande curvatura, associado a hérnia diafragmática compreendendo cólon transverso, antro gástrico e grande omento. Realizou-se gastrorrafia, lise de aderências com redução abdominal do conteúdo herniário, herniorrafia diafragmática e gastrectomia parcial englobando necrose gástrica.Apresentou evolução pos-operatória lenta, em condições de alta da unidade intensiva no 50º dia pos-operatorio, ainda em regime de internação, mantendo evolução estável.CONCLUSÃO: O Volvo Gástrico é condição que pode cursar com incaracterística expressão sintomatológica, além de análise complementar sem alterações, podendo gerar atraso diagnóstico e terapêutico, definidor de aumento de morbimortalidade. A presente produção visa promover a discussão acerca desta condição a fim de torná-lo alternativa diagnóstica a ser aventada prematuramente, o que é vital para a instituição terapêutica precoce e correta, evidenciando a aplicabilidade e o interesse médico da presente produção científica.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1228

TÍTULO DO TRABALHO: VOLVO JEJUNAL SECUNDÁRIO A MÁ-ROTAÇÃO INTESTINAL EM ADULTO - um caso incomum de abdome agudo

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: SAULO BORBOREMA TELES; FÁBIO ISRAEL LIMA CASTELO BRANCO MARQUES; IGOR BOTELHO DE ARAUJO; RAFAELA CRISTINA DE CAMPOS; ALEXANDRE SANTANA DE OLIVEIRA GALVÃO; DANIEL DE CASTILHO DA SILVA. HOSPITAL HELIÓPOLIS, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A má rotação intestinal é uma anomalia congênita decorrente de uma rotação incompleta ou não rotação do intestino no eixo dos vasos mesentéricos superiores durante o desenvolvimento embriológico. É uma condição familiar para os cirurgiões pediátricos, porém a incidência em adultos é de apenas 0,2%,com alta morbidade devido ao risco de necrose intestinal. Este trabalho objetiva relatar um caso de volvo jejunal em paciente adulto, secundário a má-rotação intestinal. Relato de caso: EML, masculino, 28 anos, com queixa de dor abdominal com 4 dias de evolução, em cólica, difusa, refratária a analgesia comum, associada a vômitos recorrentes pós-prandiais e febre não aferida. Negava diarreia, perda ponderal ou outros sintomas. Já havia procurado outros três serviços desde o surgimento dos sintomas. Referia quadro semelhante há 1 ano, com resolução espontânea. Sem outros antecedentes pessoais. Ao exame físico, estado geral regular, postura antálgica e levemente desidratado. Abdome plano, ruídos hidroaéreos presentes e propulsivos, depressível, doloroso difusamente à palpação, com defesa voluntária e massa palpável em mesogástrio, móvel. Exames laboratoriais sem alterações significativas. Radiografia de abdome evidenciou alças de delgado distendidas e agrupadas em quadrante inferior esquerdo, bem como ausência da moldura colônica. Tomografia computadorizada de abdome demonstrava o sinal da via láctea em abdome superior. Indicada laparotomia exploradora, identificada rotação de aproximadamente 720º de alças de delgado e cólon em torno da raiz do mesentério, em sentido horário, com membranas de tecido fibroso fixando-as, sem sinais de isquemia aguda, porém com ingurgitamento e ectasia de vasos intestinais. Realizado procedimento de Ladd: Após liberação de aderências, volvo foi desfeito, permitindo visualização de má-rotação intestinal, com ceco livre na cavidade e transverso posicionado abaixo das alças de delgado. Realizado fixação do ceco em fossa ilíaca direita e apendicectomia. Paciente apresentou boa evolução pós-operatória, com reintrodução da dieta e retorno dos hábitos intestinais precoces. Recebeu alta hospitalar no 3º pós-operatório, sendo acompanhado ambulatorialmente. CONCLUSÃO: A má-rotação intestinal deve estar presente entre os diagnósticos diferenciais de abdome agudo obstrutivo no adulto, visando uma identificação precoce e redução da morbidade. Com isso, evitam-se complicações graves como necrose intestinal e síndrome do intestino curto.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2511

TÍTULO DO TRABALHO: VOLVULO DE INTESTINO DELGADO: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: NAILTON GALDINO DE OLIVEIRA; MAURO HENRIQUE DE SA ADAMI MILMAN; MARCIO JOSE CARDOSO AMARAL; ROGERIO APARECIDO ESTEVES NEVES; JOSE ROBERTO MELCHIORI BUCCO. HOSPITAL REGIONAL DE COTIA, COTIA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: vólvulo do Intestino Delgado é uma condição rara e frequentemente se apresenta como doença congênita que afeta crianças menores de um 1 ano de idade. Sua ocorrência na vida adulta pode estar relacionada à má rotação do intestino médio na vida embrionária ou como resultado de aderências pós cirúrgicas, ou ainda, uma combinação de ambas. Vólvulo de intestino delgado pode representar um desafio para o cirurgião, principalmente, quando sua presença está associada à sinais e sintomas insidiosos leves e a achados de imagens inconclusivos. Relato de Caso: paciente do gênero feminino, 67 anos, procurou serviço de urgência com história de dor abdominal difusa, tipo cólica, em crises, associada à parada de eliminação de flatos e fezes há 1 semana. Referiu apendicectomia por laparotomia mediana há 17 anos, quando iniciou quadro de obstipação, e episódios álgicos semelhantes recidivantes há 10 anos. Ao exame físico, apresentava bom estado geral, abdome discretamente distendido e doloroso difusamente a palpação, com ampola retal repleta de fezes e os exames laboratoriais e a radiografia de abdome estavam normais. Medidas conservadoras aliviaram os sintomas e, no 3° dia de internação, recebeu alta hospitalar assintomática com solicitação para realizar tomografia computadorizada (TC) de abdome ambulatorialmente. Este exame evidenciou vólvulo de delgado marcado pelo sinal da roda. A paciente foi internada e submetida a laparotomia exploradora, que evidenciou vólvulo de delgado em jejuno proximal com rotação de 360 graus em sentido horário e inúmeras aderências (bridas), sem sinais de sofrimento. As aderências foram desfeitas e o intestino foi desvolvulado. A paciente evoluiu bem no pós-operatório com introdução da dieta no 3° dia e alta no 6° dia pós-operatório, está em acompanhamento ambulatorial com relato de melhora do transito intestinal e sem queixa de dor. Conclusão: o vólvulo de intestino delgado é uma patologia incomum, pode se apresentar de maneira insidiosa e exige tratamento cirúrgico.

CODIGO DO TRABALHO: 390

TÍTULO DO TRABALHO: A dissecção ? necessária e indispensável no aprimoramento das habilidades cirúrgicas na formação básica do currículo acadêmico

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RAUL EDMO TEIXEIRA AMITI1; JOAO CARLOS NEPOMUCENO GONCALVES2; RAQUELI PERTEL2; HEITOR SOARES MORAIS3; BRIANE BRUNETTI GON3. 1. UNESC / COLATINA, ITAPERUNA - RJ - BRASIL; 2. UNESC / COLATINA, COLATINA - ES - BRASIL; 3. UNESC - COLATINA, COLATINA - ES - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO - Diz-se, e com razão, que só se aprende verdadeiramente cirurgia praticando, por isso a diossecção se mostra como abre alas desta habilidade. O ato de observar, a descoberta, o adestramento manual e a comparação do normal com o anormal conferem a técnica de dissecção, o ensino de potencialidades únicas não suplantadas por qualquer outro método, por mais perfeito que seja. OBJETIVO ? demonstrar a dissecção como método de autoaprendizagem por excelência na prática cirúrgica. METODOLOGIA - Trata-se de uma revisão da literatura, realizada entre fevereiro e dezembro de , no qual realizou-se uma consulta a livros e periódicos selecionados. As palavras-chave utilizadas na busca foram dissecção, ensino, técnica cirúrgica e uso de 2014. Os critérios de inclusão para os estudos encontrados foram a abordagem da dissecção como forma de ensino, e estudos comparativos entre esta e outras modalidades de aprendizagem. Logo em seguida, buscou-se estudar e compreender os principais parâmetros e forma de aplicação empregados nos estudos encontrados. RESULTADOS - O manuseio do material cadavérico de fato, aprimora as habilidades cirúrgicas. O uso de animais vem sendo admitido por algumas instituições, para aprendizado inicial de algumas técnicas básicas de dissecção, pois sem essa vivência, os acadêmicos continuarão seu aprendizado no doente muito do que poderia e deveria ter sido na prática dissectiva. CONCLUSÃO - Estudantes que praticam a dissecção mostram melhor desempenho nas avaliações práticas do que colegas sem essa oportunidade. Então, mesmo os defensores da abordagem tradicional demandam uma uniformização das práticas cirúrgicas, usando a dissecção, mesmo que em modelos animais. REFERÊNCIAS Gomes AP, Rego S, Palácios M, Siqueira-Batista R. Análise bioética do uso de recém-cadáveres na aprendizagem prá- tica em medicina. Rev Assoc Med Bras. 2010.Mota MF, Mata FR, Aversi-Ferreira TA. Constructivist pedagogic method used in the teaching of human anatomy. Int J Morphol. 2010.Notaris M, Topczewski T, Angelis MD, Ensenat J, Alobid I, Gondolbleu AM, et al. Anatomic skull base education using advanced neuroimaging techniques. World Neurosurg. 2013.Martyn H, Barrett A, Trotman P, Nicholson H. Medical students? responses to the dissection of the heart and brain: a dialogue on the seat of the soul. Clin Anat. 2012.Fornaziero C, Gordan P, Carvaho M, Araujo J, Aquino J. O ensino da anatomia: integração do corpo humano e meio ambiente. Rev Bras Educ Med. 2010.

CODIGO DO TRABALHO: 2839

TÍTULO DO TRABALHO: Ação da Rutina Enzimaticamente Modificada sobre o Adenocarcinoma de Cólon. Estudo in vitro.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: NATALIA PERES MARTINEZ; GIULIA MAZARO DE OLIVEIRA; YOLLANDA EDWIRGES MOREIRA FRANCO; ALESSANDRA GAMBERO; ANA CARLA FRANCO UBINHA; DANIEL DE CASTILHO DA SILVA; GUILHERME DI CAMILLO ORFALI; DENISE GONCALVES PRIOLLI. UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO (USF), BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Tendo em vista o aumento da incidência de câncer em todo o mundo, têm-se intensificado os estudos a procura de compostos capazes de tratar tal doença. Nesse contexto despontam os flavonoides, substâncias antioxidantes encontradas em abundancia no reino vegetal que possuem baixa toxicidade, além de desempenharem diversos efeitos benéficos à saúde do homem. Considerando que os efeitos dos flavonoides dependem da estrutura molecular em que são apresentados, as reações de biotransformações enzimáticas surgem como ferramentas capazes de incrementar a biodisponibilidade dos produtos obtidos, mantendo suas ações biológicas. OBJETIVO: Estabelecer se a rutina enzimaticamente modificada desempenha ação na profilaxia e terapia do adenocarcinoma de cólon. MÉTODOS: A rutina hidrolisada (RH) foi obtida a partir da desglicosilação, sendo monitorada posteriormente por espectrometria de massa (ESI-MS). O ensaio da sulforrodamina B foi utilizado para avaliar a atividade antiproliferativa da RH sobre células HT-29/adenocarcinoma de cólon. Ciclo Celular e Apoptose foram analisados para a mesma linhagem celular por citometria de fluxo após estímulos da RH em 6, 12, 24 e 48 horas. RESULTADOS: O crescimento de células foi inibido com o uso de RH (pCONCLUSÃO: A rutina enzimaticamente modificada possui ação antineoplásica na profilaxia do adenocarcinoma de cólon. REFERÊNCIAS: ARAUJO, M. E. M. B. et al. Enzymatic de-glycosylation of rutin improves its antioxidant and antiproliferative activities. Food Chemistry, v. 141, n.1, p.266-273, 2013.ORFALI, G. C. et al. Review of anticancer mechanisms of isoquercitin. World Journal of Clinical Oncology, v. 7, n. 2, p. 189-199, 2016.

CODIGO DO TRABALHO: 2499

TÍTULO DO TRABALHO: ADENOCARCINOMA DO COLO DO UTERO TRATADO COM TRAQUELECTOMIA RADICAL : RELATO DE UM CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MIRNA KARINE DE BRITO MELO ESCÓRCIO1; MARIA CLARA CHAVES MONTEIRO2; DÉBORA SARA NEVES LIMA1; RAIMUNDO NONATO VAZ DE SOUSA FILHO3; ISADORA MARIA MATIAS BATISTA1; DAVI BRAGA DE CARVALHO3; LEONARDO FORTES GOMES3; PAULO AFONSO DE OLIVEIRA RIBEIRO3; CAIO ALCOBAÇA MARCONDES4; SABAS CARLOS VIEIRA5; ALESSANDRA MARIA CERQUEIRA DE SOUSA4. 1. UNINOVAFAPI, TERESINA - PI - BRASIL; 2. UNINIVAFAPI, TERESINA - PI - BRASIL; 3. FACID, TERESINA - PI - BRASIL; 4. UESPI, TERESINA - PI - BRASIL; 5. UFPI, TERESINA - PI - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O tratamento padrão do adenocarcinoma do colo do útero em estádios iniciais é a histerectomia radical com linfonodectomia pélvica bilateral ou pesquisa do linfonodo sentinela. No entanto em pacientes que desejam manter a fertilidade a traquelectomia radical é uma alternativa à histerectomia radical. Não existe estudos randomizados comparando as duas técnicas, mas séries de casos não tem demonstrado pior prognóstico nas pacientes que se submeteram a traquelectomia radical. OBJETIVO : apresentar um caso de adenocarcinoma invasivo do colo do útero tratado com traquelectomia radical e pesquisa do linfonodo sentinela. RELATO DE CASO: Paciente de 31 anos de idade, casada, procurou atendimento oncológico para avaliação de lesão em colo de útero em março de 2016, como diagnostico de adenocarcinoma moderadamente diferenciado do colo do útero estádio Ib1. Paciente submeteu-se a traquelectomia radical abdominal associado à pesquisa do linfonodo sentinela bilateral. A pesquisa do linfonodo sentinela foi realizada através da injeção de 4ml do corante azul patente em quatro quadrantes do colo do útero no início da cirurgia. Paciente evoluiu bem no pós-operatório recebendo alta no segundo dia de pós-operatório. No oitavo dia de pós-operatório, apresentou sangramento no colo do útero que foi cauterizado.No exame histológico final havia somente denocarcinoma in situ residual medindo 0.8cm, margens e paramétrios livres, os linfonodos sentinelas também foram negativos. Após nove meses do procedimento retornou sem queixas, menstruação normal e citologia oncótica normal. Paciente assinou consentimento informado. CONCLUSÃO: A traquelectomia radical com pesquisa de linfonodo sentinela é uma opção terapêutica para pacientes com carcinoma invasivo do colo do útero em estádio inicial que desejam manter a fertilidade.

CODIGO DO TRABALHO: 2846

TÍTULO DO TRABALHO: ALTERAÇÕES CARDÍACAS EM RATOS WISTAR IDOSOS DIABÉTICOS INSULINODEPENDENTES APÓS TREINAMENTO FÍSICO E USO DE TESTOSTERONA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RAFAELA DE SOUZA OLIVEIRA1; CAROLINA FREITAS SILVA1; ROMEU PAULO MARTINS SILVA2. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE/MEDICINA, RIO BRANCO - AC - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE UFAC /MEDICINA/MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAUDÊ NA AMAZÔNIA OCIDENTAL UFAC, RIO BRANCO - AC - BRASIL.

RESUMO:
Resumo: O diabetes mellitus é uma doença crônico degenerativa, caracterizada pela deficiência na secreção de insulina pelas células ? da ilhotas de Langerhans, pela atuação da mesma em tecidos alvos ou ambos os casos. O objetivo do trabalho foi verificar possíveis alterações cardíacas de animais diabéticos em condições pós-exercício e uso de testosterona, onde ratos Wistar idosos (12 meses) foram distribuídos em grupos: Normal (N), Normal Tratado (NT), Diabéticos (D) e Diabéticos Tratados (DT); os grupos NT e DT receberam aplicações de durateston® equivalente a (15 mg/kg peso) da massa corpórea duas vezes por semana durante as quatro semanas. Todos os animais realizaram 20 sessões de treinamento aquático com sobrecarga de 5% da massa corporal durante 40 minutos diários. Ao final destas sessões os animais foram anestesiados com aplicação intraperitoneal de Ketamina e Xilazina e foram sacrificados imediatamente pós-exercício, em situação de exaustão, para realização das mensurações cardíacas através de paquímetro e balança digital. Resultados: As análises ANOVA e TURKEY mostraram no grupo diabético tratado (DT) o maior peso absoluto cardíaco (1,28±0,17g) comparado com os outro grupos N (1,21±0,18g), NT (1,11±0,09g) e D (1,26±0,24g) para um pppConclusão: O exercício físico com o uso de anabolizantes em ratos idosos diabéticos pode resultar em alterações cardíacas podendo levar alterações do desempenho físico para esportes aeróbicos de alta intensidade tanto quanto na redução de gordura visceral.

CODIGO DO TRABALHO: 813

TÍTULO DO TRABALHO: Análise da opinião de estudantes do interior do Ceará sobre os critérios de doação de órgãos

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: AFONSO ELAN COSTA SILVINO; CARLOS ALEFE SOUSA NASCIMENTO; JÚLIO CÉSAR CHAGAS E CAVALCANTE; FRANCISCO DE ASSIS COSTA SILVA; DINA ANDRESSA MARTINS MONTEIRO; LUCAS TADEU ROCHA SANTOS; MIKAELLE LOPES RODRIGUES; WANESSA RIBEIRO DE OLIVEIRA. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, SOBRAL - CE - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Analisar a opinião de estudantes de medicina do interior do Ceará sobre quais critérios de doação de órgãos deveriam ser adotados. Método: De abril a junho de 2016 foi aplicado um questionário sobre o tema doação de órgãos a estudantes de medicina do interior do Ceará. Foram analisados 170 questionários respondidos por acadêmicos do primeiro ao sexto semestre da UFC/campus Sobral. Esses alunos responderam a 17 questões sobre diversos aspectos relacionadas ao tema. Os participantes assinaram termo de consentimento livre esclarecido e autorizaram a divulgação dos dados, com a preservação do anonimato. Os resultados foram reunidos e apurados através do Google Formulário. Resultados: Dos 170 questionários analisados 11,2% (19) acham que a distribuição dos órgãos deve ser por critério cronológico, 0,6% (1) por critérios econômicos, 90,5% (153) por critérios de gravidade do paciente e 0% por critérios socioeconômicos ou políticos. Em relação aos critérios para inclusão do doador 32,5% (55) eram a favor da doação presumida, 54,4% (92) a favor da doação consentida, 0% a favor do comércio e 15,4% (26) a favor da doação por meio de incentivos. Conclusões: Conclui-se, no presente estudo, que a maioria dos estudantes é a favor do consentimento familiar e da gravidade do receptor do órgão, como critério para doação de órgãos, mas merece particular atenção a opinião dos estudantes em relação ao tempo de permanência na fila de transplantes e a existência de incentivos à doação. A análise mostra que apenas 19 levam em consideração tempo de permanência na lista de espera, sendo a maioria 153 a favor da legislação vigente. Vale ressaltar que as listas de doação de órgãos não funcionam por ordem de chegada, observando condições médicas, como compatibilidade sanguínea, tempo de espera e gravidade da doença. No que se refere aos critérios de inclusão do doador, boa parte dos acadêmicos (92) é a favor da doação consentida, porém importante parcela (55) é a favor da doação presumida, bem como alguns (26) gostariam de incentivos com a doação. Acerca disso , no Brasil, a doação de órgãos é feita de forma consentida, sendo a forma presumida extinta desde 2001.Bibliografia: Associação brasileira de doação de órgãos, Transplantes, Ética em transplantes. Disponível em: . Acesso em 5 de Janeiro de 2017.

CODIGO DO TRABALHO: 2092

TÍTULO DO TRABALHO: Análise de formulário eletrônico para registro de procedimentos cirúrgicos básicos por acadêmicos de medicina.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CARLOS ALBERTO CASTRO TEIXEIRA JÚNIOR; ARTHUR VIOLANTE SAPIA; CAIO KZAN GEYER NOGUEIRA; RAMIRO COLLEONI NETO; DIEGO ADAO FANTI SILVA; MARTIN MARCONDES CASTIGLIA. UNIFESP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVO: Levantar e analisar os dados referentes aos procedimentos básicos realizados pelos alunos de graduação da EPM-UNIFESP durante o estágio no Pronto Socorro de Cirurgia do Hospital São Paulo através de um formulário.MÉTODO: Aplicação de um formulário online aos alunos, cujo preenchimento não era obrigatório, contendo: dados de identificação do aluno, do paciente, do procedimento realizado e do supervisor do atendimento.RESULTADOS: Durante o ano letivo de 2016, 117 alunos do sexto ano do curso médico frequentaram à unidade curricular divididos em grupos de 7 a 8 pelo período de 20 dias, incluindo plantões. O questionário foi respondido por 68% dos alunos. Os principais procedimentos foram: Sutura (47,6%) drenagem de abcessos (18,8%) e passagem de sonda vesical (9,7%). A topografia demonstrou que a maioria das suturas e procedimentos ocorreu em mão (22,3%) e face (14,5%), com uma média de 4,3 suturas por aluno. O estudo demonstrou que os supervisores foram em 84,8% dos casos residentes de primeiro e segundo ano de cirurgia geral. Os atendimentos considerados mais relevantes envolveram vítimas de trauma, queimaduras e de acidentes com mordeduras de animais. Entre os casos operados, os principais diagnósticos foram apendicite (38%) e colecistite (18,3%) sendo 90% dos acessos realizados por laparotomia. Os principais problemas foram falta de adesão e subnotificaçõesCONCLUSÃO: Os dados obtidos através deste formulário mostram sua utilidade como ferramenta de avaliação do cenário e das atividades da unidade curricular, permitindo seu aperfeiçoamento para o desenvolvimento de competências e habilidades cirúrgicas essenciais para os alunos de medicina.BIBLIOGRAFIA:1.Tools used to assess medical students competence in procedural skills at the end of primary medical degree: a systematic review. Jelovsek JE & Kow N, Diwadkar GB - Med Educ. 2013 Jul;47(7):650-732.Tools for direct observation and assessment of clinical skills of medical trainees: a systematic review. Kogan JR, Holmboe ES & Hauer KE - JAMA. 2009 Sep 23;302(12):1316-263.Successful intravenous catheterization by medical students. Woelfel IA & Takabe K - J Surg Res. 2016; 204(2):351-604.An audit of basic practical skills acquisition of final year medical students in a Nigerian medical school. Jebbin NJ & Adotey JM. - Ann Afr Med. 2012 Jan-Mar;11(1):42-5

CODIGO DO TRABALHO: 2410

TÍTULO DO TRABALHO: ANÁLISE DO CONHECIMENTO E OPINIÃO DOS ESTUDANTE DE MEDICINA EM RELAÇÃO A DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E CORPO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: SEBASTIÃO CARLOS DE SOUSA OLIVEIRA; CARLOS ALEFE SOUSA NASCIMENTO; ANTONIO LUCAS ALBUQUERQUE DE SABOIA; SUYANE GOMES LEITE; JOSÉ AUGUSTO COSTA OLIVEIRA; GISELLE FURTADO SILVA; DANIEL HARDY MELO; HELENIRA LOURENÇO DE SOUSA. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, SOBRAL - CE - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: ?O desenvolvimento da anatomia humana como ciência morfológica está intrinsecamente relacionado à utilização de cadáveres. Por meio das atividades de dissecção, os conceitos das diversas estruturas anatômicas são aplicados nos campos de atuação das ciências da saúde, principalmente na medicina. Porém, as atividades de dissecção são cada vez menos frequentes nas disciplinas de disciplina de anatomia. Acredita-se que a escassez de cadáveres nos laboratórios de anatomia seja o principal fator para a diminuição dessas atividades. O objetivo deste trabalho foi avaliar o conhecimento e opinião de acadêmicos do curso de medicina do sobre a doação de cadáveres. Metodologia?: um estudo transversal foi conduzido com a participação de 69 alunos do primeiro e do segundo semestres da faculdade de medicina da Universidade Federal do Ceará, em Sobral. Um questionário adaptado a partir de Saha (2015), com 13 perguntas sobre a opinião e o conhecimento dos acadêmicos em relação à doação de órgãos e corpos foi aplicado. Os dados foram agrupados em uma planilha da plataforma Google Sheets e analisados estatisticamente. Resultados:? a faixa etária dos estudantes estava compreendida entre 17 e 33 anos. Aproximadamente 37% dos estudantes são do sexo feminino. 73% dos estudantes responderam positivamente em relação a doação de órgãos. 17% responderam que estariam dispostos a doar seu corpo, tanto para doação de órgãos quanto para estudos anatômicos. 23% responderam que não preencheram o formulário de compromisso para doação de órgãos por que desejam saber mais sobre o assunto. Conclusão?: por meio da pesquisa, pode-se conhecer os principais aspectos que influenciam a opinião dos acadêmicos de medicina em relação à doação de órgãos e cadáveres.Bibliografia: PEARSON, William G.; HOAGLAND, Todd M.. Measuring change in professionalism attitudes during the gross anatomy course. Anatomical Sciences Education, ?[s.l.], p.12-16, 2009. Wiley-Blackwell. http://dx.doi.org/10.1002/ase.113. SAHA, Anubha. Body Donation after Death: The Mental Setup of Educated People. Journal Of Clinical And Diagnostic Research, ?[s.l.], p.5-9, 2015. JCDR Research and Publications. http://dx.doi.org/10.7860/jcdr/2015/12246.6011.

CODIGO DO TRABALHO: 525

TÍTULO DO TRABALHO: Análise dos modelos de ensino no acesso venoso central guiado por ultrassom

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANA CAROLINA OLIVEIRA DA SILVA1; ADRIANO DIAS TRAJANO2; ANNE KAROLLINE MENDES DA SILVA3; FLÁVIO DE PÁDUA BRITO DE FIGUEIREDO ALMEIDA4; GEORGE PALMEIRA BRAGA5; GILVANDRO DE ASSIS ABRANTES LEITE FILHO4; THALITA FRANÇA PAGELS5; YOHANA OLIVEIRA DE BARROS4. 1. FAMENE, JOAO PESSOA - PB - BRASIL; 2. COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 3. UNIPE, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 4. FAMENE, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 5. UFPB, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVO: O uso de ultrassonografia para realização de acesso Venoso Central (AVC) tem sido cada vez mais frequente por minimizar os riscos do procedimento. Dessa forma, esse trabalho busca apresentar a utilização de modelos de ensino para melhorar proficiência dos profissionais de saúde e, consequentemente, aumento de segurança aos pacientes. MÉTODOS: Revisão bibliográfica sistemática dos últimos cinco anos das bases de dados Google Acadêmico e PubMed, através dos descritores ?acesso venoso central?, ?acesso venoso guiado por ultrassonografia? e ?acesso venoso?. RESULTADOS: O estudo de sete artigos científicos mostrou que modelos tecnológicos para simulação de AVC guiado por USG são necessidades em expansão, devido aos altos custos para sua obtenção. Onde há recursos financeiros, profissionais são treinados com manequins de alta fidedignidade e 92% concordam que o treinamento foi adequado para aprender o procedimento. Na ausência de recursos, modelos experimentais são construídos com manequins de moda e 76% dos estudantes sentem-se habilitados a realizar a técnica in vivo. Para a realização do AVC ecoguiado, a confecção de regiões de gelatina cobertas com curativos de pele hidrocoloide, a qual minimiza a ruptura da superfície física por transdutores e agulhas, permite maior número de punções para treinamento. Outra opção consiste da mistura de água com gelatina incolor em recipiente com dois orifícios de diferentes diâmetros, nos quais canos plásticos simulam vasos sanguíneos, aliando baixo custo e semelhança de ecotextura e densidade do tecido humano. Existem também modelos animais, utilizam-se peitos de frango descongelados, nos quais são introduzidas próteses de Dacron® e de PTFE® com datas vencidas de validade, suturadas com linha de costura ou fios de algodão, preenchidos com esferas hidrofílicas, com baixo custo e excelente aplicabilidade. Modelo similar a este, é feito com peitos de frango, balões de modelagem e látex de paredes finas ou tubos de silicone, à medida que a agulha passa através da parede do modelo, a aparência do ultrassom e a sensação tátil são semelhantes às dos tecidos e vasos humanos.CONCLUSÕES: A simulação é uma forma bem sucedida para incorporar o aprendizado experiencial ao currículo médico de graduação. A discussão fornecida aqui pode servir como um esboço para o planejamento de professores interessados no desenvolvimento de programas de simulação expandida para estudantes de medicina.

CODIGO DO TRABALHO: 725

TÍTULO DO TRABALHO: Análise microscópica das alterações inflamatórias em enxertos de gordura através de novo sistema de pontuação para variáveis de fase aguda e crônica

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANA PAULA MARTINS SEBASTIÃO; FELIPE HAUPENTHAL; ANDRÉ D`AVANÇO DE MORAIS; APAGAR REGISTRO. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR), CURITIBA - PR - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: O predomínio da taxa de inflamação aguda em relação ao processo inflamatório crônico na análise de lâminas histológicas representa resolução mais lenta do processo de integração de enxertos, favorecendo os resultados estético-funcionais do procedimento por reduzir possíveis complicações, como perda tecidual, fibroses e formação de cistos. Porém, há carência de um modelo sistematizado para avaliação das variáveis que determinam a relação entres os processos inflamatórios, fato este que prejudica a comparação entre os estudos e interfere em resultados decorrentes da análise microscópica. O objetivo do presente estudo foi propor um modelo de pontuação para diferenciar de maneira objetiva os indicadores de inflamação aguda versus processo inflamatório crônico, necessários para a análise da influência de substâncias administradas na velocidade de resolução do processo inflamatório decorrente de lipoenxertia.Método: 16 lâminas contendo tecido gorduroso retirado de lipoenxertia prévia, a qual foi realizada em ratos Wistar divididos em grupo-controle (ausência de fármaco) e grupo de estudo (administração do fármaco), foram coradas com Hematoxilina-Eosina e analisadas por microscópio óptico. A fim analisar as alterações inflamatórias presentes no tecido avaliado, um sistema de pontuação foi criado: para a fase aguda, foram consideradas as variáveis congestão, edema e infiltrado inflamatório polimorfonuclear, recebendo pontuação de zero (ausência de achados) a -3 (achados acentuados) conforme a intensidade das variáveis encontradas. Para a fase crônica, as variáveis consideradas foram tecido de granulação, infiltrado inflamatório monomorfonuclear e fibrose, recebendo pontuação de zero (ausência de achados) a +3 (achados acentuados) conforme a intensidade das variáveis encontradas.Resultados: O grupo de estudo obteve pontuação média de 1,63, contra 3,75 do grupo-controle (p-valor=0,023), indicando predominância do processo inflamatório agudo no grupo de estudo em relação ao grupo-controle, ou seja, maior velocidade na resolução do processo inflamatório no grupo-controle.Conclusões: A utilização do sistema de pontuação considerando as variáveis inflamatórias resultou no alcance de resultados estatisticamente significativos na comparação entre os dois grupos presentes no experimento, permitindo afirmar que a administração do fármaco favoreceu a integração microscópica da lipoenxertia, desacelerando a resolução do processo inflamatório de absorção tecidual.

CODIGO DO TRABALHO: 564

TÍTULO DO TRABALHO: Antibioticoprofilaxia: uma revisão de literatura

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANA CLÁUDIA LEITE VILELA1; ARTHUR BARROSO VIDAL VILARINHO1; ANA BEATRIZ MORAES DE ABREU SALGADO2; CARLOS HENRIQUE PONTE COELHO DE ASSIS2. 1. FACULDADE ATENAS, PARACATU-MG - MG - BRASIL; 2. UNIRG, GURUPI - TO - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: A antibioticoprofilaxia é definida como a administração de antimicrobiano a fim de prevenir infecções e doenças ainda não estabelecidas.A administração de antibióticos como profilaxia em cirurgia deve-se considerar: a classificação da cirurgia, espectro escolhido, dose e duração. No entanto, os relatos têm mostrado a escolha incorreta, sem embasamento científico, acarretando graves consequências aos pacientes. Sabendo disso, os autores propõem a criação de um fluxograma abrangente que oriente -principalmente nos hospitais onde há carência de manuais e a CCIH é inoperante- os médicos quando na necessidade do uso de antimicrobiano para esse fim. Método: Fora realizado extensa revisão bibliográfica em artigos, guidelines e livros de Farmacologia e Cirurgia a fim de abordar as consequências do uso indiscriminado de antibióticos, bem como os fatores necessários para que a antibioticoprofilaxia seja eficaz. Em última etapa, os autores criaram um fluxograma que evidencia gradativamente o processo de escolha do antibiótico a ser usado de maneira profilática. Resultados: Os antimicrobianos estão entre os fármacos mais prescritos no ambiente hospitalar, correspondendo a 20-50% dos custos com medicamentos. O seu uso racional é estabelecido como o ato de prescrição que resulta no sucesso clínico com mínima toxicidade para o paciente e reduzido impacto sobre a resistência microbiana. As principais variáveis a serem consideradas para a escolha do antibiótico são: espectro de ação reduzido, custo, segurança e tolerabilidade do fármaco. Conclusões: O uso indiscriminado de antibióticos tem se tornado cada vez mais frequente em âmbito mundial. Uma alternativa de diminuir essa medida iatrogênica, seria uma maior fiscalização das entidades de ensino na área da saúde, garantindo uma melhor formação acadêmica; e dos comitês de infecções hospitalares, ao analisarem o tipo de antibiótico e o seu tempo de uso em cada caso. Por fim, a contínua construção de algoritmos em cada unidade hospitalar, com sua criação científica incentivada pelos gestores, também poderia ser uma importante alternativa. Bibliografia: 1. SANTANA, RS, et. Al. Consequências do uso excessivo de antimicrobianos no pós-operatório: o contexto de um hospital público.Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgia, pg 149-154, 2014. 2. Hospital Sírio-Libanês. Protocolo de antibioticoprofilaxia no paciente cirúrgico. 4° ed. São Paulo: 2014.

CODIGO DO TRABALHO: 653

TÍTULO DO TRABALHO: APENDICECTOMIA CONVENCIONAL VERSUS LAPAROSCÓPICA: REVISÃO DE CASOS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GIOVANNA SORGATO TESSMANN; CAROLINE MARCELE MACIEL BERGER; BETINA FRANCIOSI; BETINA NEUTZLING; CHRISTIAN FERREIRA; MARIANA FERREIRA; RENATA ROCCA; OSCAR EDUARDO LUZ DE CARVALHO LEITE. HOSPITAL ERNESTO DORNELLES, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Apendicite aguda é a principal causa de abdome agudo inflamatório, acometendo 8% da população e com pico de incidência entre 10 e 30 anos. O princípio do tratamento é a cirurgia precoce e vários estudos foram realizados comparando as cirurgias aberta e videolaparoscópica quanto aos seus desfechos.Objetivos: comparar os casos de apendicite aguda submetidos à apendicectomia convencional ou laparoscópica no período de 01/08/2014 a 31/08/2016 quanto à taxa de infecção de ferida operatória, taxa de abscesso intra-abdominal no pós-operatório, taxa de reoperação e tempo de hospitalização em um hospital do sul do Brasil. Métodos: Análise retrospectiva de dados do prontuário de pacientes submetidos a apendicectomia videolaparoscópica ou apendicectomia convencional de 01/08/2014 a 31/08/2016.Resultados: de 235 pacientes selecionados, 218 foram submetidos à apendicectomia laparoscópica (grupo 1) e 17 à convencional (grupo 2). Os grupos eram homogêneos quanto a sexo, idade média e comorbidades. Não houve diferença estatisticamente significativa entre taxa de infecção de FO (5,9% x 13,3%, respectivamente; p=0,256) e taxa de abscesso intra-abdominal (11,8% x 13,3%, respectivamente; p=0,694). A taxa de reoperação foi de 2,3% no grupo 1 e de 0% no grupo 2 (p=0,999). Não houve diferença no tempo de internação para as duas modalidades [grupo 1: Md 3 dias (2-4 dias); grupo 2: Md 3 dias (2-3,5 dias); p = 0,897]. A taxa de conversão para cirurgia aberta foi 2,75%. Não houve diferença estatisticamente significativa no tempo desde a internação até a realização da cirurgia (70,6% do grupo 1 submetidos à cirurgia nas primeiras 24h de internação vs 88,2% no grupo 2; p = 0,163).Conclusão: as características demográficas da população em questão são semelhantes às analisadas em outros trabalhos. Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa para nenhuma das análises de desfechos realizadas, provavelmente pelo pequeno tamanho amostral e baixo poder estatístico do trabalho. No entanto, pode-se notar uma tendência à menor taxa de infecção de ferida operatória e menor taxa de abscesso intra-abdominal em pacientes submetidos à apendicectomia videolaparoscópica, que se enquadram nos resultados de outros estudos realizados comparando as duas técnicas. Também não houve diferença entre o tempo de internação dos pacientes submetidos a apendicectomia videolaparoscópica e convencional e uma tendência maior à reoperação no grupo da apendicectomia videolaparoscópica.

CODIGO DO TRABALHO: 2061

TÍTULO DO TRABALHO: ASPECTOS MORFOFUNCIONAIS DO COMPORTAMENTO DO ENXERTO VENOSO HOMÓGENO EM DERIVAÇÃO DA VIA BILIAR EM COELHOS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PLÍNIO AUGUSTO MOREIRA FONSECA; JOAO BATISTA VIEIRA DE CARVALHO; NAYARA FARIA PRADO; ANA LUCIA CARVALHO; MARÍLIA SARGAÇO DE OLIVEIRA; CAMILA VIEIRA DE CARVALHO PEREIRA REIS; LARA VARINI SOARES. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALZIRA VELANO, ALFENAS - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Os procedimentos de reconstrução das vias biliares com a utilização de próteses ou plastias com tecido da própria via biliar associam-se com complicações graves. A veia safena autógena tem sido utilizada como enxerto venoso para a substituição de segmentos arteriais de forma reversa no tratamento da insuficiência coronariana e no trauma.OBJETIVO: O objetivo deste estudo foi a verificação da viabilidade da utilização de segmento venoso homógeno para a derivação da via biliar estenosada e dilatada.MATERIAL E MÉTODO: Utilizamos vinte coelhos (dez doadores do enxerto venoso-v. cava caudal ? Grupo I) e dez coelhos receptores (Grupo II .) Os coelhos do Grupo I foram submetidos a cirurgias de ligadura do colédoco distal para determinar dilatação das vias biliares proximais. Após sete dias foram relaparotomizados e submetidos à derivação da via biliar dilatada com interposição de segmento venoso da veia cava caudal reverso entre a vesícula biliar e a 1ª porção do duodeno com anastomose T-L com prolene 70. Após quinze dias os coelhos receptores foram mortos e o segmento de veia autógena retirado em continuidade com a via biliar derivada para estudo histológico em HE.RESULTADOS: Observou-se boa perviedade da via biliar principal após a reconstrução com segmento venoso e da icterícia. A microscopia revelou processo inflamatório e fibrose sem oclusão. Ocorreram fístulas em 30% dos animais que receberam o enxerto sem evidências de ruptura macroscópica.CONCLUSÕES: Este estudo sugere que a utilização de segmento venoso homógeno devalvulado pode ser um substituto da via biliar .

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2962

TÍTULO DO TRABALHO: ATM/ATR COMO MEDIADORAS CHAVES NA RESPOSTA AO DANO AO DNA NO CÂNCER COLORRETAL

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LETÍCIA ESCOBAR VICENTINI; TALITA MOURO MARTINS; CHRISTIAN BORNIA MATTAVELLI; YOHANNA AMENDOLA BENTO; BÁRBARA VILELA MANCILHA; MAYCON GIOVANI SANTANA; MARCELO LIMA RIBEIRO; DENISE GONCALVES PRIOLLI. UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: De acordo com a OMS estima-se para 2025 mais de 20 milhões de novos casos de câncer, e no Brasil, 34.280 novos casos de câncer de colón e de reto (CCR), colocando-os como terceiro tipo mais frequente em homens e segundo em mulheres. Desta forma são necessários estudos com novas perspectivas de tratamento nesta patologia. As células são alvos de muitos danos em seus DNAs diariamente. Essas lesões, se não reparadas, promovem a morte celular ou originam mutações deletérias que afetam o crescimento da célula, podendo desenvolver malignidade, como o câncer. Diante desses danos o organismo desenvolveu complexas vias de sinais para detectá-los e repará-los, conhecidas como Resposta ao Dano ao DNA (DDR), sendo as vias ATM/ATR mediadoras chaves nesta resposta. Esse trabalho objetiva melhorar o conhecimento sobre as vias ATM/ATR, destacando a especificidade de seus papeis em detectar, reparar e inibir as lesões causadas às células no ciclo celular e seu provável sucesso na aplicação terapêutica de câncer colorretal. Método: A revisa?o bibliogra?fica foi realizada nos sistemas Medline, SciELO, PubMed e Lilacs através de análise crítica dos artigos científicos. Resultados: Os mediadores ATM/ATR atuam na regulação da dupla ruptura de moléculas do DNA, desencadeada extrinsecamente por radiação ionizante e intrinsecamente através do colapso da forquilha de replicação; no estresse de replicação do DNA e na ativação da p53. Esses eventos possuem um papel vital na ativação do checkpoint G1/S e G2/M do ciclo celular, os quais previnem que células com danos no DNA continuem a multiplicação, e gerem o câncer. Por isso, o papel inibitório dessas quinases vem sendo estudado para ganhar aplicabilidade clínica e envolvimento na terapêutica de neoplasias colorretais, como monoterapia ou em combinação com quimio ou radioterapia. Conclusão: A biologia moderna se baseia na evolução do câncer como um processo hiperalimentado pela instabilidade genética. Nesse contexto, a ideia de que ATM e ATR são ativadas por estresse oncogênico mostra que as células cancerígenas dependam de vias de DDR para sobreviver à esta instabilidade genômica. Dessa forma, a descoberta da alta especificidade do papel reparador e inibitório das ATM/ATR e seu provável sucesso na aplicação terapêutica do câncer colorretal traz uma perpectiva no tratamento do CCR.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1581

TÍTULO DO TRABALHO: AVALIAÇÃO DA REPARAÇÃO TECIDUAL SOB APLICAÇÃO DA PASSIFLORA EDULIS S. NA CICATRIZAÇÃO DE QUEIMADURAS EM CAMUNDONGOS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ROBSON DAVID DE ARAÚJO LIAL1; BIANCA GONÇALVES BEZERRA1; DALVA KARINE BELLO SANTOS1; WELLIGTON RIBEIRO FIGUEIREDO1; DIEGO COIMBRA ALENCAR1; GUILHERME MEIRELES FERREIRA2; ESMERALDA MARIA LUSTOSA BARROS3; NAYANA PINHEIRO MACHADO DE FREITAS COELHO1. 1. FACULDADE INTEGRAL DIFERENCIAL, TERESINA - PI - BRASIL; 2. HOSPITAL GETÚLIO VARGAS, TERESINA - PI - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ, TERESINA - PI - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: As queimaduras são injúrias tidas como uma das mais onerosas atualmente. Para tentar minimizar esses custos investe-se em prevenção, curativos entre outros fatores. Tais curativos são baseados em substâncias que estimulam, por exemplo, a granulação do tecido vivo e/ou sejam bacteriostáticos/bactericidas. Como alternativa ao que foi exposto tem-se a Passiflora edulis S. cuja apresenta atividades analgésica e anti-inflamatória. OBJETIVOS: Avaliar quantitativamente e qualitativamente o impacto da aplicação da Passiflora edulis S. no processo inflamatório de reparação de queimaduras induzidas em camundongos. Além de buscar métodos alternativos que sintetizem o tempo de recuperação de queimaduras. MÉTODO: A pesquisa respeitou a lei 11.794/2008 e foi iniciada após aprovação do CEP da Faculdade Integral Diferencial sob o protocolo 027/13. Os instrumentos de pesquisa foram 30 camundongos distribuídos de forma aleatória em 3 grupos. Após indução de queimaduras, o grupo controle recebeu aplicação via tópica do extrato da folha da Passiflora edulis S. (obtida por manipulação), além de receber analgesia durante experimento. Após estudo, os ratos foram eutanasiados. Os dados obtidos foram submetidos à análise estatística utilizando o programa GraphPad Prisma 5.0 pelo método ANOVA seguido do teste Tukey com intervalo de confiança igual a 0,95 e pRESULTADOS: No 14º dia pós queimadura o grupo controle (QT) apresentou desaparecimento de infiltrado inflamatório, fibrócitos e total modelação de fibras colágenas quando comparado com outros grupos o que demonstrou maior rapidez na reparação tecidual. Já na parte quantitativa houve menor número de células inflamatórias no grupo QT (pCONCLUSÕES: Verificou-se uma maior eficiência na cicatrização de queimaduras induzidas em camundongos quando aplicado o extrato de Passiflora edulis S.BIBLIOGRAFIA:Cezar-Vaz MR, Bonow CA, Sant?Anna CF, Cardoso LS, Almeida MCV. Identificação de queimaduras térmicas como injúria relacionada ao trabalho de soldadores. Acta paul. enfermagem. 2015; 28(1):74-80. Oliveira SHSO, Soares MJGO, Rocha PS. Uso de cobertura com colágeno e aloe vera no tratamento de ferida isquêmica: estudo de caso. Rev Esc Enferm.2012; 44(2):346-351.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1711

TÍTULO DO TRABALHO: AVALIAÇÃO DE LOGBOOKS EM TREINAMENTO DE CIRURGIA DE EMERGÊNCIA E URGÊNCIA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CAIO AUGUSTO DE CARVALHO LEMOS; CARLOS MAGNO QUEIROZ DA CUNHA; DIEGO FREITAS FÉLIX; GIOVANNI TROIANI NETO; VICTOR ANDRADE DE ARAÚJO; MATHEUS FACÓ JESUÍNO SIMÕES; JOSÉ EVERARDO SILVEIRA NETO; FRANCISCO JULIMAR C. DE MENEZES. UNIVERSIDADE DE FORTALEZA, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: O uso de Logbook permite conhecer mais profundamente as práticas discentes e o crescimento individual desenvolvido nos ambientes clínicos. Também é possível intervir com antecedência caso esteja ocorrendo desvios dos objetivos propostos pelas atividades. Assim, este trabalho tem o fito de relatar a análise de 15 logbooks de extensionistas um treinamento em Cirurgia de Emergência e Urgência de um hospital secundário de Fortaleza.Método: No treinamento, os alunos completam 360 horas dividida em 30 plantões. Em duplas, são supervisionados por 2 cirurgiões, e realizam procedimentos básicos e auxiliam em procedimentos mais complexos. Após os plantões, os alunos são convidados a discorrer sobre os procedimentos ocorridos no dia e descrever sua participação neles, seja como realizador, 1º auxiliar, 2º auxiliar ou observador. Também foi pedido que relatassem dificuldades encontradas durante as atividades, a fim de identificar possíveis problemas no treinamento. Foram avaliados 15 portfólios extensionistas. Eles continham a carga horária e os procedimentos realizados durante os plantões, bem como as dificuldades encontradas. Aspectos éticos foram respeitados.Resultados: Dos 15 extensionistas, 11 haviam concluído o programa até a realização do relato, mas todos com carga horária acima de 240 horas. Foi identificado que 100% já haviam realizado procedimentos básicos como sutura, drenagem de abscesso cutâneo, exérese de corpo estranho e exérese ungueal. Com a progressão de complexidade a porcentagem de execução dos procedimentos vai diminuindo, com 100% tendo realizado acesso venoso central, 93,33% debridamento de úlceras, 86,66% drenagem torácica e 73,33% paracentese. É importante ressaltar a participação dos alunos como primeiro ou segundo auxiliar em grandes cirurgias, como apendicectomia (100%), laparotomia exploratória (100%), herniorrafias (100%) e amputação supra ou infra patelar (86,66%).Conclusões: Percebe-se que o uso de logbook permite, além do registro dos procedimentos realizados, permite que os gestores do estágio observem a importância dessa prática. No referido treinamento, constata-se que os alunos realizam diversos procedimentos de baixa, média e alta complexidade, sempre acompanhados dos cirurgiões, o que, como já descrito na literatura, permite o desenvolvimento de habilidades procedurais essenciais não só para a Cirurgia Geral, mas para a prática médica como um todo.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 782

TÍTULO DO TRABALHO: Avaliação do risco nutricional e sua relação com complicações pós-operatórias em pacientes oncológicos submetidos à cirurgia do TGI no HUSF

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ROBSON MATRONE COSTA; LEONARDO BAYLÃO NIGRE; HUMBERTO JOSÉ PORTELLA GARCIA; ALINE TROVÃO QUEIROZ; MARCIO ALEXANDRE TERRA PASSOS; PEDRO PAULO DOS SANTOS CASTILHO; RAFAEL NETO PEREIRA; EDUARDO VICTORINO DE OLIVEIRA; FERNANDA FIGUEIRA FEIJÓ. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SUL FLUMINENSE, VASSOURAS - RJ - BRASIL.

RESUMO:
RESUMO:o estado nutricional é um dado clínico importante e de prognóstico nos pacientes cirúrgicos.O presente estudo busca avaliar o risco do estado nutricional dos pacientes oncológico, que serão submetidos à cirurgia do tratogastrointestinal no Hospital Universitário Sul Fluminense, e sua relação com complicações pós-operatórias. Serão utilizados para avaliação nutricional dos pacientes os critérios da NRS 2002 associado a níveis de albumina sérica.A desnutrição, também chamada de desnutrição relacionada à doença (DRM), pode ser o resultado de uma ingestão nutricional deficiente uso prejudicado ou perda de macro e ou micronutrientes, ou pode resultar de inflamação aguda ou crônica. Adequada nutrição pré-operatória e pós-operatória diminui o período de incapacidade após a cirurgia, diminui a incidência de complicações pós-operatórias e melhora a cicatrização. Quando o consumo alimentar de uma pessoa saudável é reduzido em um período entre 10 e 12 dias, podem ocorrer deficiências de vitaminas, micronutrientes e proteínas, resultando em diminuição da aptidão física, menor resistência às doenças, aumento na susceptibilidade a processos infecciosos e interferência no processo normal de cicatrização de feridas. É claro que o estado nutricional pode se deteriorar durante a internação hospitalar, levando à desnutrição, que ocorre em 20 e 60% dos pacientes hospitalizados, mas também afeta pacientes ambulatoriais em percentuais menores. A Sociedade Européia de Nutrição Clínica e Metabolismo (ESPEN) publicou novos critérios baseados em consenso para a desnutrição, que deveriam ser aplicados independentemente do cenário clínico e da etiologia, quando o rastreamento da desnutrição der um resultado positivo. O Rastreio de Risco Nutricional 2002 (NRS-2002) é a ferramenta proposta pelas diretrizes ESPEN principalmente para a detecção de indicações de suporte nutricional.OBJETIVO:Avaliar a associação do estado nutricional com complicações pós-operatórias em pacientes portadores de câncer submetidos a cirurgias do trato gastrointestinal no Hospital Universitário Sul Fluminense.RESUSLTADOS:trata-se de um estudo de coorte prospectivo com inicio da coleta de dados em fev/2017 e com termino em ferv/2018.CONCLUSÃO:o número de dados amostrais de pacientes não é significativo para correlacionar a desnutrição e complicações pós operatórias até o presente momento.BIBLIOGRAFIA:1. Bistrian B, Blackburn G, Hallowell E, estado Heddle R.Protein de sur- geralgico patients.J Am Med.

CODIGO DO TRABALHO: 1319

TÍTULO DO TRABALHO: AVALIAÇÃO EXPERIMENTAL DA EFICACIA DA ANASTOMOSE COLO-COLICA COM E SEM PREPARO INTESTINAL: ESTUDO EXPERIMENTAL EM CÃES

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: WELLIGTON RIBEIRO FIGUEIREDO1; GUILHERME MEIRELES FERREIRA2; ROBSON DAVID DE ARAÚJO LIAL3; BRENDA PAULA BRITO LOBÃO3; ARISTIDES SILVA PINHEIRO FILHO3; WILDSON SANTOS CRAVEIRO ROSA3; ILLOMA ROSSANY LIMA LEITE3; VIVIANNE CARVALHO SOARES DE ARAÚJO3. 1. HOSPITAL GETULIO VARGAS, TERESINA - PI - BRASIL; 2. HGV, TERESINA - PI - BRASIL; 3. FACID, TERESINA - PI - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O preparo intestinal é definido como o conjunto de medidas empregadas com objetivo de conseguir um cólon totalmente livre de resíduos fecais com redução significativa da flora bacteriana e com mínimo de desconforto e risco para os pacientes. Objetivo: Avaliar experimentalmente em cães as anastomoses colo-cólicas sem preparo intestinal comparando com anastomoses realizadas com preparo intestinal prévio. Método: Foram utilizados 42 animais (Canis familiares) fêmeas distribuídos em 2 grupos com 21 animais em cada: grupo I (controle) ? com preparo intestinal e grupo II (estudo) ? sem preparo intestinal prévio. Os animais de ambos os grupos foram submetidos à laparotomia com secção do cólon descendente e anastomose primária com fio de polipropileno. Os animais foram submetidos à eutanásia no 21º dia de pós-operatório com laparotomia e avaliação da anastomose colo-cólica quanto à presença de complicações e grau de aderências intestinais e a pressão de ruptura da anastomose. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da FACID com protocolo Nº 187/11. Resultados: Ocorreu um (4,5%) óbito em cada grupo sendo o do grupo I (controle) no 7º dia pós-operatório devido à deiscência da anastomose e outro no 10º dia de pós-operatório no grupo II(estudo) devido à infecção de sítio cirúrgico incisional profunda com deiscência total da parede abdominal. Não foi observado diferença estatisticamente significante no grau de aderências intestinais entre os grupos. Durante a realização do teste de pressão de ruptura ocorreu ruptura da anastomose de um animal em cada grupo e não houve diferença estatisticamente significante entre os grupos (p>0,05). Conclusão: A anastomose colo-cólica sem preparo intestinal apresentou a mesma segurança e eficácia da anastomose realizada com preparo prévio.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2539

TÍTULO DO TRABALHO: CIRROSE HEPÁTICA INDUZIDA EM CIRURGIA EXPERIMENTAL: REVISÃO DE LITERATURA.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: TIAGO BRAGA DUARTE1; RITA DE CÁSSIA SILVA DE OLIVEIRA2; GISELE MOURA DE OLIVEIRA LEITE2; MARIANA ALBUQUERQUE DÓREA2; JOÃO BOSCO LIMA NASCIMENTO JUNIOR1; MARIANA ROCHA BOHNE3; BEATRIZ HOLANDA GONÇALVES1; RAFAELLA MACEDO MONTEIRO DA CRUZ2. 1. UFPA, BELÉM - PA - BRASIL; 2. UEPA, BELÉM - PA - BRASIL; 3. CESUPA, BELÉM - PA - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Avaliar os principais modelos de indução a cirrose em animais, comparando-os entre si a fim de se obter o método mais eficiente e vantajoso. Métodos: foram analisados, através de artigos acadêmico-científicos e publicações, modelos tradicionais e amplamente difundidos. Bases de dados como Lilacs, Scielo e Pubmed foram utilizadas, sendo usados os descritores Cirrose, Modelos Animais, e Tetracloreto de Carbono. Foram selecionados materiais em inglês e português publicados no período entre 2010 e 2016. Resultado: Dentro da gama de 50 artigos coletados, 19 foram descartadas por não se adequarem aos critérios analíticos. Os métodos mais utilizados recaem sobre basicamente três vias de indução a cirrose hepática: tetracloreto de carbono (CCl4), dimetilnitrosamina (DMN) e, mais recentemente, a via da tiocetamida (TAA). Há ainda o modelo de estenose dos ductos biliares (colestase), que em virtude do caráter invasivo do procedimento e da alta mortalidade, tratar-se de um procedimento que cada vez mais entra em desuso. A cirrose induzida por DMN, composto hepatotóxico e carcinogênico, é extremamente letal, ao passo que a indução por CCl4, apesar de relativamente rápida, age lesionando os citocromos P-450 do fígado de forma severa, resultando ocasionalmente no óbito desnecessário de animais. Nesse cenário, a indução resultante de TAA, que reduz a atividade antioxidante do fígado ao passo que acentua a peroxidação lipídica neste órgão, revela-se mais interessante, uma vez que é menos letal e apresenta padrão histológico muito semelhante ao da cirrose humana, apesar de demandar um período de tempo maior de indução da cirrose. É necessário ressaltar que embora o TAA seja frequentemente mais vantajoso que o CCl4, artigos discorrem sobre a variação de sensibilidade aos métodos de acordo com a espécie de rato ou camundongo. Nesse cenário, aplicações intraperitoneais de TAA podem resultar em maior mortalidade quando comparadas a administração oral de CCl4. Além disso, vale ressaltar o emprego de hepatectomia, sendo combinada às diversas técnicas cirrótico-indutivas, embora seja um procedimento temido, pois a reserva funcional do órgão é inferior ao normal, não suportando grandes ressecções. Conclusão: Dessa forma, conclui-se que a via da TAA é aconselhável quando validado adequadamente para a espécie de roedor que se deseja trabalhar, vide o quadro patológico semelhante a cirrose hepática humana, assim como maior reprodutibilidade e segurança de utilização.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1625

TÍTULO DO TRABALHO: Cirurgia conservadora da mama associada à radioterapia X Mastectomia: índice de sobrevida global em hospital privado do sul do Brasil.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ISABEL CRIVELATTI1; ANA PAULA AFFONSO GOMES2; NORAH ANA BURCHARDT PICCOLI2; MAIRA CALEFFI2. 1. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL (PUCRS), PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 2. HOSPITAL MOINHOS DE VENTO DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: No Brasil, na última década, o rastreamento oportunístico do câncer de mama significou aumento nas taxas de diagnóstico precoce na população feminina, aumentando o número de pacientes candidatas à cirurgia conservadora da mama (CC), uma abordagem menos radical. Quando associada à radioterapia adjuvante (RT), a CC apresenta igual índice de sobrevida global ao da mastectomia (MTC). As principais indicações de CC são tumores em estágios iniciais. Já as indicações da MTC são tumores de maiores dimensões, multifocais ou localizados próximos ao complexo aréolo-mamilar. Microcalcificações abrangendo áreas extensas da mama e impossibilidade de realização de RT também são indicações de MTC. Quanto a tumores multicêntricos, a indicação é controversa. Em nosso serviço consideramos tumores multicêntricos e estágio T2 indicação absoluta de MTC. Nos casos de mutação genética BRCA 1 ou 2 comprovada há indicação de MTC bilateral ou MTC na mama acometida e rastreamento de alto risco da mama contralateral. Esse estudo comparará dois grupos de pacientes: MTC versus CC associada à RT.Métodos: Dados foram coletados de 1212 pacientes com câncer de mama invasor a partir do prontuário eletrônico, incluindo idade da paciente, tipo de cirurgia, tamanho e imunoistoquímica (IMH) do tumor. Foram excluídas da análise pacientes com tumor T4. Todas as pacientes foram diagnosticadas e tratadas, conforme as indicações protocoladas internacionalmente, pelo mesmo grupo de cirurgiões da mama e outros profissionais treinados na mesma instituição, entre 2003 e 2016.Resultados: A média de idade (MTC: 63,3 anos e CC: 64,3 anos) e o número de tumores triplo negativos (MTC: 10,6% e CC: 10,4%) mostraram-se homogêneos nos grupos analisados. Há uma diferença entre os grupos no número de tumores tipo HER2 (MTC: 22,05% e CC: 13,63%). Quanto ao tamanho do tumor, 39,4% e 48,6% das MTCs são T1 e T2, respectivamente, enquanto na CC aparecem como 79,3% e 17,5%. Não houve diferença significativa na sobrevida global entre as pacientes submetidas à CC associada à RT e à MTC, cujo índice foi de 85,8% em 124 meses e na CC de 90,7% em 141 meses.Conclusão: A IMH do tumor e a idade da paciente não são fatores determinantes na escolha da abordagem cirúrgica. Nossa análise corrobora com a literatura que cirurgias mais conservadoras da mama demonstram igual sobrevida em pacientes jovens ou com tumores agressivos. Portanto, não se justifica a indicação de MTC baseada somente em idade ou IMH.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 3046

TÍTULO DO TRABALHO: Comorbidades prevalentes em pacientes internados em enfermaria de cirurgia geral em hospital de ensino da região Norte do Ceará

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LUCAS TADEU ROCHA SANTOS; TALLYS DE SOUZA FURTADO; FRANCISCO DE ASSIS COSTA SILVA; ESTHER CARNEIRO VASCONCELOS; FILIPE HERSON CARNEIRO RIOS; EVERTON ALENCAR MOURA; TICIANNE PINTO FERREIRA; PAULO ROBERTO SANTOS. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC, SOBRAL - CE - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Esse estudo tem como objetivo determinar as comorbidades prevalentes em pacientes internados em enfermaria de cirurgia geral. Metodologia: Estudo transversal, observacional, com amostra não-probabilística de 282 pacientes admitidos em enfermaria de cirurgia geral. No período de junho de 2015 a maio de 2016, foram avaliados: gênero, etnia, idade e a presença ou não de comorbidades através da pesquisa nos prontuários médicos dos pacientes. Os mesmos assinaram termo de consentimento livre esclarecido e autorizaram a divulgação dos dados, mediante preservação do anonimato. A apuração dos resultados foi realizada através do Excel. Resultados: A amostra foi constituída por 174 (61,7%) homens e 108 (38,2%) mulheres. Na categoria idade, 22 pacientes (8,62%) tinham até 20 anos; 93 (36,47%) tinham entre 21 e 40 anos, 88 (34,5%) tinham entre 41 e 60 anos, 47 (18,43%) estavam acima de 60 anos e 5 (1,96%) não foram informados. Em relação a etnia, 15 (5,3%) pacientes se autodeclararam brancos, 190 (67,4%) pardos, 1 (0,3%) negro e 76 (27%) não responderam. Em relação a presença de comorbidades, 219 não possuíam nenhuma comorbidade e 63 possuíam alguma comorbidade, dos quais 6 (9,5%) possuíam diabetes, 15 (23,8%) neoplasia, 2 (3,2%) colagenoses, 24 (38%) hipertensão arterial sistêmica, 4 (6,3%) diabetes e hipertensão arterial sistêmica, 1 (1,6%) diabetes e neoplasia, 9 (14,3%) hipertensão arterial sistêmica e neoplasia, 1 (1,6%) diabetes, hipertensão arterial sistêmica e insuficiência cardíaca congestiva e 1(1,6%) possuía neoplasia e colagenose. Conclusão: A comorbidade mais prevalente foi a hipertensão arterial sistêmica seguida de neoplasias e diabetes, sendo necessário cuidado no manejo desses pacientes e rastreio precoce na enfermaria de cirurgia geral. Referências: Saldanha OR, Salles AG, Llaverias F, Saldanha Filho OR, Saldanha CB. Fatores preditivos de complicações em procedimentos da cirurgia plástica - sugestão de escore de segurança. Rev. Bras. Cir. Plást.2014;29(1):105-113.

CODIGO DO TRABALHO: 464

TÍTULO DO TRABALHO: Comparação da Profilaxia Medicamentosa para TVP/TEP em Pacientes Clínicos x Cirúrgicos em Hospital Quaternário de Maringá - PR

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MURILO MASANOBU TOMIYOSHI; AGNALDO SÉRGIO VIVAN FILHO; BIANCA STAWINSKI PRADO; NAYARA DE ARRUDA CÁCERES; IGOR FIORESE VIEIRA; MATEUS MAZORRA COELHO VIEIRA; TIAGO NEGRÃO LOPES; CRISTHIAN KARPINSKI. UNICESUMAR, MARINGÁ - PR - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO - O Tromboembolismo Venoso (TEV) compreende a Trombose Venosa Profunda (TVP) e o Tromboembolismo Pulmonar (TEP), correspondendo a principal causa evitável de óbito intra-hospitalar, principalmente no pós-operatório. A cirurgia gera um estado pró-trombótico, sendo necessária a estratificação de risco e uso da tromboprofilaxia adequada. A profilaxia é o principal método para reduzir a morbimortalidade e custos hospitalares quando comparado ao tratamento das complicações. OBJETIVOS: Avaliar a utilização de tromboprofilaxia medicamentosa em um hospital terciário/quaternário em Maringá ? PR, analisando a adequação em pacientes clínicos e cirúrgicos. MÉTODOS ? Trata-se de um estudo de corte transversal realizado no dia 30/06/2016 em 3 setores de enfermaria do SUS. Foi realizada a avaliação do risco para TEV segundo o protocolo institucional para pacientes clínicos/cirúrgicos, baseado na 8ª Diretriz para Profilaxia do TEV do American College of Chest Physicians. Posteriormente os resultados do protocolo foram comparados à prescrição do dia avaliado através da análise dos prontuários. Foram incluídos no estudo apenas pacientes maiores de 18 anos. RESULTADOS ? Foram avaliados 55 pacientes, sendo 1 excluído por ser menor de 18 anos. Dentre os 54 pacientes elegíveis, 31 correspondiam a pacientes clínicos e 23 a pacientes cirúrgicos. Em 35% dos pacientes a tromboprofilaxia estava inadequada e, destes, 63% estavam sem medicamentos prescritos. Dentre os pacientes cirúrgicos com tromboprofilaxia inadequada (35%; n=8), 37,5% dos pacientes (n=3), estavam com subdose ou com sobredose, o restante desses pacientes (62,5%; n=5) estavam sem medicamentos profiláticos. Dentre os pacientes clínicos, 35,5% (n=11) estavam com tromboprofilaxia inadequada. Em 36,3% (n=4) destes, metade estava com sobredose e metade com subdose, o restante dos pacientes (63,7%; n=7) estavam sem medicamentos profiláticos. CONCLUSÃO ? Apesar do número pequeno de pacientes neste trabalho, a porcentagem de tromboprofilaxia inadequada para pacientes clínicos corrobora com resultados evidenciados em outros estudos. Entretanto, os dados encontrados para os pacientes cirúrgicos diferem dos encontrados na literatura, a qual apresentava índices maiores de condutas inadequadas. Com base nisso, sabe-se que se tornam necessárias ações de educação e treinamento profissional para uso correto da tromboprofilaxia e diminuição dos casos de TEV.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1656

TÍTULO DO TRABALHO: Comparação de três fórmulas para o cálculo da taxa de filtração glomerular como método de rastreamento na Campanha do Dia Mundial do Rim

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GABRIEL TRENTINI BERALDO; WENDEL RICARDO DIAS; GABRIELA FABRIS FERREIRA DIAS. UNOESTE, PRESIDENTE PRUDENTE - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Segundo a Kidney Disease Outcome Quality Initiative (KDOQI), portador de DRC é aquele indivíduo que apresentar filtração glomerular 60ml/min/1,73m² associado a pelo menos um marcador de lesão de parênquima e cronicidade das alterações (>3 meses). Na prática clínica diária, a filtração glomerular é obtida a partir de equações utilizando a creatinina sérica, sendo elas: Cockcroft-Gault (CG), MDRD e CKD-EPI. Objetivo: Avaliar as variações no resultado da taxa de filtração glomerular (TFG) quando calculada por meio das fórmulas CG, MDRD e CKD-EPI a partir dos exames de creatinina colhidos na campanha de prevenção da doença renal no Dia Mundial do Rim em 2016. Método: A campanha englobou atividades educativas e de rastreamento da doença renal. Foram obtidos os seguintes dados: idade, peso, raça, sexo, hipertensão, diabetes, antecedentes pessoais e familiares de doença renal. A partir da identificação do fator de risco para DRC, foi realizada coleta sanguínea para dosagem de creatinina e com esses dados foi calculada a TFG de cada participante através das fórmulas. Resultados: Foram avaliados 73 sujeitos, com idade média de 59,8 anos, desvio padrão 13,6, sendo 64,4% do sexo feminino, 68,5% considerados brancos, 26% negros e 5,5% orientais. Os resultados da TFG obtidos a partir de cada fórmula foram separados em dois grupos: >60ml/min e Conclusão: As fórmulas utilizadas foram capazes de encontrar um número semelhante de pacientes com provável DRC na Campanha do Dia Mundial do Rim, sendo, portanto opções adequadas para rastreamento. Quando estratificados em classes de DR mais avançadas, a CKD-EPI foi capaz de encontrar um menor número de pacientes quando comparado com CG e MDRD.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 3118

TÍTULO DO TRABALHO: Complicações Cirúrgicas Pós-Operatórias de Apendicetomias

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LUIS FERNANDO MOREIRA; BRUNO TISCHER JUNG; THAIS VICENTINE XAVIER; HENRIQUE IAHNKE GARBIN; GABRIELLA RICHTER DA NATIVIDADE; GRAZIELLA MORAES MACHADO; BERNARDO SILVEIRA VOLKWEIS; LEANDRO TOTTI CAVAZZOLA. SOUTHERN SURGICAL RESEARCH GROUP, HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, UFRGS, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Determinar as características e comparar os desfechos cirúrgicos de complicações pós-operatórias de pacientes submetidos a apendicectomia laparoscópica (AL) e convencional (AC). Método: Estudo retrospectivo de amostra consecutiva de conveniência incluindo todos os casos clássicos ou suspeitos de apendicite aguda admitidos de emergência e tratados por AL ou AC entre Dez. 2009 e Dez. 2014. Diferenças demográficas, epidemiológicas e de comorbidade entre outras variáveis preditoras entre procedimentos de AL e AC foram testadas usando-se o teste t de student, qui-quadrado ou teste exato de Fisher e análise de variância. Regressão linear multipla foi usada para examinar a associação entre o tipo de apendicectomia e tempo de internação e riscos associados. A análise statística será realizada usando-se o programa estatístico SPSS versão 17.0 e o Stata versão 7.0 para IC95% e p

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 789

TÍTULO DO TRABALHO: Conhecimento de acadêmicos de medicina da Zona Norte do Ceará sobre doação de órgãos e o impacto na intenção de doação de órgãos após a morte

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LUCAS TADEU ROCHA SANTOS; CARLOS ALEFE SOUSA NASCIMENTO; AFONSO ELAN COSTA SILVINO; FRANCISCO DE ASSIS COSTA SILVA; DINA ANDRESSA MARTINS MONTEIRO; JORDANA DE PAULA SOARES; MIKAELLE LOPES RODRIGUES; WANESSA RIBEIRO DE OLIVEIRA. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, SOBRAL - CE - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Analisar se o conhecimento sobre doação de órgãos do estudante de medicina influencia a intenção de doação de órgãos após a morte. Metódo: Estudo transversal, observacional, com amostra não-probabilística de 169 acadêmicos de medicina devidamente matriculados do primeiro ao sexto semestre da Universidade Federal do Ceará ? Campus Sobral. No período de abril a junho de 2016, os estudantes de medicina responderam o questionário denominado ?Questionário sobre Doação de Órgãos?, avaliando a qualidade do conhecimento do estudante sobre a doação de órgão e a intenção de doar após a morte, e assinaram termo de consentimento livre esclarecido e autorizaram a divulgação dos dados, mediante preservação do anonimato. Foram excluídos questionários não ou parcialmente preenchidos. A apuração dos resultados foi realizada através do Google Formulário. Resultados: A amostra foi formada por 169 estudantes de medicina, desses 137 (81%) desejam doar seus órgãos e 32 (19%) não. Dos 169 participantes, 142 (84%) classificam seus conhecimentos sobre doação de órgãos como péssimo/ruim/regular e 27 (16%) classificam como bom/ótimo. Em relação a qualidade do conhecimento sobre doação de órgãos e a intenção de doar os órgãos após a morte, 15 (8,8%) consideram péssima, dos quais 12 (7,1%) possuem a intenção de doar; 49 (29%) consideram ruim, dos quais 40 (23,7%) possuem a intenção de doar; 78 (46,3%) consideram regular, dos quais 65 (38,4%) possuem a intenção de doar; 24 (14,2%) consideram bom, dos quais 18 (10,6%) possuem a intenção de doar e 3 (1,7%) consideram ótimo, dos quais 2 (1,2%) possuem a intenção de doar. A intenção de doar no grupo de acadêmicos com conhecimento auto avaliado como péssimo/ruim/regular e no grupo bom/ótimo foi de aproximadamente 80%. Conclusões: Quantidade significativa dos estudantes consideram seus conhecimentos acerca doação de órgãos superficiais, evidenciando a necessidade da inserção do tema no currículo das escolas médicas. O conhecimento dos acadêmicos sobre o tema não influenciou a decisão sobre a doação de órgãos. Bibliografia: NETO, J.A.C et al, Estudantes de Medicina da UFJF e doação de órgãos para transplante, HU Revista, Juiz de Fora, v. 38, n. 1 e 2, p. 83-90, jan./jun. 2012; SANTOS, R.J. et al, Aspectos éticos dos transplantes de órgãos na visão do estudante de medicina: um estudo comparativo. Rev. bioét., Salvador, v. 24, n. 2, p. 344-54, 2016

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 794

TÍTULO DO TRABALHO: Conhecimento de acadêmicos de Medicina sobre o transplante de órgão intervivos

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DINA ANDRESSA MARTINS MONTEIRO1; CARLOS ALEFE SOUSA NASCIMENTO1; AFONSO ELAN COSTA SILVINO2; FRANCISCO DE ASSIS COSTA SILVA1; JÚLIO CÉSAR CHAGAS E CAVALCANTE1; LUCAS TADEU ROCHA SANTOS1; MIKAELLE LOPES RODRIGUES1; WANESSA RIBEIRO DE OLIVEIRA1. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, SOBRAL - CE - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, SORBAL - CE - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Analisar o conhecimento e a compreensão dos estudantes dos três primeiros anos de uma faculdade de medicina na região norte do Ceará acerca do transplante de órgãos intervivos. Metódo: Foi realizado um estudo transversal, entre abril e julho de 2016, através da aplicação de um questionário validado composto por 17 questões que abordou os diferentes aspectos da doação de órgãos, das quais 4 eram sobre transplantes intervivos. A amostra não probabilística englobou 170 acadêmicos, do primeiro ao sexto semestre, de um curso de medicina da região norte do Ceará. Os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido e autorizaram a divulgação dos dados, mediante preservação do anonimato. Foram excluídos questionários não preenchidos ou parcialmente preenchidos. A apuração dos resultados foi realizada através do Google Formulário. Resultados: Dos acadêmicos consultados, 153 (90%) afirmaram que doariam órgãos em um transplante intervivos, apesar de quase a metade desses estudantes (42,9%) desconhecer os riscos implicados nesse tipo de transplante. Quando questionados sobre para quem doariam seus órgãos ainda em vida, 141 (91,6%) indicaram os pais, 135 (87,7%) irmãos, 131 (85,1%) filhos, 77 (50%) amigos, 70 (45,5%) primos e apenas 28 (18,2%) desconhecidos. Já quando perguntados sobre quais órgãos poderiam doar em vida 146 (94,2%) responderam medula óssea, 127 (81,9%) rim, 105 (67,7%) fígado, 29 (18,7%) pulmão e 20 (12,9%) outros órgãos. Conclusões: Observa-se uma deficiência no conhecimento dos acadêmicos da metade inicial do curso de medicina acerca dos transplantes intervivos, evidenciada pela parcela expressiva que afirma desconhecer os riscos do procedimento. Além disso, quando questionados sobre a possibilidade de doação de determinados órgãos, os estudantes apresentam certa falta de informação, uma vez que todos os órgãos apresentados nas opções podem ser doados, apesar de alguns, como os pulmões, serem feitos em condições especiais. Assim, é necessário melhorar o conhecimento teórico dos acadêmicos sobre o tema. Bibliografia: MORAIS, Taise Ribeiro; MORAIS, Maricelma Ribeiro. Doação de órgãos: é preciso educar para avançar. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p.633-639, dez. 2012; SANTOS, Ramona de Jesus et al. Aspectos éticos dos transplantes de órgãos na visão do estudante de medicina: um estudo comparativo. Revista Bioética, Brasília, v. 24, n. 2, p.344-354, ago. 2016.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 785

TÍTULO DO TRABALHO: Conhecimento dos estudantes de uma escola de medicina da região norte do Ceará sobre os custos da doação de órgãos

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FRANCISCO DE ASSIS COSTA SILVA; CARLOS ALEFE SOUSA NASCIMENTO; AFONSO ELAN COSTA SILVINO; ANDERSON FERREIRA CARNEIRO; DINA ANDRESSA MARTINS MONTEIRO; LUCAS TADEU ROCHA SANTOS; MIKAELLE LOPES RODRIGUES; WANESSA RIBEIRO DE OLIVEIRA. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, SOBRAL - CE - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Analisar o nível de conhecimento dos estudantes de medicina de uma universidade da cidade de Sobral, no norte do Ceará, sobre os custos do transplante de órgãos, especificamente o fígado, e suas opiniões sobre quais instâncias devem custear o procedimento. Método: Trata-se de um estudo seccional que consistiu na aplicação de questionários validados sobre doação de órgãos, no período de Abril a Julho de 2016 aos acadêmicos dos seis primeiros semestres de uma Faculdade de Medicina. Dentre as 17 perguntas, três abordavam temas como custos gerais do enxerto de fígado e se é dever da União ou de planos de saúde pagar pela cirurgia. A apuração dos dados foi feita através de uma plataforma no Google Formulários, que também permitiu sua análise pelos pesquisadores. Resultados: Foram obtidos 170 questionários respondidos, considerando-se as perdas por estudantes ausentes ou que se recusaram a participar. Os dados obtidos mostram que, 56 estudantes (33,1%) consideram que os custos com transplante de fígado estão entre R$ 30.000 e R$ 60.000. 46 estudantes (27,2%) assinalaram o item com o intervalo correto (entre R$ 60.000 e R$ 100.000). Segundo o SIGTAP- DATASUS, o transplante hepático tem um custo hospitalar total de R$ 68.803,26. Entre os demais estudantes, 21 (12,4%) responderam que o custo com esse tipo de transplante é menor que R$ 30.000; 46 (27,3%) afirmaram que era maior que R$ 100.000. Apenas um estudante disse que o SUS não paga pelo transplante. Quanto às demais perguntas, 142 acadêmicos (83,5%) responderam que é dever da União cobrir os custos com transplantes integralmente e 151 (88,8%) afirmaram que os planos de saúde também deveriam custear a transplantação. Conclusões: Os dados indicam que grande parte dos acadêmicos de medicina já apresentam um certo conhecimento sobre o elevado custo de um transplante. A maioria sabe que o SUS é o custeador do procedimento, mas afirmam que planos de saúde particulares deveriam ser os responsáveis, pelo menos em parte. Esse conhecimento dos estudantes é essencial para a formação de uma classe médica com maior entendimento do equilíbrio necessário devido o aumento da demanda de enxertos e a escassez econômica, viabilizando certos procedimentos. Bibliografia: NETO, J.A.C et al, Estudantes de Medicina da UFJF e doação de órgãos para transplante, HU Revista, Juiz de Fora, v. 38, n. 1 e 2, p. 83-90, jan./jun. 2012; SIGTAP-DATASUS. Tabela Unificada. Disponível em .Acesso em: 12 dez. 2016.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2583

TÍTULO DO TRABALHO: CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE SEPSE: UMA REVISÃO NÃO-SISTEMÁTICA DE LITERATURA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DÉBORA LOPES GONÇALVES1; JEANE ALMEIDA PRATES2; ROBSON EUGÊNIO DA SILVA3; EMILENE VALIM DOS SANTOS SILVEIRA2; ANA MARIA MANTOVANI MARTINEZ2; CARLOS EDUARDO TEIXEIRA2; NATÁLIA SILVEIRA CAMARGO2. 1. UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSARIO VELLANO, ALFENAS - MG - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE JOSÉ ROSÁRIO VELLANO, ALFENAS - MG - BRASIL; 3. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALZIRA VELANO, ALFENAS - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução:Definida como uma resposta sistêmica secundária a uma doença infecciosa, a Sepse é reconhecia pela literatura como a maior causa de mortes nas unidades de terapia intensiva. Objetivo: Identificar na atual literatura os aspectos determinantes acerca de critérios de diagnóstico e tratamento de Sepse. Métodos: O trabalho constitui uma revisão não-sistemática de literatura, de caráter qualitativo, com base em levantamento bibliográfico que priorizou a busca e análise de artigos. Pesquisados com as descrições de diagnóstico de Sepse e tratamento de Sepse, foram selecionados ao acaso um total de 10 artigos. Resultados: 7 dos 10 artigos preconizaram como critério para diagnóstico a concomitância de dois critérios de SIRS com um foco infeccioso presumido ou confirmado; 2 dos 10 artigos abordaram hemocultura como exame padrão ouro para diagnóstico de Sepse neonatal em recém-nascido de baixo peso; e 1 artigo evidenciou a presença de infecção associada a lactatemia e dois critérios de SIRS com pelo menos uma disfunção orgânica associada. Quanto aos critérios para tratamento de Sepse os artigos preconizaram o controle do foco infeccioso como fator de primeira prioridade, sendo a escolha do antibiótico baseada em dados clínicos e laboratoriais; para o suporte respiratório a dopamina é a droga de eleição; o uso de fluidos intravenosos e vasopressores foi descrito para reanimação e a reposição volêmica é justificada para otimizar uma pressão capilar pulmonar, sendo o uso de ventilação mecânica e corticoterapia sugerido conforme a necessidade de cada quadro clínico. Discussão: Por envolver uma resposta sistêmica, o objetivo fundamental é a manutenção de um suporte cardiorrespiratório e metabólico, que permita manter o paciente vivo até a sua recuperação integral. Conclusão: A Sepse apresenta uma estreita relação entre o foco infeccioso e a gravidade do processo, sendo crucial a precoce identificação e terapêutica da doença infecciosa. Estabilizar parâmetros hemodinâmicos, de perfusão tecidual e parâmetros de disfunção enfatizam a relevância do imediato cuidado médico. Referências:Shankar-Hari M, Bertolini G, Brunkhorst FM, Bellomo R, Annane D, Deutschman CS, et al. Judging quality of current septic shock definitions and criteria (2015); Assuncao, Murillo SC. de, Corrêa, Thiago D., Bravim, Bruno de A., & Silva, Eliézer. How to choose the therapeutic goals to improve tissue perfusion in septic shock. Einstein (São Paulo-2015).

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1007

TÍTULO DO TRABALHO: CURVA DE APRENDIZADO EM VIDEOCIRURGIA POR ACADÊMICOS DE MEDICINA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CARLOS MAGNO QUEIROZ DA CUNHA; GIOVANNI TROIANI NETO; DIEGO FREITAS FÉLIX; VICTOR ANDRADE DE ARAÚJO; MATHEUS RIBEIRO PARENTE; FRANCISCO VANDEIR CHAVES DA SILVA; CAIO AUGUSTO DE CARVALHO LEMOS; FRANCISCO JULIMAR C. DE MENEZES. UNIVERSIDADE DE FORTALEZA, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVONa Videocirurgia, o aprendizado da habilidade técnica dá-se por repetição de movimentos e constitui-se por um rápido ganho de proficiência até atingir um platô. Quão antes seja iniciada a prática, maior tende a ser a proficiência do aprendiz. Assim, este trabalho busca avaliar a curva de aprendizado em Videocirurgia de acadêmicos de um curso de Medicina.MÉTODOSRealizado em 16 horas, o curso foi montado com atividades teórico-práticas e contou com a presença de 25 alunos de semestres variados, com idade média de 21 anos, onde 52% eram masculinos.O curso foi dividido em 4 estações, sendo 1 teórica e 3 práticas por meio de tutoria acadêmica peer learning. Para avaliação geral, foi respondido pré e pós teste de 10 questões sobre Videocirurgia e questionário de percepção. Aspectos éticos foram respeitados.No treinamento foram utilizadas 9 caixas de simulação em Videocirurgia onde na primeira estação os alunos foram apresentados ao material de Videocirurgia durante uma aula teórica, seguindo para as estações práticas. Na primeira, aprenderam a manusear o material, cortando ligas tensionadas e pondo números em ordem. Na segunda, treinaram a preensão, modificando de local caroços de feijão colocados sobre uma tábua com fenestrações. Na terceira, a tarefa foi retirar e colocar de volta uma liga previamente posicionada em um suporte com ganchos. Em todas as estações os procedimentos foram realizados por visualização direta, depois por espelhos e por fim, com câmera acoplada em computador.RESULTADOSSegundo 100% dos participantes, a abordagem de noções básicas de Videocirurgia é importante na graduação e 96% concordou que sua adequação na grade curricular é viável. Em relação ao curso, 100% afirmou que a metodologia empregada ajudou na evolução técnica pessoal. Por fim as médias dos pós teste aumentaram 54,16% em relação ao pré teste. Em 8 horas de simulação (com interrupção) foi obtido melhora média de 7,3% no tempo de execução das tarefas, melhora de 70% na tarefa de passagem de trocateres. E 13% no check list das tarefas .CONSIDERAÇÕES FINAISO curso serviu para introduzir conceitos e habilidades básicas, atingindo satisfatoriamente o objetivo de realizar a imersão dos graduandos nesse assunto ainda negligenciado no currículo acadêmico, mas cada vez mais presente na realidade médica atual. Assim, urge a introdução de noções básicas de Videocirurgia na grade curricular para aproximar a graduação das suas inovações e vantagens.

CODIGO DO TRABALHO: 2549

TÍTULO DO TRABALHO: DOS LIVROS À PRÁTICA: APRENDIZAGEM ?HANDS ON? DE PARACENTESE COM MODELO SIMULADO.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DANIEL ARAUJO KRAMER DE MESQUITA; MARIANA PONTES BAQUIT; LUIZA VITÓRIA FONTENELLE COSTA; ANA PAULA LOPES PESSOA; LIA CAVALCANTE ARAGÃO; CARLOS MAGNO QUEIROZ DA CUNHA; FERNANDA MARTINS MAIA; RAFAELA VIEIRA CORREA. UNIVERSIDADE DE FORTALEZA, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
Objetivos: A paracentese é o procedimento no qual uma agulha é inserida na cavidade abdominal com o objetivo de colher ou remover líquido ascítico. O trabalho visa avaliar o processo de ensino-aprendizagem do procedimento de paracentese voltado para acadêmicos de Medicina através de modelo sintético.Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo, transversal, desenvolvido pelo Programa de Educação Tutorial (PET) do curso de Medicina de uma universidade em Fortaleza. Desenvolveu-se modelo constituído por: manequim plástico, luvas com água, fita gomada, esponjas e courino simulando respectivamente: paciente, líquido ascítico, peritônio, gordura e músculos e pele. O custo total foi de 50 reais, o que viabiliza seu uso. Tal modelo foi utilizado no ?Curso Teórico-Prático de Iniciação a Técnicas Cirúrgicas e Laparoscopia?, desenvolvido pelos autores. Este constituiu-se de 40 horas aulas teóricas, práticas e atividades de ensino à distância. Após aula teórica e demonstração no manequim, cada aluno realizou o procedimento no modelo, sendo avaliados por check-list padronizado. Logo após, responderam questionário de percepção sobre o modelo. A amostra foi composta por 47 alunos de Medicina inscritos no curso, respeitando-se os aspectos éticos. Os dados foram analisados com o uso do Epi Info 3.5.2.Resultados: Dos 47 alunos, eram 31 mulheres (66%) e 16 homens (34%), estando 43 (91,5%) no ciclo básico do curso, todos sem experiência prévia com o procedimento. O principal erro cometido foi a falta de checagem de material (67,4%), seguido pelo inadequado posicionamento do paciente (64,5%) e pela aplicação incorreta da anestesia (34,1%). Os itens com mais acertos referem-se à correta inserção da agulha (83%), à aspiração do líquido ascítico e envio para análise (83%) e à adequada retirada da agulha e realização do curativo (87,2%). Os questionários de percepção mostraram que 97,9% acham o modelo adequado para o ensino e 100% acreditam que ele é realista e reprodutível e que deve ser usado para treino antes de se realizar o procedimento em pacientes reais.Conclusão: O treino com o modelo por alunos iniciantes de Medicina destacou etapas específicas a serem reforçadas para correta realização da técnica e permitiu aprendizagem efetiva. Ademais, sua verossimilhança, baixo custo e fácil reprodutibilidade também corroboram sua competência para o ensino. O modelo será então submetido a aprovação por médicos graduados quanto a fidelidade com o procedimento em pacientes reais.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1911

TÍTULO DO TRABALHO: EFEITOS DA INGESTÃO DE AYAHUASCA EM ESTADOS PSICOMÉTRICOS RELACIONADOS AO PÂNICO, ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM MEMBROS DO CULTO DO DAIME EM TERESINA-PI

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FABRÍCIO IBIAPINA TAPETY; CÍNTIA MARIA DE MELO MENDES; LEVY DE AGUIAR PONTES; IGOR LEONARDO VIEIRA CAETANO. UNINOVAFAPI, TERESINA - PI - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVOS: Avaliar de maneira sistemática e em um desenho semi experimental com procedimento duplo-cego e placebo, os efeitos da ayahuasca na ansiedade, no pânico e na depressão em indivíduos saudáveis, consumidores agudos e crônicos deste psicoativo. MÉTODOS: A amostra está sendo composta por 30 membros (15 homens e 15 mulheres) do Centro Espiritual Casa de Aruanda, uma igreja do Santo Daime localizada em Teresina-PI, e 30 não membros (15 homens e 15 mulheres) consumidores agudos. Estão sendo medidos o estado e o traço de ansiedade pelo Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), o estado de pânico pela Escala de Sensibilidade à Ansiedade (ESA-R) e o estado de depressão pela Escala de Desesperança de Beck(BHS). Os resultados estão sendo inicialmente analisados por meio de uma análise de variância de duas vias (ANOVA) com base em um delineamento fatorial misto. RESULTADOS: O IDATE-estado e IDATE-traço estão sugerindo a ausência de efeito do tratamento. A ANOVA está confirmando esta impressão, indicando ausência de efeito significante no tratamento. Já os resultados do ESA-R e do BHS, a ANOVA estão confirmando o efeito significante do tratamento. CONCLUSÃO: Está sendo observada uma drástica queda em sintomas psiquiátricos de alguns participantes, com uma melhora do estado emocional e mudanças para atitudes mais passivas e/ou assertivas. O chá da Ayahuasca mais concentrado está tendo efeitos mais positivos para o tratamento da depressão e do pânico. Já para o tratamento da ansiedade o Chá menos concentrado é mais eficaz. BIBLIOGRAFIA: Segurança e efeitos colaterais da ayahuasca em seres humanos - Uma visão geral focada em toxicologia do desenvolvimento. J Medicamentos Psicoativos. 2013; 45: 68-78. KATALINIC, N, et al., A Ketamina como um novo tratamento para a depressão: uma revisão de sua eficácia e efeitos adversos. Aust NZJ Psiquiatria. 2013; 47: 710-27. Salvadore G, Singh JB. Ketamina como um antidepressivo de ação rápida: conhecimento atual e perguntas abertas. CNS Neurosci Ther. 2013; 19: 428-36. PALHANO-FONTES, F, et al., Os potenciais terapêuticos da ayahuasca no tratamento da depressão. Em: Labate BC, Cavnar C, editores. O uso terapêutico da ayahuasca. Berlim / Heidelberg: Springer-Verlag; 2014. p 23-39. REVISTA BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA ----Vol.37; No1. São Paulojan/mar. 2015 Efeitos antidepressivos de uma dose única de ayahuasca em pacientes com depressão recorrente: um relatório preliminar.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 463

TÍTULO DO TRABALHO: ENSINO DO EQUILÍBRIO HIDROELETROLÍTICO: UM ESTUDO EXPERIMENTAL PROSPECTIVO RANDOMIZADO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PROF. DR. JOÃO FERNANDES BRITTO ARAGÃO1; VALDINALDO ARAGAO DE MELO1; MARIA TAINAR BARBOSA DE ALMEIDA2; SÉRGIO LUIZ MACHADO NASCIMENTO2; ROBERTA SOUZA SANTOS2; AMANDA SILVEIRA CARVALHO DANTAS2; LETÍCIA GOES SANTOS2; SIMONE BEATRIZ DOS SANTOS SANTANA2. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE / UNIVERSIDADE TIRADENTES, ARACAJU - SE - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE TIRADENTES, ARACAJU - SE - BRASIL.

RESUMO:
Objetivos: Avaliar a performance de estudantes que tiveram aulas de Equilíbrio Hidroeletrolíticos pelo método presencial e por meio de EAD. Comparar os dois grupos. Método: 62 alunos voluntários da graduação médica do Estado de Sergipe, sem instruçãoprévia de aspectos clínicos e terapêuticos relacionados ao equilíbrio hidroeletrolítico, foram submetidos, após alocação randômica em cascata em conformidade com o seu ano de entrada da Universidade e o método de aprendizagem adotado na instituição (convencional ou metodologia ativa), a um estudo longitudinal analítico experimental. Os alunos foram alocados em dois grupos (presencial e a distância) para receberem aulas referentes ao gerenciamento de agua e eletrólitos. Provas avaliativas, com o mesmo teor, foram aplicadas, para os dois grupamentos, em dois momentos distintos: para avaliação de conhecimentos prévios (pré-teste) e conhecimentos assimilados (pós-teste). Definiu-se o ganho de aprendizagem como a diferença entre as médias do pré-teste e do pós-teste. Com base nas avaliações foram calculadas medidas de tendência central, dispersão e intervalo de confiança. Ganhos de aprendizagem foram avaliados com o teste t pareado. Os grupos foram comparados entre si por meio do teste t para amostras independentes. O intervalo de confiança foi de 95%. Resultados: Observou-se ganho de aprendizagem nos doisgrupos, demonstrando que houve aquisição de conhecimentos nas duas modalidades de ensino. O comparativo do ganho de aprendizagem inter-grupos não evidenciou diferença estatística significativa (p = 0,225). Conclusão: Educaçãoa distância é tão boa quanto à presencial no ensino do Equilíbrio Hidroeletrolíticos e seus distúrbios. REFERÊNCIAS MCCUTCHEON, K. et al. A systematicreviewevaluatingtheimpactof online orblendedlearning vs. face-to-face learningofclinicalskills in undergraduate nurse education. Journa lof Advanced Nursing, v. 71, n. 2, p. 255?270, fev. 2015. JAYAKUMAR, N. et al. e-Learning in SurgicalEducation: A SystematicReview. Journal of Surgical Education, v. 72, n. 6, p. 1145?1157, dez. 2015. LIU, Q. et al. The EffectivenessofBlended Learning in Health Professions: SystematicReviewand Meta-Analysis. Journalof Medical Internet Research, v. 18, n. 1, p. e2, 4 jan. 2016. FARAHMAND, S. et al. Distance Learning Can Be as Effective as Traditional Learning for Medical Students in theInitialAssessmentof Trauma Patients. Acta Medica Iranica, v. 54, n. 9, p. 600?604, set. 2016.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1516

TÍTULO DO TRABALHO: Estudo das principais indicações cirúrgicas nos idosos em Hospital Terciário no extremo norte do Brasil

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CAROLINA DA SILVA GOMES1; JOSÉ LAÉRCIO DE ARAÚJO FILHO1; THIAGO DE SOUZA PERUSSOLO1; PAULA SOTORIVA COELHO2; SÁVIO LUIZ SANTOS LOPES2; LUIS FERNANDO JUNGES FILHO3; LEVINDO ALVES DE OLIVEIRA3; IAN DA MOTA HERNANDEZ3. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA, BOA VISTA - RR - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 3. HOSPITAL GERAL DE RORAIMA, BOA VISTA - RR - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: O crescente aumento da longevidade na população tem exponenciado o número de pacientes geriátricos que necessitam de um procedimento cirúrgico. Essa pesquisa visa identificar as mais frequentes indicações de cirurgia em pacientes idosos e a distribuição por gênero.Métodos: Foram analisados 2399 casos de pacientes com idade igual ou superior a 60 anos, submetidos a cirurgias no Hospital Geral de Roraima, de janeiro de 2015 a dezembro de 2016. Foram revisados os dados da Cirurgia Geral, Cabeça e Pescoço, Neurocirurgia, Otorrinolaringologia, Cirurgia Torácica, Bucomaxilofacial, Cirurgia Oncológica, Cirurgia Vascular, Cirurgia Plástica, Mastologia, Ortopedia, Urologia e Oftalmologia.Resultados: De todas as cirurgias realizadas no Hospital Geral de Roraima, 16,07% foram em pacientes acima de 60 anos. Os pacientes possuíam em média 82 anos (60-104), e 60,71% eram do sexo masculino e 39,29% do sexo feminino. Na amostra, 49,6% foram cirurgias de emergência, sendo 50,4% cirurgias eletivas. Quanto ao porte das cirurgias, 27,4% foram de Grande Porte, 32,9% foram de Médio Porte e 39,7% foram de Pequeno Porte. Em relação às especialidades cirúrgicas, a mais prevalente foi a Cirurgia Geral (27,5%), em segundo Ortopedia e Traumatologia (20,4%), seguidos de Urologia (12,7%), Cirurgia Vascular (9,5%), Cirurgia Oncológica (9%), Cabeça e Pescoço (4,28%), Oftalmologia (3,96%), Neurocirurgia (2,5%), Cirurgia Torácica (2,10%), Cirurgia Plástica (1,06%), Bucomaxilofacial (1,01%), Otorrinolaringologia (1,01%), Mastologia (0,58%).Verificou-se que em cirurgia geral, o procedimento mais realizado foi Hernioplastia (21,17%), onde a maioria dos pacientes eram do sexo masculino (79,5%); Colecistectomia (21,6%), sexo feminino (60,9%); Laparotomia exploradora (21,4%), 51,4% do sexo feminino; Apendicectomia (5,7%), 68% do sexo masculino; colecistectomia mais hernioplastia (2,13%) das cirurgias, 87,5% do sexo feminino e hemorroidectomia 2,02% (66% do sexo masculino).Conclusão: É necessário conhecer o perfil epidemiológico dos pacientes geriátricos, ter em mente esses dados auxilia na tomada de decisões e nas condutas, além de preparações para tempo de internação, possíveis complicações operatórias e despesas. Durante os 2 anos da pesquisa, as 3 áreas cirúrgicas mais prevalentes nessa faixa etária foram Cirurgia geral, Ortopedia e traumatologia e Urologia, assim como o gênero masculino mais envolvido, sendo quase igual a proporção das cirurgias de emergência e eletivas.

CODIGO DO TRABALHO: 1168

TÍTULO DO TRABALHO: Estudo preliminar da água de coco para preservação de enxertos teciduais em transplante

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANDY PETROIANU1; MATHEUS SEWASTJANOW SILVA1; JORGE MIGUEL SCHETTINO CESAR1; KELLY RENATA SABINO2; CRISTINA SOFIA CANDIA BARRIENTOS2. 1. UFMG, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. SANTA CASA BH, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Os métodos para preservar órgãos e tecidos para trans- plante associam-se à supressão do metabolismo, por hipotermia. O sangue é substituído por solução de preservação para tornar o órgão tolerante à hipotermia. A composição das soluções de preservação é determinante à tolerância do órgão armazenado em hipotermia. A introdução da solução da Universidade de Wisconsin ou solução de Belzer, no final da década de 1980, foi um grande avanço na preservação de órgãos.Objetivo: Verificar a eficácia da água de coco na preservação de tecidos para transplante.Método: Cinquenta ratas Wistar foram distribuídas aleatoriamente em cinco grupos, de acordo com as seguintes soluções de preservação para enxertos teciduais: Grupo 1- Ringer lactato, Grupo 2- Solução de Belzer, Grupo 3- Água de coco maduro, Grupo 4- Água de coco verde, Grupo 5- Água de coco modificada. No Grupo 5, a água de coco verde foi modificada à semelhança da solução de Belzer. De cada animal, retirouse o baço, os ovários e um segmento de pele do dorso. Esses tecidos foram preservados durante seis horas em uma das soluções. Em seguida, os enxertos foram reimplantados. A recuperação da função dos tecidos implantados foi avaliada 90 dias após a cirurgia, por meio de cintilografia esplênica, exames de sangue. Os tecidos implantados foram coletados para estudo anatomopatológico.Resultados: As dosagens séricas não apresentaram diferença entre os cinco grupos, exceto pelos animais do Grupo 5, que apresentaram valores mais elevados de IgG do que o Grupo 1,e pelas diferenças em relação ao FSH entre os grupos 1 e 2 (pConclusões: As soluções à base de água de coco preservam baço, ovário e pele de rato durante seis horas, mantendo sua função normal.Bibliografia:César JM, Petroianu A, Vasconcelos Lde S, et al. Preliminary study of coconut water for graft tissues preservation in transplantation. Rev Col Bras Cir. 2015;42(1):43-8.Kimura Y, Okitsu T, Xibao L, Teramae H, OkonogiA, Toyoda K, et al. Improved hypothermic short-term storage of isolated mouse islets by adding serum to preservation solutions. Islets. 2013,5(1):45-52.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 681

TÍTULO DO TRABALHO: Evolução do conhecimento dos estudantes de medicina da Região Norte do Ceará acerca da doação de órgãos ao longo dos seis primeiros semestres

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CARLOS ALEFE SOUSA NASCIMENTO; AFONSO ELAN COSTA SILVINO; JÚLIO CÉSAR CHAGAS E CAVALCANTE; FRANCISCO DE ASSIS COSTA SILVA; DINA ANDRESSA MARTINS MONTEIRO; LUCAS TADEU ROCHA SANTOS; MIKAELLE LOPES RODRIGUES; WANESSA RIBEIRO DE OLIVEIRA. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, SOBRAL - CE - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Analisar a evolução do conhecimento dos acadêmicos de uma faculdade de medicina da região norte do Ceará sobre a doação de órgãos ao longo dos seis primeiros semestres. Método: O estudo consistiu na aplicação de um questionário, composto por 17 questões sobre a doação de órgãos, no período de abril a junho de 2016 a estudantes de medicina do interior do Ceará. A amostra não probabilística foi constituída por 170 acadêmicos que cursavam do primeiro ao sexto semestre da UFC/campus Sobral. Os alunos que participaram assinaram termo de consentimento livre esclarecido e autorizaram a divulgação dos dados, mediante preservação do anonimato. A apuração dos resultados foi realizada através do Google Formulário. Resultados: O estudo constatou que 18,1% dos alunos dos três primeiros semestres e 52,6% dos estudantes do quarto ao sexto semestre afirmam já terem assistido a aulas ou cursos sobre transplantes. Dos que já assistiram aulas sobre o assunto 70,5% dos alunos dos três semestres iniciais e 52,5% dos alunos do quarto ao sexto classificaram a informação transmitida como boa ou ótima. Em relação à avaliação dos acadêmicos sobre a qualidade do conhecimento que possuem sobre esse assunto, 19,1% dos alunos do primeiro ao terceiro semestre e 15,7% dos que estão entre o quarto e o sexto semestre consideram bom ou ótimo. Conclusões: A informação adequada para os acadêmicos de medicina sobre transplante é fundamental, pois, além de conhecimento técnico, tal atividade envolve dilemas éticos. No presente estudo, constatou-se uma evolução quanto ao número de alunos que já assistiram aulas sobre o assunto no decorrer dos semestres. No entanto, houve um retrocesso quanto à classificação da qualidade da informação recebida pelos estudantes. Em relação à avaliação dos acadêmicos quanto ao conhecimento que possuem sobre transplante, também observou-se que uma maior porcentagem de estudantes dos semestres iniciais considerou o conhecimento de boa ou ótima qualidade. Dessa forma, percebe-se a necessidade de uma qualificação da informação repassada no decorrer do curso, visto que menos de 20% dos alunos dos dois grupos avaliados consideram o conhecimento adquirido bom ou ótimo, reafirmando que a desinformação está presente entre muitos estudantes, o que influencia negativamente todas as etapas da doação.Bibliografia: NETO, J.A.C et al, Estudantes de Medicina da UFJF e doação de órgãos para transplante, HU Revista, Juiz de Fora, v. 38, n. 1 e 2, p. 83-90, jan./jun. 2012.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 709

TÍTULO DO TRABALHO: Feridas Cirúrgicas: Uma Avaliação da Metodologia Didática nas Aulas Teóricas

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FLAVIANY MARIA SANTIAGO FORTE; DANIEL HARDY MELO; LEVI CARVALHO E SILVA; SAULO BARROS TEIXEIRA; RINELLE MARIA MARTINS COSTA; ELADIO PESSOA DE ANDRADE FILHO. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, SOBRAL - CE - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVOS: O objetivo deste estudo foi avaliar a importância das aulas teóricas sobre o tema ?Feridas Cirúrgicas? para a consolidação do conhecimento sobre o assunto, no decorrer de um curso de técnicas cirúrgicas. MÉTODOS: Pesquisa empírica experimental com intervenção, realizada na Universidade Federal do Ceará - Campus de Sobral. A amostra constou de 20 alunos entre o 2º e o 5º períodos de medicina regularmente inscritos no curso de Técnicas Cirúrgicas, na faixa etária entre 17 e 22 anos. Foram aplicados pré e pós-teste sobre o tema proposto, ambos contendo 4 questões. RESULTADOS: A turma do curso avaliada apresentou uma distribuição de estudantes de medicina composta, em sua maioria, pelo sexo masculino (55%) e por estudantes do segundo período (50%). O pré-teste demonstrou 27% de acerto sobre questões de feridas cirúrgicas, tendo o pós-teste demonstrado 55% de questões acertadas, totalizando um acréscimo de 28% de questões resolvidas corretamente após a aplicação de aula teórica. A maioria dos alunos (70%) respondeu corretamente a questão que tratava sobre desbridamento, sendo esta a questão com maior índice de acertos.CONCLUSÃO: Pré e pós-testes são utilizados para medir o conhecimento adquirido pelos participantes numa formação. Podemos concluir, através dos índices de acertos no pós-teste, que a aula teórica sobre feridas cirúrgicas mais que duplicou o índice de acertos nas questões que tratavam sobre o tema, colaborando assim para concretização do conhecimento dos alunos do curso de técnicas cirúrgicas acerca do tema. Assim, é relevante a abordagem teórica deste assunto para o desenvolvimento de habilidades cirúrgicas entre os estudantes de graduação em medicina.BIBLIOGRAFIA:Danyllo do Nascimento Silva Junior, Crislayne Alesandra Aquino Silva, Niedja Cibegne da Silva Fernandes, Ellany Gurgel Cosme do Nascimento, 2016. Estudo de caso de paciente com ferida cirúrgica infectada: Análise da integração ensino-serviço.Por Stephen B. Hulley,Steven R. Cummings,Warren S. Browner,Deborah G. Grady,Thomas B. Newman, 2015. Delineando a pesquisa clínica - 4.ed.Cleber Cristiano Prodanov e Ernani Cesar de Freitas, 2013.Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico - 2. ed.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1430

TÍTULO DO TRABALHO: Fisiopatologia da dor pós-operatória: revisão de literatura

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LILIAN RIBAS BAMBERG; DÉBORA BENETTI; ALESSANDRA CAREN FREY; DORIS MEDIANEIRA LAZZAROTTO SWAROWSKY. UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL, SANTA CRUZ DO SUL - RS - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: O objetivo central é o entendimento da fisiopatologia da dor pós-operatória, buscando-se a compreensão acerca das condutas utilizadas e diferentes alternativas.Método. Realizou-se uma revisão de literatura não sistemática nas bases de dados como PUBMED e MEDSCAPE, usando os seguintes termos: post surgery pain, fisiopatologia da dor pós-opertatória, dor cirúrgica, além de guidelines sobre o assunto. Os artigos e informações foram selecionados segundo sua relevância para o trabalho.Resultados. Desde o estimulo nociceptivo até a chegada ao córtex, a dor perpassa por quatro fases: a transdução, a transmissão, a modulação e a percepção. Ela é transmitida pelas fibras A, delta e C que se originam no corno posterior da medula, ascendendo pelos tratos espinotalâmico e espinorreticular, tálamo, substância cinzenta periductal, sistema límbico e córtex. Todo esse estímulo faz com que a atividade do sistema nervoso autônomo seja aumentada, levando a produção de muitas catecolaminas e hormônios que influenciam todo organismo. A dor pós-operatória ocorre devido a reações fisiológicas desencadeadas pelos danos teciduais, tração visceral ou mesmo pela própria patologia. A compreensão das fases da dor e seu caminho do estímulo nociceptivo até o córtex propicia o entendimento da abordagem multimodal da analgesia que visa vários analgésicos concomitantes, com diferentes tipos de ação, por várias vias de administração para reduzir a experiência dolorosa. Infelizmente, os estudos trazem que o manejo é inadequado com falhas nos métodos de avaliação e falta de conhecimento sobre o uso de fármacos como: analgésicos não-esteroidais, opiáceos, cateter peridural e sistemas de analgesia controlada pelo paciente. Além disso, o esquema ?se necessário? faz com que cerca de 70% dos pacientes demonstre-se insatisfeito e com dor no pós-operatório. Conclusão. A compreensão da fisiopatologia da dor pós-operatória é fundamental para seu correto manejo, pois a redução da mesma facilita a recuperação, diminuindo a morbidade pós-cirúrgica, além de levar a economias devido a alta precoce. Conhecimentos sobre prescrição em horários fixos ou sobre as técnicas de analgesia controlada pelo paciente ajudam nesse manejo. Os dados encontrados demonstram que muitos fatores podem intervir para que a correta analgesia não seja atingida, o que, contudo, precisa ser evitado para que a recuperação seja a melhor possível.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1162

TÍTULO DO TRABALHO: HEMOSTASIA HEPÁTICA, ESPLÊNICA E ÓSSEA, UTILIZANDO ELETROCAUTÉRIO UNGIDO COM GEL DE LIDOCAÍNA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANDY PETROIANU1; MATHEUS SEWASTJANOW SILVA1; KELLY RENATA SABINO2; CRISTINA SOFIA CANDIA BARRIENTOS2. 1. UFMG, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. SANTA CASA BH, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução:Apesar dos avanços nas técnicas operatórias, a hemostasia do fígado, baço e ossos continua sendo um desfio em traumas e operações maiores desses órgãos. Desde primórdios da Cirurgia, a hemostasia tem sido conduzida por meio de compressão direta, uso de compressas, ligaduras em bloco ou seletivas vasculares e termocauterizações. Esta comunicação apresenta um novo recurso para hemostasia parenquimatosa, usando eletrocautério ungido com gel de lidocaína.Objetivo:Apresentar a eletrocoagulação com gel de lidocaína, como alternativa de hemostasia hepática, esplênica e óssea.Método:Avaliou-se a hemostasia obtida por meio do eletrocautério ungido com gel de lidocaína. Foi utilizado para hemostasia em 36 procedimentos cirúrgicos em adultos, conforme segue: 6 hepatectomias multissegmentares, para remover tumores hepáticos, 10 hepatectomias parciais, para hepatojejunostomia, em presença de obstrução biliar intra-hepática, e 4 biopsias hepáticas laparoscópicas; 8 esplenectomias subtotais e 1 biopsia esplênica laparoscópica; 7 ressecções ósseas. Após a retirada do segmento hepático, o parênquima foi hemostasiado por meio de eletrocautério, cuja ponta era ungida com gel de lidocaína. Ao aproximar a ponta do eletrocautério do parênquima hepático, fornecia-se uma carga de 40 Watts, que coagulava o gel de lidocaína sobre o fígado, formando uma crosta. Essa camada de lidocaína coagulada selava os vasos sangüíneos e ductos biliares menores, interrompendo todo o vazamento sangüíneo e biliar do parênquima.Na abordagem do baço, com eletrocoagulação através do gancho ungido com gel de lidocaína, a lidocaína coagulada sela todos os vasos abertos pela secção esplênica. Após as ressecções ósseas, a hemostasia da área cruenta era obtida com o mesmo método já descrito e não houve a necessidade de utilizar a cera, que habitualmente é colocada sobre o osso, nessa situação.Resultados: Esse procedimento foi simples, não aumentando o tempo cirúrgico, e hemostasia completa dos vasos menores foi obtida nos 36 pacientes. Não houve sangramento pós-operatório nem sinais de toxicidade pela lidocaína e todos os pacientes evoluíram satisfatoriamente.Conclusões:Essa técnica demonstrou-se simples, barata e eficaz para a hemostasia em todos os tecidos testados.
Bibliografia:Petroianu A. Hemostasis of the liver, spleen, and bone achieved by electrocautery greased with lidocaine gel. Surg Today. 2012;41(2):300-2.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 385

TÍTULO DO TRABALHO: Implementação de uma referência própria, teórico-prática, na disciplina de Técnica Operatória do Centro Universitário do Espírito Santo ? UNESC

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RAUL EDMO TEIXEIRA AMITI1; RODRIGO ZON SOARES2; JOAO CARLOS NEPOMUCENO GONCALVES2; RAFAELA TÓTOLA COIMBRA2; MARCELA TAGLIARI TUBINO3. 1. UNESC / COLATINA, ITAPERUNA - RJ - BRASIL; 2. UNESC / COLATINA, COLATINA - ES - BRASIL; 3. UNESC, COLATINA - ES - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Noções básicas de técnica operatória são indispensáveis para todos os estudantes do curso de medicina, mesmo para aqueles que não pretendem dedicar-se às especialidades cirúrgicas. Diversos procedimentos são utilizados em situações de emergência e devem ser do domínio técnico de todos, visando a não expor os pacientes a riscos desnecessários. Objetivo - Fornecer aos alunos fundamentos teóricos e práticos dos princípios de técnica operatória e cirurgia experimental básica. Metodologia - Para realização, foram selecionados alunos do quinto ao nono período do curso de medicina para elaboração dos capítulos estudados na disciplina. Cada capítulo é ilustrado por artes manuais, desenhadas a olho nu, demonstrando tanto a técnica quanto a anatomia, tendo como roteiro as aulas ministradas pelos professores da disciplina. Após avaliação, cada capítulo foi editado para a impressão do e ser utilizado como Referência direta para a disciplina em questão. Resultados - Após observação comparativa, sob a ótica dos doscentes, constatou-se uma evolução da performance dos discentes que estão cursando a disciplina embasados numa referência, comparados aos que não obtiveram esse apoio.. Conclusão - Portanto, reconhecemos que muito ainda se tem a evoluir no ensino da cirurgia, no currículo do ensino médico, pois o ensinamento da cirurgia não deve envolver apenas a prática das inúmeras técnicas cirúrgicas, mas sim, expor ao acadêmico de maneira leve e clara as diversas especialidades cirúrgicas, através de uma referência teórico-prática direcionada, facilitando o aprendizado e assim inspirando o nascimento de novos cirurgiões.
ReferênciasBrasil. Ministério da Educação. Diretrizes curriculares nacionais para o curso de medicina. apturado em: 20 mar 2016.Costa NMSC. Docência no ensino médico: por que é tão difícil mudar?. Rev. Bras. Educ. Med [online]. 2007; 31 (1) [capturado 01 fev. 2012]; Lafuente JV, Escaneiro JF, Manso JM, Mora S, Miranda T, Castillo M, et al. El diseño curricular por compe- REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. 2014 229 38 (2). Nogueira MI. As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. Rev. Bras. Educ. Med [online]. 2009; 33 (2). [Capturado 09 mai. 2010].Hafner MLMB, Moraes MAA, Marvulo MML, Braccialli LAD, Carvalho MHR, Gomes R. A Formação Médica e a Clínica Ampliada: resultados de uma experiência brasileira. Ciênc Saúde Coletiva. Jun 2010; 15(1).

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1714

TÍTULO DO TRABALHO: IMPORTÂNCIA DA EXTENSÃO PARA O ENSINO SOBRE O ATENDIMENTO INICIAL AO POLITRAUMATIZADO.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: SANDRO RODRIGO VALE DE SOUZA1; DANILO GOIS SOUZA2; JOSE VALMIR MOURA JUNIOR1. 1. HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA, FORTALEZA - CE - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARA, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: No contexto da Extensão Universitária, as ligas acadêmicas vêm ganhando força, por representarem um espaço dinâmico, no qual a interação discente-discente, em parceria com os docentes orientadores, visa promover apoio à comunidade, sobretudo em iniciativas de promoção de saúde, e agregar, assim como formar, conhecimentos científicos relevantes para uma determinada área do saber. Dessa forma, podemos destacar positivamente a atuação das ligas universitárias na formação técnica, científica e humana dos ligantes. OBJETIVO: Demonstrar a importância que as atividades de uma liga acadêmica voltada ao ensino do trauma e da cirurgia exercem no ensino e na qualificação dos estudantes de graduação de um curso de medicina de uma importante universidade cearense. METODOLOGIA: Foi feita uma análise retrospectiva de todas as atividades de uma liga acadêmica voltada ao ensino do trauma e da cirurgia desde a sua fundação em 2005. RESULTADOS: Esta liga conta atualmente com 11 ligantes graduandos do 5º ao 7º semestre. Suas atividades constam de reuniões semanais, onde ocorre uma abordagem teórico-prática sobre temas envolvendo cirurgia e trauma, que visam, a partir de seminários, relatos de caso e atividades práticas, a difusão de técnicas e de protócolos de atendimento mundialmente reconhecido, como os do ATLS (Advanced Trauma Life Suport). No que diz respeitos às atividades práticas, os ligantes realizam plantões semanais, monitorados por preceptores médicos, na Emergência de um hospital terciário, referência no atendimento ao trauma no estado do Ceará. Nesses plantões, é colocado em prática o conhecimento a respeito do atendimento inicial e do seguimento dos pacientes vítimas de trauma. Como extensão, esta liga atua na educação em Saúde junto aos pacientes e seus familiares que se submeteram ao atendimento de emergência traumática neste hospital, atua, também, diretamente no esclarecimento e na prevenção primária de traumas com atividades informativas. Além disso, a Liga sempre participa de eventos científicos, apresentando trabalhos de pesquisa e relatos de caso, cumprindo seu papel também na difusão do conhecimento na comunidade científica.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2541

TÍTULO DO TRABALHO: Indução experimental de tumores vesicais ? Revisão de Literatura.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: NATHALIA LAIS LIMA ROCHA1; CHARLES ALBERTO VILACORTA DE BARROS2; JOÃO BOSCO LIMA NASCIMENTO JUNIOR3; MARIANA ALBUQUERQUE DÓREA2; MARIANA ROCHA BOHNE4; YASMIN DE FARIAS KHAYAT5; GISELE MOURA DE OLIVEIRA LEITE2; BEATRIZ HOLANDA GONÇALVES3. 1. FACULDADE METROPOLITANA DA AMAZONIA, BELÉM - PA - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ, BELÉM - PA - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ, BELÉM - PA - BRASIL; 4. CENTRO UNIVERSITÁRIO DO PARÁ, BELÉM - PA - BRASIL; 5. CENTRO UNIVERSITARIO DO PARA, BELÉM - PA - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Realizar um levantamento acerca dos atuais conhecimentos na literatura científica sobre os modelos experimentais de indução de neoplasia vesical. Método: Esse estudo foi realizado através de revisão de literatura, a partir da análise de artigos e publicações que fizessem referência a neoplasia vesical, com ênfase nos modelos experimentais de indução. Os artigos foram coletados utilizando-se como fonte as bases de dados eletrônicas Scielo, MEDLINE/Pubmed e Lilacs. Foram selecionados artigos em português e em inglês. Das referências que abordavam sobre a indução de tumores vesicais, 27 foram analisadas, das quais 5 foram excluídas através de leitura analítica por não se adequarem ao objetivo do presente estudo. Resultados: Um dos métodos mais conhecidos e citados na literatura para a indução desses tumores em ratos, é pela utilização da N-butil-N-4-hidroxibutil nitrosamina (BBN) que produz lesões majoritariamente papilares que, podem progredir para tumores invasivos, de uma forma muito semelhante ao identificado nos humanos, tornando-o um excelente modelo para a avaliação do efeito de agentes terapêuticos no modelo de carcinoma papilar. Foi desenvolvido também um modelo experimental modificado geneticamente (GEM), amplamente utilizado para aplicações em biologia do câncer, que emprega camundongos, uma vez que os tumores surgem no tecido e também complementam os modelos baseados em carcinógenos, e se fundamentam em alterações genéticas definidas. Com a pesquisa constatou-se que o uso da BBN, possui o agente carcinogênico mais utilizado em modelos animais para a investigação de câncer da bexiga, limitando as suas capacidades cancerígenas a este órgão. Além disso, quando administrado por via apropriada, na dose correta e na estirpe animal adequada ao estudo em causa, todos produzem 100% de incidência de tumores na bexiga. No modelo GEM, a bexiga pode ser resistente ao desenvolvimento de tumores invasivos, uma vez que a maioria das alterações de um único gene e muitas alterações combinadas têm fenótipos relativamente leves. No entanto, dada a recente descrição de alterações moleculares encontradas no tecido da bexiga, o modelo pode ser utilizado em roedores, que são susceptíveis a desempenhar um papel cada vez mais proeminente no câncer vesical. Conclusão: O modelo por BBN é o mais presente na literatura devido seu elevado indice de pega e facilidade de aplicação em roedores.

CODIGO DO TRABALHO: 781

TÍTULO DO TRABALHO: Justificativas para a não doação de órgãos dos estudantes de Medicina da Zona Norte do Ceará.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LUCAS TADEU ROCHA SANTOS; MIKAELLE LOPES RODRIGUES; CARLOS ALEFE SOUSA NASCIMENTO; AFONSO ELAN COSTA SILVINO; FRANCISCO DE ASSIS COSTA SILVA; DINA ANDRESSA MARTINS MONTEIRO; JÚLIO CÉSAR CHAGAS E CAVALCANTE; WANESSA RIBEIRO DE OLIVEIRA. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL, SOBRAL - CE - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Este trabalho tem como objetivo analisar o motivo para a não doação de órgãos entre os acadêmicos de medicina. Metódo: Estudo transversal, observacional, com amostra não-probabilística de 170 acadêmicos de medicina devidamente matriculados do primeiro ao sexto semestre da Universidade Federal do Ceará ? Campus Sobral. No período de abril a junho de 2016, os estudantes de medicina responderam o questionário denominado ?Questionário sobre Doação de Órgãos?, avaliando a intenção de doar os órgãos após a morte e os motivos para a não doação, e assinaram termo de consentimento livre e esclarecido e autorizaram a divulgação dos dados, mediante preservação do anonimato. A apuração dos resultados foi realizada através do Google Formulário. Resultados: A amostra foi formada por 170 acadêmicos de medicina, sendo 39 (23%) do primeiro semestre, 29 (17%) do segundo semestre, 26 (15,3%) do terceiro semestre, 27 (15,7%) do quarto semestre, 20 (12%) do quinto semestre e 29 (17%) do sexto semestre. Em relação a intenção de doar os órgãos após a morte, 139 (81,8%) relatam desejo em doar e 31(18,2%) não apresentam intenção em doar os órgãos. Dos 31 que não apresentam intenção em doar os órgãos, 11 (35,5%) referiram falta de interesse, 8 (25,8%) referiram medo, 5 (16,2%) referiram motivos religiosos,4 (12,9%) relataram outros motivos e 3 (9,6%) referiram desinformação. No primeiro ano do curso de medicina, 15 estudantes referiram não intenção em doar, sendo 7 (46,7%) por falta de interesse, 4 (26,7%) por medo, 2 (13,3%) por desinformação e 2 (13,3%) por outros motivos. No segundo ano, 6 estudantes não referiram intenção em doar, sendo 3 (50%) por falta de interesse, 1 (16,6%) por motivo religioso, 1 (16,6%) por medo e 1 (16,6%) por desinformação. No terceiro ano, 8 estudantes referiram não intenção em doar, sendo 3 (37,5%) por medo, 2 (25%) por falta de interesse e 3 (37,5%) por motivos religiosos. Conclusões: O motivo mais frequente para a não doação de órgãos é a falta de interesse dos estudantes, seguido pelo medo, motivos religiosos e desinformação. Durante o curso, a desinformação deixou de ser um motivo para a não doação de órgãos. Bibliografia: SANTOS, R.J. et al, Aspectos éticos dos transplantes de órgãos na visão do estudante de medicina: um estudo comparativo. Rev. bioét., Salvador, v. 24, n. 2, p. 344-54, 2016

CODIGO DO TRABALHO: 2141

TÍTULO DO TRABALHO: LIGA ACADÊMICA DE CIRURGIA: análise de uma experiência inicial

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: YOHANA OLIVEIRA DE BARROS1; ADRIANO DIAS TRAJANO2; AMANDA BELMONT MACÊDO BARROSO1; ANA CAROLINA OLIVEIRA DA SILVA1; ANNA LUIZA PORTELA TARGINO1; ANNE KAROLLINE MENDES DA SILVA3; TALITA FIRMINO DA SILVA FERRO3; IASMIN FLORÊNCIO DE ARAÚJO SILVA3. 1. DISCENTE DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA (FAMENE), JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. PROFESSOR-ORIENTADOR DA LAC-PB. MEMBRO DO CBC. MESTRE EM CIRURGIA PELA UNICAMP, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 3. DISCENTES DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA (FCM), JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVO: A diretriz curricular de ensino médico brasileiro apresenta lacunas que tornam o processo de ensino-aprendizagem menos produtivo, devido à insuficiente integração entre ensino teórico e prático. Nessa perspectiva, surgem as ligas acadêmicas, a exemplo da Liga Acadêmica de Cirurgia da Paraíba (LAC-PB), atuante desde 2014, constituída por acadêmicos de Medicina e um professor-orientador, a qual busca atuar em ensino, pesquisa e extensão. Esta pesquisa objetiva avaliar o impacto da participação da liga na formação acadêmica e profissional dos ex-ligantes. MÉTODO: Construiu-se um questionário com dez perguntas/afirmativas, com respostas alternativas (sim/não) ou em escalas graduadas de concordância e importância, destinadas a trinta ex-membros da LAC-PB (acadêmicos e médicos graduados), dos quais vinte e um responderam. O instrumento da pesquisa foi direcionado via e-mail, através do sistema SurveyMonkey, nuvem de desenvolvimento de pesquisa online. RESULTADOS: Os itens abordados buscaram analisar aspectos como a suficiência das experiências promovidas pela liga para conhecer a área de Cirurgia Geral e Trauma, além da dinâmica da equipe, o qual obteve sim de 95,24%. Quanto à ampliação do conhecimento e suporte em relação à graduação, 57,14% atribuíram muito importante 38,10%, importante e 4,76%, neutro. Portanto ressaltou-se a essencialidade das aulas e discussões de casos clínicos realizados. Segundo 95,24%, o contato com o paciente, através dos estágios, contribuiu para desenvolver uma adequada relação médico-paciente, e para isso, 38,10% atribuíram 6 horas como carga horária semanal ideal, com alunos a partir do sexto período da graduação (38,10%). A proposta da Liga em selecionar duplas para atuação conjunta em estágios, a fim de desenvolver trabalho em equipe, recebeu concordância por 90,48% dos participantes. Para a escolha da especialidade cirúrgica, 57,14% designaram como muito importante à participação na LAC-PB, 33,33%, importante e 9,52%, neutra, além disso, 85,71% afirmaram ter suas expectativas atendidas ao final do período como ligante. CONCLUSÕES: A LAC-PB logrou êxito ao inserir satisfatoriamente o estudante em atividades teórico-práticas, proporcionando maior conhecimento da Cirurgia Geral e Trauma, além de contribuir para a escolha da especialidade médica do discente. As atividades desenvolvidas pela Liga tem influência singular na formação individual e acadêmica dos ligantes, bem como na promoção de benefícios à população.

CODIGO DO TRABALHO: 2965

TÍTULO DO TRABALHO: MECANISMO ANTITUMORIGÊNICO DE BIOCOMPOSTO OBTIDO POR HIDROLISE DA RUTINA NO CARCINOMA DE CÓLON

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: NATÁLIA TAÍS KLINKERFUSS; LETÍCIA ESCOBAR VICENTINI; CAMILA MARIA DE CASTRO; ISABELLA RAMOS OLIVEIRA ASSUNÇÃO; ISADORA MORAES MARCHESI; GIULIA MAZARO DE OLIVEIRA; MARCELO LIMA RIBEIRO; DENISE GONCALVES PRIOLLI. UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: A terapia mais utilizada para o câncer colorretal atualmente é a ressecção cirúrgica associada ao tratamento antineoplásico. Contudo, experimentos têm demonstrado a eficácia de novos derivados flavonoides, tal como a rutina hidrolisada (RH), um composto bioativo formado a partir da hidrólise enzimática da rutina, mas com melhor absorção. A RH possui papel antioxidante e antitumoral, que poderia estar relacionado às vias ATM, ATR e WNT. A via ATM está envolvida na regulação da dupla ruptura de moléculas de DNA e na apoptose celular, eventos que possuem um papel vital na ativação do checkpoint G1/S e G2/M do ciclo celular, os quais previnem que células com danos no DNA continuem a multiplicação. Nesse contexto, destaca-se o oncogene c-Myc e o gene supressor TP53. c-Myc é um gene de resposta inicial, e atua, em uma célula normal, como ativador da transcrição celular e no processo de apoptose, modulando o TP53. Nesse trabalho foi avaliado o potencial de ação da rutina hidrolisada (RH) como agente antineoplásico e seu possível mecanismo de ação molecular. Métodos: Camundongos balb-c nu/nu foram xenotransplantados com 4x106 células de carcinoma de cólon humano/HT-29, com mutação do TP53, processadas em cultura celular, e distribuídos em 3 grupos: a) Controle, animais transplantados e não tratados; b) Tratamento, tratados com RH por 7 dias após o tumor alcançar volume de 100mm3; c) Profilaxia, tratados com RH por 7 dias anteriormente ao transplante tumoral. O volume tumoral foi aferido diariamente e, após eutanásia e ressecção tumoral, o espécime extirpado foi submetido à análise histológica (HE) e PCR. A análise dos resultados foi realizada adotando significância menor de 5%. Resultados: A administração da RH diminuiu o crescimento tumoral no grupo profilático (p=0,04) quando comparados com o controle; a diminuição do crescimento tumoral esteve relacionada à menor expressão de c-Myc (p=0.001) e do TP53 mutado (pConclusão: O flavonoide RH demonstrou potencial antitumorigênico sobre o carcinoma de cólon humano/HT-29. O mecanismo de ação esta relacionado à diminuição de proliferação celular mediada pela c-Myc e modulação do TP53.

CODIGO DO TRABALHO: 733

TÍTULO DO TRABALHO: MICROCIRURGIA PARA TRATAMENTO DE TUMOR INTRACRANIANO PROFUNDO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANA MARIA GARCIA1; TÁSSYLLA CAROLINE FERREIRA PEREIRA2; PATRICK NUNES BRITO2; JULIANE LOPES DO NASCIMENTO2; OSMAR GOMES CARVALHO JÚNIOR2; JORGE LUIZ C. C. GOMES ABRANTES2; JOÃO VICTOR PEREIRA GOMES2; JOSÉ ROBERTO LÓPEZ RIVERO2. 1. ITPAC, ARAGUAINA - TO - BRASIL; 2. ITPAC/FAHESA, ARAGUAÍNA - TO - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Cerca de 10% das hemorragias intracerebrais são causados por malformações vasculares. O tipo mais frequente é a malformação arteriovenosa (MAV), que tem um centro de vasos displásicos, artérias de alimentação e veias para drenagem. As MAV verdadeiras são shunts congênitos entre os sistemas arterial e venoso que podem apresentar-se como cefaleias, crises epilépticas e hemorragia intracraneana, no entanto costumam permanecer clinicamente silenciosas por toda vida. RELATO DE CASO: Masculino, 70 anos, com quadro de hemiparesia e hemiparestesia à direita, atendido no Hospital Regional de Araguaína, realizou ressonância magnética do crânio com contraste que evidenciou lesão expansiva e infiltrativa na região temporo-parietal esquerda, com áreas de degeneração necrótica de permeio, paredes espessas e nutrida com vasos calibrosos de aspecto inespecífico, de dimensões 2,75 x 3,25 x 3,02 cm (laterolateral x craniocaudal x anteroposterior), sendo alavancada a hipótese de ser um glioblastoma multiforme. Três meses após foi submetido a microcirurgia para tratamento de tumor intracraniano profundo. No procedimento paciente se encontrava decúbito dorsal, com a cabeça a direita, sendo realizada incisão temporofrontal esquerda e craniotomia a nível do tumor com posterior abertura e exposição do córtex. Realizada microdissecção transnucal com aferentes tumorais sangrantes, e incisão transcortical, onde identificou-se lesão amplamente vascular, cujas características apontavam para lesão hemangioma, angioma ou malformação arteriovenosa. Realizou-se exérese completa da lesão, sendo o sangramento significativo oriundo da própria lesão. Realizou-se cranioplastia e fechamento em planos subcutâneo, músculo aponeurótico. Uma amostra da lesão foi recolhida e enviada para estudo histopatológico. A cirurgia foi encerrada após 7h30min de duração e o paciente recebeu alta no 21º DPO. No exame anatomopatológico registrou-se, macroscopicamente, formações irregulares de tecido pardo-acastanhado e elástico, e na microscopia o resultado foi sugestivo de malformação arteriovenosa associada a intensa proliferação astrocitária. Para a confirmação diagnóstica precisa foi indicado análise imunohistoquímica. CONCLUSÃO: O tratamento para MAV costuma ser conservador, no entanto a intervenção cirúrgica também é utilizada a fim de evitar uma piora da disfunção neurológica.

CODIGO DO TRABALHO: 1059

TÍTULO DO TRABALHO: Modelo de baixo custo e sintético de dissecção venosa como ferramenta de ensino para treinamento teórico prático por acadêmicos de Medicina

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CARLOS MAGNO QUEIROZ DA CUNHA; DANIEL DIAS DE HOLANDA FREITAS; GIOVANNI TROIANI NETO; DIEGO FREITAS FÉLIX; VICTOR ANDRADE DE ARAÚJO; JOSÉ ALBERTO GUILHERME FROTA JÚNIOR; JAMES DANTAS FERREIRA; FRANCISCO JULIMAR C. DE MENEZES. UNIVERSIDADE DE FORTALEZA (UNIFOR), FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVOPráticas cirúrgicas têm como um de seus pilares a aquisição de habilidades e técnicas. Nessa seara, modelos sintéticos de baixo custo emergem como alternativa para conciliar a teoria com a prática e ultrapassar dificuldades na obtenção de recursos humanos e materiais, além de dispensar o uso de animais. Assim, este trabalho tem o fito de desenvolver e aplicar modelo de baixo custo para treinamento de dissecção venosa para acadêmicos de Medicina.MÉTODOO modelo foi elaborado com custo único de R$ 35,00 mais R$00,50 para reposição de material a cada utilização. Utilizou-se o braço de manequim comercial, realizando abertura de 9,5 x 5,5cm para via de acesso. Veia basílica reproduzida por um balão palito preenchido por corante vermelho. Fio elétrico amarelo simulava o nervo cutâneo medial. Para pele e subcutâneo foi usado folha E.V.A. e esponja.Este modelo foi empregado durante curso teórico prático. Os 87 alunos responderam a um teste pré e pós atividade, foram avaliados durante a prática através de check list e responderam questionário de percepção sobre o modelo. Todos os dados dos questionários foram analisados através do programa IBM SPSS v.22. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza.RESULTADOSApós análise das avaliações pré e pós atividade foi notado crescimento teórico de 88,25%. Mesmo o tempo médio de execução sendo 18 minutos e 48,3% contaminado o procedimento, a média de acertos no check list foi acima de 80%. Tal fato ratifica um dos objetivos centrais do treinamento, que é a memorização do passo a passo do procedimento, sendo importante durante a curva de aprendizado. Em relação aos questionários de percepção, 91,95% dos alunos concordaram que os modelos mantinham boa correlação anatômica, 89,96% que o material utilizado é de boa qualidade, 95,40% que o modelo permitiu o aprendizado da dissecção venosa e 96,55% que o modelo pode ser usado para ensino do procedimento. Encontramos como limitação do modelo a não reprodução fidedigna durante o teste de tração (diferenciar veia de artéria), visto que não há um fluxo contínuo no modelo.CONCLUSÕESMesmo com limitações, os resultados demonstram satisfação dos alunos e bom rendimento no aprendizado da técnica. Além disso, evidenciou-se a criação de modelo realista, de boa qualidade e viável para o ensino, apenas com materiais de baixo custo para treinamento de dissecção venosa.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 3048

TÍTULO DO TRABALHO: MODELO DE MITIGAÇÃO DE CONTAMINAÇÃO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIA EM CIRURGIA EXPERIMENTAL EM RATAS WISTAR.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCOS RAIMUNDO PEREIRA DA SILVA; VICTÓRIA WINKLER VASCONCELOS; JAMILLY ALVES PADILHA; BEATRIZ FERREIRA DIOGO. UFPA, BELÉM - PA - BRASIL.

RESUMO:
Objetivos: Utilizar medidas de controle que evitem morte indesejada de ratas wistar utilizadas em laboratório de pesquisa em neurofarmacologia e toxicologia de produtos naturais; Metodologia: Essas medidas foram inseridas em projetos em andamento no laboratório, já devidamente aprovadas pelo comitê de ética em pesquisa animal da universidade, foi proposto um protocolo a ser seguido e um check-list de procedimentos a serem adotados pelos executores das cirurgias e procedimentos de pesquisa empregados nos animais, como uso preparação do local de cirurgia e procedimentos, uso de vestimentas e paramentos adequados à cirurgia e utilização de material descartável ou esterilizado, jalecos limpos, touca e máscaras descartáveis, higienização da área de procedimento, utilização de luvas cirúrgicas nas cirurgias, utilização do verso da embalagem das luvas cirúrgicas como campo operatório, utilização de um segundo aluno como instrumentista e aplicação de medicamentos adequados para o pós-operatório, bem como a rigorosa higiene e manutenção de curativos; Resultados: Na amostra pesquisada a morte precoce das ratas utilizadas em projetos de pesquisa que envolvem cirurgia foi reduzida a zero, com sensível melhora da precisão de resultados em pesquisas envolvendo procedimentos invasivos dos animais submetidos ao protocolo proposto; Conclusões: com os resultados coletados neste modelo se demonstrou de maneira clara aos alunos envolvidos em pesquisa animal no laboratório que medidas relacionadas essencialmente ao comportamento podem reduzir sensivelmente gastos desnecessários à pesquisa, maior conforto aos animais utilizados no experimento e maior precisão dos resultados, uma vez que elimina fatores de contaminação e morte precoce de animais, resultando economia de tempo e melhor eficiência dos processos.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2345

TÍTULO DO TRABALHO: Modelo Experimental de Anestesia Inalatória em Ratos Wistar

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LUCIANO ZOGBI DIAS1; ANDREA SOUBHIA1; EDNA FRASSON DE SOUZA MONTERO2; DANIELA BARROS1; SUSI HELIENE LAUZ MEDEIROS1. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG, RIO GRANDE - RS - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - USP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Os anestésicos inalatórios são os fármacos mais utilizados para manutenção da anestesia geral. A popularidade destes medicamentos para estabelecer anestesia é baseada na facilidade de administração, previsibilidade de seus efeitos, baixo custo e extenso treinamento dos anestesistas neste tipo de anestesia. Entretanto toda droga possui efeitos colaterais e, dentre eles, se destaca a lesão hepática e sua alta morbidade. Desenvolver um modelo experimental de anestesia inalatória em ratos wistar. Metodologia: Foram utilizados 30 ratos wistar, machos, provenientes do biotério convencional controlado da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) com media de peso de 400g, anestesiados no Laboratório de Morfologia Experimental do setor de Cirurgia Geral da FURG. Os animais cada um a seu tempo foram colocados em uma campânula de vidro transparente, com aquecedores gel na base da campânula, conectados a um aparelho de anestesia com vaporizadores calibrados dos agentes anestésicos a serem estudados, os ratos foram induzidos e mantidos anestesiados por 2 horas, durante esse período foram observados: parada de movimentação; perda do reflexo de endireitamento; perda do reflexo córneo-palpebral; perda reflexo de retirada da pata traseira à estímulo doloroso por preensão; hipotermia e óbito. Resultados: Indução anestésica 8 a 12 minutos; imobilidade 8 a 10 minutos; perda reflexo de endireitamento 8 a 10 minutos; perda reflexo córneo-palpebral 12 minutos; perda reflexo retirada pata traseira 20 minutos; ausência de hipotermia ao final 2 horas; nenhum óbito foi registrado. Conclusões: O modelo utilizado mostrou estabilidade e segurança quanto a indução e manutenção do plano anestésico e se mostrou eficiente em produzir anestesia inalatória em ratos wistar com a finalidade de observar repercussões da anestesia inalatória em orgãos alvo como o fígado ou em qualquer outro que se queira estudar.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2534

TÍTULO DO TRABALHO: Modelo experimental de indução in vivo de Cervicite: revisão de literatura

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CELSO ANGELO MARTINS LIMA1; ANA CAROLINA CUNHA COSTA2; RAFAELLA MACEDO MONTEIRO DA CRUZ1; MARIANA ALBUQUERQUE DÓREA1; JOÃO BOSCO LIMA NASCIMENTO JUNIOR3; GISELE MOURA DE OLIVEIRA LEITE1; BEATRIZ HOLANDA GONÇALVES3. 1. UEPA, BELÉM - PA - BRASIL; 2. FAMAZ, BELÉM - PA - BRASIL; 3. UFPA, BELÉM - PA - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Realizar uma revisão do conhecimento científico acerca dos modelos experimentais de indução de cervicite. Método: Este estudo foi realizado por meio da busca e da análise de artigos e publicações online que façam referência ou descrevam modelos que induzam cervicite em animais. Estes foram coletados utilizando-se bases de dados eletrônicas como MEDLINE/Pubmed e Lilacs utilizando os descritores Cervicitis OR Uterine Cervicitis AND Animal model AND Mice. Dos 47 artigos encontrados, 22 foram excluídos. Foram selecionados somente artigos escritos nos idiomas português e inglês e excluídos aqueles que não se adequaram ao objetivo da pesquisa. Resultados: A indução de cervicite foi feita em diferentes animais, de acordo com a finalidade das pesquisas. Em ratas, foram encontrados dois modelos mais relevantes: o primeiro utiliza uma injeção de 0,5ml de uma solução de fenol e resina de árvores do gênero Acacia a 25% na vagina de ratas anestesiadas, a uma profundidade de 2 centímetros. Após a administração, as ratas são deixadas de cabeça para baixo por 5 minutos, sendo este procedimento repetido por 3 dias e a cervicite sendo confirmada por rubor e edema do orifício vaginal. Foi encontrado também um modelo de indução em ratas utilizando ácido etanóico. Com os animais anestesiados, foram introduzidos absorventes embebidos em ácido etanoico pelo canal vaginal por 30, 60 e 120 segundos. O estudo concluiu que 30 segundos foram suficientes para induzir lesões cervicais que caracterizam cervicite. Um outro modelo, utilizando fêmeas de macacos rhesus, consiste na inoculação de vírions do HPV por meio do trato reprodutor dos animais anestesiados com cetamina para causar a lesão e há ainda a indução da cervicite em camundongos, por meio da inoculação da bactéria Chlamydia muridarum no colo do útero dos animais. Conclusão: A partir da análise da literatura, pode-se perceber que os modelos de indução causam cervicite nos animais por meio de agentes infecciosos, como os vírions do HPV e bactérias Chlamydia, ou por substâncias químicas, como soluções de caráter ácido. Os modelos que induzem a cervicite de forma mais eficaz são os que utilizam agentes infecciosos, visto que causam os sintomas da infecção do cérvix mais rapidamente e por um período mais duradouro.

CODIGO DO TRABALHO: 2555

TÍTULO DO TRABALHO: Modelo experimental de indução in vivo de DRGE: revisão de literatura.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LIZANDRA LUJAN DELPUPO TRIVILIN1; EDSON YUZUR YASOJIMA2; EDUARDO DOS SANTOS MARTINS NETO2; MARIANA ALBUQUERQUE DÓREA2; JOÃO BOSCO LIMA NASCIMENTO JUNIOR3; TIAGO BRAGA DUARTE3; RAFAELLA MACEDO MONTEIRO DA CRUZ2; YASMIN DE FARIAS KHAYAT4. 1. FAMAZ, BELÉM - PA - BRASIL; 2. UEPA, BELÉM - PA - BRASIL; 3. UFPA, BELÉM - PA - BRASIL; 4. CESUPA, BELÉM - PA - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVO: Realizar um levantamento acerca dos atuais conhecimentos na literatura científica sobre os modelos experimentais de indução da Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE). MÉTODO: Esse estudo foi realizado através de revisão de literatura, a partir da análise de artigos e publicações online que fizessem referência a DRGE, com ênfase nos modelos experimentais de indução. Os artigos foram coletados utilizando-se as bases de dados eletrônicas Scielo, MEDLINE/Pubmed e Lilacs. Foram selecionados artigos em português e em inglês, sendo aqueles com data de publicação anterior ao ano de 2011 foram descartados. Das referências que abordavam sobre DRGE, 52 foram analisadas, das quais 20 foram excluídas através de leitura analítica por não se adequarem ao objetivo desse estudo. RESULTADO: O método mais conhecido e citado na literatura para a indução de DRGE em ratos ainda é o modelo descrito por Omura, todavia, tem sido substituído pelo modelo formulado por Pawlik, que consiste em uma adaptação do modelo de Omura e se baseia na realização de duas ligaduras uma entre o fundo e o corpo do estômago, o que reduz o volume do órgão e a angulação entre o estômago e o esôfago (facilitando o refluxo) e outra no duodeno, próximo ao piloro, para interromper o fluxo digestivo. Este modelo tem como vantagem proporcionar uma maior sobrevida ao animal, permitindo um maior controle sobre o mesmo, além de ser adequado para os exames dos mecanismos iniciais da lesão no esôfago advindas da DRGE. Foram encontradas criações mais recentes de modelos cirúrgicos que imitem o refluxo nos ratos, classificado quanto a origem em gástrico, duodenal ou misto. Essas novas técnicas possuem vantagens, principalmente em experimentos de longo prazo, uma vez que conseguem manter os roedores vivos até 80 semanas após a cirurgia. No modelo de Pawlik os ratos são submetidos a eutanásia em apenas 4 horas após a cirurgia. CONCLUSÃO: Constatou-se que o modelo mais citado na literatura é o descrito por Omura em 1999, contudo os artigos mais atuais passaram a usar o modelo formulado por Pawlik. Também foram encontradas criações recentes de vários modelos cirúrgicos que imitam os refluxos gástrico, duodenal e misto em roedores. Três dos procedimentos aqui descritos são adequados para experimentos de longo prazo com altas taxas de sobrevivência pós-operatória. O outro modelo consiste em uma adaptação de procedimentos utilizados em publicações anteriores e é destinado para experimentos de curto prazo.

CODIGO DO TRABALHO: 2516

TÍTULO DO TRABALHO: MODELO EXPERIMENTAL EM APENDICECTOMIA ABERTA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JÉSSICA PALMA SOARES1; JÉSSICA SANTANA PORTO1; JÚLIA CRUZ SANTANA2; CINTHIA DE JESUS VIANNA2; FERNANDA PINHEIRO MARQUES2; ANDRE LUIS BARBOSA ROMEO3. 1. FACULDADE DE TECNOLOGIA E CIÊNCIAS, SALVADOR - BA - BRASIL; 2. ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, SALVADOR - BA - BRASIL; 3. HOSPITAL ANA NERY, SALVADOR - BA - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVOS: O modelo experimental em apendicectomia aberta tem o objetivo de aprimorar o estudo e a habilidade dos acadêmicos de Medicina na área cirúrgica sem, contudo, infringir os princípios éticos que envolvem o uso de animais. O trabalho ainda tem como objetivo demonstrar o processo de confecção do modelo experimental, assim como materiais utilizados, custo total e de manutenção e o tempo gasto para a montagem do mesmo.MÉTODOS: Para a construção do modelo são utilizados materiais inorgânicos de baixo custo e fácil acessibilidade, criando uma base reaproveitável, constituída de uma caixa de MDF de 17x6x6 cm, com revestimento interno de espuma comum de 2cm de espessura, simulando a fossa ilíaca direita. Para a confecção do ceco foi utilizado espuma enrolada de forma cilíndrica e fio de nylon que simulava as haustrações. O apêndice foi reproduzido com bexiga canudo fixada à parte interna da estrutura do ceco. Duas folhas de papel filme foram coladas uma sobre a outra, com linhas de barbante vermelho entre elas, representando o mesoapêndice com a artéria apendicular e seus ramos. O peritônio foi simulado com uma meia calça e logo acima uma espuma vermelha reproduzia a camada muscular composta pelos músculos transverso, oblíquo menor e maior. A fáscia do oblíquo maior foi representada por uma folha de EVA e o tecido celular subcutâneo por espuma amarela. A caixa por fim era fechada com uma folha de poliuretano que se assemelhava à pele.RESULTADOS: O modelo possuiu um custo médio global de R$23,30 para reproduzir uma caixa reaproveitável, tendo como custo médio de manutenção R$7,30 reais para a reposição de materiais descartáveis a cada prática experimental. O tempo médio de confecção da caixa foi de 40 minutos e o tempo médio de prática experimental foi de 20 minutos. A utilização do modelo em cursos teóricos e práticos extracurriculares de ligas acadêmicas se mostrou eficiente do que tange ao seu objetivo principal de reproduzir a técnica cirúrgica de apendicectomia aberta. Ademais, foi capaz de se remeter à anatomia abdominal, consolidando os conhecimentos anatômicos do estudante.CONCLUSÃO: Conclui-se, portanto, que o modelo experimental de apendicectomia aberta pode ser utilizado como ferramenta importante para a demonstração e aprendizado prático de estudantes de medicina na área cirúrgica, tendo em vista sua fácil confecção e reprodutibilidade, além do baixo custo.

CODIGO DO TRABALHO: 2581

TÍTULO DO TRABALHO: MODELO SIMULADO DE BAIXO CUSTO EM DRENAGEM TORÁCICA: AVALIAÇÃO E PERCEPÇÃO DE ALUNOS DA GRADUAÇÃO SOBRE ENSINO TEÓRICO-PRÁTICO.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DANIEL ARAUJO KRAMER DE MESQUITA; MARIA ALLYCE DE OLIVEIRA; ERIKA FEITOSA QUEIROZ; VINICIUS FARINA SARTORI; ANA PAULA LOPES PESSOA; CARLOS MAGNO QUEIROZ DA CUNHA; FERNANDA MARTINS MAIA; RAFAELA VIEIRA CORREA. UNIVERSIDADE DE FORTALEZA, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: A drenagem torácica é um procedimento comum importante para a intervenção de derrames pleurais na rotina médica. Este estudo objetiva avaliar a aquisição de habilidades cirúrgicas em drenagem torácica após ensino do procedimento na graduação, assim como descrever a relevância da prática no modelo segundo a percepção dos alunos.Método: Estudo transversal descritivo e analítico com alunos do curso teórico-prático de cirurgia organizado pelos autores em junho de 2016. O modelo foi confeccionado com materiais de baixo custo e fácil acesso: manequim sintético, com corte na região correspondente à realização do procedimento, simulação de costelas com duas estruturas de madeira e de camadas dos tecidos com folhas de EVA e esponja. No interior do manequim foi acoplado recipiente contendo água e vedado por recorte de EVA de mesmo diâmetro, simulando a pleura. Os participantes foram avaliados através de checklist durante treino com modelo após aula teórica e demonstração do procedimento. Após isso, responderam questionário de percepção sobre o manequim. Respeitou-se os aspectos éticos.Resultados: Amostra composta por 91 alunos da graduação em Medicina, sendo 50 mulheres (54,9%) e 41 (45,1%) homens. A maioria (95,6%) sem experiência prévia com o procedimento. Ao se avaliar os checklists, percebe-se como principal erro a aplicação inadequada da anestesia (50,5%), seguido pela inserção incorreta do dreno (46,2%) e pela incorreta divulsão dos músculos e da pleura (45,1%). Os itens com menos erros se referem à medição adequada do dreno (89%), à paramentação (87,9%) e à realização da exploração digital (83,5%). A partir dos questionários de percepção, observa-se que: 98,9% dos estudantes concordam que o modelo pode ser usado para ensino do procedimento; 94,5% afirmam que o modelo tem boa correlação com a anatomia humana; 95,6% concordam que o material utilizado no modelo é adequado para o aprendizado; 95,6% concordam que o modelo pode ser facilmente reproduzido e 93,4% afirmam se sentir mais preparado para realizar o procedimento após treinamentos no modelo. Conclusão: O treino com o manequim foi capaz de destacar etapas específicas do procedimento, que devem ser reforçadas a fim de garantir aprendizado significativo e sucesso da drenagem torácica em pacientes reais. A sua verossimilhança, fácil reprodutibilidade e capacidade de aumentar a segurança do médico em formação torna-o ferramenta importantíssima na graduação.

CODIGO DO TRABALHO: 1616

TÍTULO DO TRABALHO: Modelo sintético e de baixo custo para treinamento de Hernioplastia aberta

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DIEGO FREITAS FÉLIX; DANIEL DIAS DE HOLANDA FREITAS; CARLOS MAGNO QUEIROZ DA CUNHA; GIOVANNI TROIANI NETO; WALTER BATISTA DE SANTANA NETO; JOÃO SOTERO VERAS NETO CAVALCANTE; FRANCISCO VANDEIR CHAVES DA SILVA; FRANCISCO JULIMAR C. DE MENEZES. UNIVERSIDADE DE FORTALEZA (UNIFOR), FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVOHérnias de parede abdominal são protrusões onde a aponeurose e a fáscia não estão devidamente recobertas por músculo esquelético estriado. Sua reparação é o procedimento mais realizado em cirurgia geral, representando em 2015 custos globais de R$ 72.747.870,94 para o sistema de saúde. Diante da importância de tal procedimento, o treinamento com modelos sintéticos de baixo custo se apresenta como uma alternativa eficaz e viável no seu aprimoramento técnico, não sendo limitada por questões financeiras ou por dificuldades éticas envolvendo a prática em animais. Nesse contexto, nosso estudo buscou desenvolver modelos sintéticos reprodutíveis e de baixo custo para o treinamento em hernioplastia inguinal de maneira fidedigna e protegida.MÉTODOO modelo sintético aqui descrito foi montado com base na hernioplastia pela técnica de Lichtenstein em um manequim de plástico e pode simular a região inguinal esquerda ou direita. A peça foi serrada uma caixa de material kraft com dimensões de 19x14x6cm foi introduzida. Dentro da caixa, procurou-se simular as estruturas abdominais com materiais simples, especificados abaixo:Pele: Papel EVA ? R$ 2,39Subcutâneo: Esponja 1mm de espessura ? R$ 1,35Aponeurose do músculo oblíquo externo e interno e Fáscia transversal:Papel EVA - R$ 2,39Funículo espermático: Saco plástico 4 x 23 cm ? R$ 0,05Ducto deferente: Fio de algodão - R$ 4,50Ligamento inguinal: Fita de seda - R$ 1,49Nervo ilioinguinal: Cabo flexível de energia - R$ 11,99Tubérculo Púbico: Bola de isopor de 35 mm³ - R$ 0,70Para simular o saco herniário foi utilizado um balão com pedaços de esponja representando a gordura pré-peritoneal. A tela utilizada no modelo foi feita de tule, material de baixo custo encontrado em lojas de tecido.As folhas de EVA, esponjas e sacos plásticos transparentes são estruturas descartáveis, porém podem ser preparadas previamente para melhor reprodutibilidade.CONCLUSÕESO modelo possibilitou a demonstração da técnica cirúrgica com grande aplicabilidade no aprendizado de acadêmicos e residentes. A escolha do modelo sintético neste estudo levou em conta as limitações de acessibilidade, custo, transmissão de doenças infecciosas e questões éticas envolvidas no uso de orgânicos. Além disso, a pesquisa ganha importância pelo próprio procedimento que objetiva simular, visando maior segurança na realização do procedimento mais comum em cirurgia geral.

CODIGO DO TRABALHO: 2645

TÍTULO DO TRABALHO: Modelos experimentais de Colite Ulcerativa: uma revisão de literatura

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: KAROLYNIE LESSA BENGTSON1; MARIANA ALBUQUERQUE DÓREA2; JOÃO BOSCO LIMA NASCIMENTO JUNIOR3; EDSON YUZUR YASOJIMA2; RAFAELLA MACEDO MONTEIRO DA CRUZ2; YASMIN DE FARIAS KHAYAT1; MARIANA ROCHA BOHNE1; TIAGO BRAGA DUARTE3. 1. CESUPA, BELÉM - PA - BRASIL; 2. UEPA, BELÉM - PA - BRASIL; 3. UFPA, BELÉM - PA - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Realizar uma revisão do conhecimento científico acerca dos modelos de indução de colite ulcerativa em roedores. Método: Utilizaram-se as bases de dado MEDLINE, LILACS e SCIELO, sendo usados os descritores colite ulcerativa e Ratos Wistar, nos idiomas português e inglês. A partir desse ponto, foram selecionados artigos publicados nos anos de 2015 a 2017. Encontrou-se 118 artigos no total, sendo 92 selecionados por se adequarem ao objetivo do presente estudo. Resultados: Foi encontrado que em 29 artigos utilizou-se o modelo de indução por ácido acético (AA), 26 a solução de dextran sulfato de sódio (DSS) foi utilizada e 37 testaram a utilização do ácido trinitrobenzosulfônico (TNBS). O primeiro modelo citado é feito com enema retal por uso de cateter que poderá ser introduzido entre 1,2 e 8 cm próximo à borda do ânus, sendo que foi observada diminuição de 38% na síntese de DNA e um aumento de 318% na enzima mieloperoxidase (MPO), principalmente após 7 dias de experimentação. Por outro lado, a indução por DSS é administrada, na maioria dos estudos, em água destilada aos animais, tendo perda de peso observada entre 11-15% baseada na DAI (Disease Activity Index Scoring Criteria), assim como infiltração acentuada de células imunes tanto na mucosa quanto na submucosa. Já o TNBS é dissolvido em etanol, com o mais presente sendo o de 50%, e introduzido por cânula de materiais variados, tem-se teflon como o principal, com área necrótica atingindo mais de 75% da superfície e uma diminuição significativa tanto no peso, quanto no comprimento do cólon. O modelo de TNBS mostrou-se mais eficaz, pois apresenta administração com anestesia prévia, o que proporciona conforto. Ademais, há a possibilidade de realização do método por gavagem e notou-se uma ação inflamatória mais ampliada em comparação tanto com o por DSS, o qual tem ação mais localizada, quanto o por AA, apesar de o último ter demonstrado semelhança com os padrões inflamatórios humanos. Conclusão: O modelo por TNBS é o mais presente na literatura devido sua maior eficácia e facilidade de aplicação em roedores.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2862

TÍTULO DO TRABALHO: Modelos Experimentais de Indução de Neoplasia Pulmonar: Revisão bibliográfica

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: AMÁLIA COSTA COIMBRA1; LANA THAYNÁ ALENCAR DIAS2; MARIANA ROCHA BOHNE3; MARIANA ALBUQUERQUE DÓREA1; BEATRIZ HOLANDA GONÇALVES4; JOÃO BOSCO LIMA NASCIMENTO JUNIOR4; YASMIN DE FARIAS KHAYAT3; ANTONIO BOMFIM M. AVERTANO ROCHA1. 1. UEPA, BELÉM - PA - BRASIL; 2. CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO PARÁ (CESUPA), BELÉM - PA - BRASIL; 3. CESUPA, BELÉM - PA - BRASIL; 4. UFPA, BELÉM - PA - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Realizar uma revisão dos conhecimentos atuais sobre modelos experimentais de indução de câncer pulmonar. Método: Busca bibliográfica sobre modelos experimentais de indução de câncer pulmonar nas bases MEDLINE?Pubmed e Lilacs, em português ou inglês, publicados nos últimos 5 anos, selecionando-se 20 artigos, sendo 9 excluídos por não se adequarem aos objetivos propostos pela pesquisa. Resultados: Muitos modelos de indução de câncer pulmonar utilizaram a substância Uretana (UR), sendo descritas diferentes formas de uso: (1) 10 injeções Intrapleurais (IP) de 600 mg/kg de UR por 7 dias em camundongos BALB/c e C57BL/61; (2) Injeções IP de 1g/kg de UR por semana durante 4 semanas consecutivas2; (3) 1 injeção IP de 250 mg/kg para a indução em camundongos A/J3; e (4) Injeção IP de 1g/kg de UR dissolvido em solução salina tamponada com fosfato em camundongos com idade entre 7-12 semanas.4 Outra substância usada é o metil-nitrosourea (MNU), por meio de uma injeção IP de 50 mg/kg de MNU diluído em solução salina tamponada com fosfato, em camundongos com 7-12 semanas.4 Já a 4-(metilnitrosamino)-1-(3-piridil)-1-butanona (NNK) também é aplicada: (1) para a indução em camundongos A/J, na dose de 10 ?mol de NNK por via IP5; (2) para indução em ratos, em 2 doses IP sucessivas de NNK (100 mg/kg) dissolvido em 1ml solução salina com intervalo de 2 semanas6; (3) em camundongos CD1/AJ, na dose de 200 mg/kg nos dias 15 e 18 de vida7; (4) em furões, em injeções IP na dose de 50 mg/kg, uma vez por mês durante 4 meses.8 Há descrito, ainda, um modelo utilizando o tumor de Walker em ratos Wistar, no qual é feita traqueostomia e intubação com cateter ultrafino para injeção de 105 a 5×105 células tumorais ? obtendo-se índice de pega de 94,7% com 4×105 células.9 Também foi descrita a indução de tumor alveolar/bronquiolar com pó de cobalto metálico em camundongos B6C3F1/N e ratos F344/Ntac ? sendo os animais expostos a partículas aerossol de cobalto metálico por inalação nas concentrações de 5 mg/m3, 6 horas mais T90 (12 minutos) por dia, 5 dias por semana, por aproximadamente 105 semanas.10 Outro modelo descreveu a indução em camundongos Swiss albino com aplicação de benzo(a)pireno [B(a)P] (100 mg/kg dissolvido em óleo de milho, IP) 3 vezes por semana por 20 semanas.11 Conclusão: Dentre os modelos de indução de câncer pulmonar analisados, as substâncias mais utilizadas foram a Uretana, a NNK e o MNU devido sua maior eficácia e facilidade de aplicação.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2916

TÍTULO DO TRABALHO: Modelos experimentais de intubação endotraqueal: revisão de literatura

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FAUSTINO CHAVES CALVO1; ANA CAROLINA CUNHA COSTA2; YASMIN DE FARIAS KHAYAT3; MARIANA ALBUQUERQUE DÓREA4; JOÃO BOSCO LIMA NASCIMENTO JUNIOR1; GISELE MOURA DE OLIVEIRA LEITE4; CILENE APARECIDA DE SOUZA MELO4; MARIANA ROCHA BOHNE3. 1. UFPA, BELÉM - PA - BRASIL; 2. FAMAZ, BELÉM - PA - BRASIL; 3. CESUPA, BELÉM - PA - BRASIL; 4. UEPA, BELÉM - PA - BRASIL.

RESUMO:
Realizar uma revisão de literatura acerca dos conhecimentos científicos sobre os modelos experimentais de intubação endotraqueal. A pesquisa dos artigos sobre foi feita procurando artigos publicados entre os anos de 2011 a 2017, nas seguintes bases eletrônicas: LILACS, SciELO e PubMed, utilizando-se os seguintes termos selecionados segundo a classificação dos Descritores em Ciências da Saúde: modelo de intubação endotraqueal, endotracheal intubation model, modelo de treinamento de intubação endotraqueal, endotracheal intubation training model e intubation vídeo laryngoscopy training nos idiomas português e inglês respectivamente. Para a seleção de artigos, foi utilizado o limite na busca quanto ao ano de publicação, selecionando os artigos publicados entre os anos de 2011 a 2017 e; ao assunto principal, filtrando os artigos sobre intubação endotraqueal. Dos 15 artigos encontrados, 13 foram utilizados por se adequarem ao objetivo proposto. Os resultados da pesquisa foram agrupados em dois subtipos: modelos experimentais que utilizam animais e os que utilizam simuladores inanimados para a intubação. O primeiro grupo tem artigos sobre o uso de ratos e porcos. Em ratos, deve-se destacar o método de laringoscopia direta utilizando um otoscópio e um cateter 20G com um tubo PE 10 de 1cm de comprimento. Outras maneiras de intubação em ratos é a transiluminação da traqueia, apresenta 100% de sucesso, no entanto o alto custo do equipamento limita o seu uso. O modelo que utilizando porcos, procurava avaliar a pressão que o balonete presente nos tubos endotraqueais (TET) exerciam na mucosa traqueal. O grupo que descreve modelos usando manequins, cita o uso das técnicas de laringoscopia direta, vídeolaringoscopia, Airtraq e Fiberoptic. Para a comparação destas, utilizou-se em todos os procedimentos um tubo endotraqueal de 7,5 mm, um estilete maleável inserido no tubo endotraqueal com uma curvatura e lubrificante de silicone que foi pulverizado sobre a superfície externa dos tubos. A videolaringoscopia foi considerada o melhor método para treinamento de intubação em manequins, evidenciando maiores taxas de sucesso e maior rapidez na realização da técnica. Conclui-se que dentre os modelos experimentais de intubação endotraqueal, animais e simuladores inanimados são utilizados, variando seu uso com o objetivo proposto pela pesquisa. No segundo grupo, a videolaringoscopia destaca-se pelas altas taxas de sucesso em comparação com outras técnicas de treinamento.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2519

TÍTULO DO TRABALHO: Modelos experimentais para indução da sepse: revisão de literatura

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANA CAROLINA CUNHA COSTA1; MARIANA ALBUQUERQUE DÓREA2; JOÃO BOSCO LIMA NASCIMENTO JUNIOR3; EDSON YUZUR YASOJIMA2; GISELE MOURA DE OLIVEIRA LEITE2; BEATRIZ HOLANDA GONÇALVES3; RAFAELLA MACEDO MONTEIRO DA CRUZ2; YASMIN DE FARIAS KHAYAT4. 1. FAMAZ, BELÉM - PA - BRASIL; 2. UEPA, BELÉM - PA - BRASIL; 3. UFPA, BELÉM - PA - BRASIL; 4. CESUPA, BELÉM - PA - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Realizar levantamento acerca dos atuais conhecimentos na literatura científica sobre os modelos experimentais de indução de Sepse em ratos. Método: Esse estudo foi realizado através de revisão de literatura, a partir da análise de artigos e publicações online que fizessem referência à sepse, com ênfase nos modelos experimentais de indução. Os artigos foram coletados utilizando-se como fonte as bases de dados eletrônicas Scielo, MEDLINE/Pubmed e Lilacs com o seguinte descritor Indução de Sepse. Foram selecionados artigos em português e em inglês, materiais encontrados com data de publicação anterior ao ano de 2012 foram descartados. No modelo das referências que abordavam sobre sepse, 49 foram analisadas, das quais 12 foram excluídas através de leitura analítica por não se adequarem ao objetivo do presente estudo. Resultados: O método mais citado na literatura para a indução de sepse em ratos é o modelo de ligação e perfuração cecal (LPC). É realizada uma laparotomia no roedor, o ceco é isolado e ligado abaixo da válvula ileocecal com obstrução total e perfurado com uma agulha de punção venosa, para que haja o extravasamento das fezes. Então, o ceco é recolocado na cavidade abdominal. No entanto, outros modelos reproduzíveis são atualmente utilizados por exemplo a administração de toxinas exógenas como lipopolissacarídeos (LPS). O LPS é administrado via intraperitoneal nos roedores, induzindo a peritonite aguda. Pode-se citar também a administração de patógenos viáveis como vírus e bactérias, neste método utiliza-se um modelo de pneumonia e de peritonite bacteriana com colocação de uma cânula no cólon ascendente (CASP) para haver uma conexão entre o lúmen intestinal e o abdômen. Esse modelo, no entanto, exige um procedimento mais cuidadoso pois ao inserir a cânula de maneira incorreta, pode-se gerar um abcesso pela falta de permeabilidade. Conclusão: Nesse sentido, nos últimos anos, tem havido interesse crescente na elaboração de modelos experimentais de indução de sepse, visando, aprimorar a compreensão da fisiopatologia, além de serem úteis no desenvolvimento de tratamentos mais eficazes. Com a pesquisa, constatou-se que o modelo de indução de sepse realizando a LPC é o mais atual. Contudo, modelos de experimentação científica em animais não representam fidedignidade ao episódio típico de sepse clínica em humanos, mas mesmo com essas limitações eles são essenciais para o desenvolvimento de novas terapias para sepse e choque séptico.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2520

TÍTULO DO TRABALHO: Modelos experimentais para indução da sepse: revisão de literatura

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANA CAROLINA CUNHA COSTA1; MARIANA ALBUQUERQUE DÓREA2; JOÃO BOSCO LIMA NASCIMENTO JUNIOR3; EDSON YUZUR YASOJIMA2; GISELE MOURA DE OLIVEIRA LEITE2; BEATRIZ HOLANDA GONÇALVES3; RAFAELLA MACEDO MONTEIRO DA CRUZ2; YASMIN DE FARIAS KHAYAT4. 1. FAMAZ, BELÉM - PA - BRASIL; 2. UEPA, BELÉM - PA - BRASIL; 3. UFPA, BELÉM - PA - BRASIL; 4. CESUPA, BELÉM - PA - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Realizar levantamento acerca dos atuais conhecimentos na literatura científica sobre os modelos experimentais de indução de Sepse em ratos. Método: Esse estudo foi realizado através de revisão de literatura, a partir da análise de artigos e publicações online que fizessem referência à sepse, com ênfase nos modelos experimentais de indução. Os artigos foram coletados utilizando-se como fonte as bases de dados eletrônicas Scielo, MEDLINE/Pubmed e Lilacs com o seguinte descritor Indução de Sepse. Foram selecionados artigos em português e em inglês, materiais encontrados com data de publicação anterior ao ano de 2012 foram descartados. No modelo das referências que abordavam sobre sepse, 49 foram analisadas, das quais 12 foram excluídas através de leitura analítica por não se adequarem ao objetivo do presente estudo. Resultados: O método mais citado na literatura para a indução de sepse em ratos é o modelo de ligação e perfuração cecal (LPC). É realizada uma laparotomia no roedor, o ceco é isolado e ligado abaixo da válvula ileocecal com obstrução total e perfurado com uma agulha de punção venosa, para que haja o extravasamento das fezes. Então, o ceco é recolocado na cavidade abdominal. No entanto, outros modelos reproduzíveis são atualmente utilizados por exemplo a administração de toxinas exógenas como lipopolissacarídeos (LPS). O LPS é administrado via intraperitoneal nos roedores, induzindo a peritonite aguda. Pode-se citar também a administração de patógenos viáveis como vírus e bactérias, neste método utiliza-se um modelo de pneumonia e de peritonite bacteriana com colocação de uma cânula no cólon ascendente (CASP) para haver uma conexão entre o lúmen intestinal e o abdômen. Esse modelo, no entanto, exige um procedimento mais cuidadoso pois ao inserir a cânula de maneira incorreta, pode-se gerar um abcesso pela falta de permeabilidade. Conclusão: Nesse sentido, nos últimos anos, tem havido interesse crescente na elaboração de modelos experimentais de indução de sepse, visando, aprimorar a compreensão da fisiopatologia, além de serem úteis no desenvolvimento de tratamentos mais eficazes. Com a pesquisa, constatou-se que o modelo de indução de sepse realizando a LPC é o mais atual. Contudo, modelos de experimentação científica em animais não representam fidedignidade ao episódio típico de sepse clínica em humanos, mas mesmo com essas limitações eles são essenciais para o desenvolvimento de novas terapias para sepse e choque séptico.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1207

TÍTULO DO TRABALHO: MODELOS SINTÉTICOS, INÉDITOS E DE BAIXO CUSTO PARA TREINAMENTO EM CIRURGIA CUTÂNEA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CARLOS MAGNO QUEIROZ DA CUNHA; DANIEL DIAS DE HOLANDA FREITAS; GIOVANNI TROIANI NETO; DIEGO FREITAS FÉLIX; MATHEUS RIBEIRO PARENTE; CAIO AUGUSTO DE CARVALHO LEMOS; JOSÉ ALBERTO GUILHERME FROTA JÚNIOR; FRANCISCO JULIMAR C. DE MENEZES. UNIVERSIDADE DE FORTALEZA (UNIFOR), FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVOA excisão de cisto sebáceo e a drenagem de abscessos cutâneos são procedimentos simples e bastante prevalentes no cotidiano médico. Devido a isso, a prática por acadêmicos em situações próximas da realidade é imprescindível para uma melhor formação profissional. Sendo assim, a Liga de Cirurgia Geral da Universidade de Fortaleza (LICIG) desenvolveu e avaliou a efetividade de modelos inéditos de baixo custo para treinamento em tais procedimentos, através de curso ??hands on?? supervisionado pelo cirurgião orientador da liga.MÉTODOOs modelos foram desenvolvidos com materiais de baixo custo, custando apenas 50 centavos cada, sendo preparados da seguinte forma: foram usadas folhas de E.V.A. para simular a pele e uma fina esponja de estofado foi usada como tecido subcutâneo. A cápsula do cisto sebáceo foi feita com pequenos sacos plásticos preenchidos com mistura de farinha de trigo e água. No abscesso a loja com pus foi feita com papel filme transparente com a mesma mistura mais fluida. As cápsulas e lojas eram inseridas e coladas nos respectivos modelos. Os alunos foram avaliados através de check list padronizado e questionário de percepção. O trabalho foi aprovado pelo comitê de ética da Universidade de Fortaleza.RESULTADOSOs resultados das avaliações aplicadas apresentaram média de notas no check list de 9,25 na exérese de cisto sebáceo e 9,4 na drenagem do abscesso cutâneo. Já na percepção, 100% dos alunos afirmaram que os dois modelos eram viáveis para treinamento desses procedimentos, bem como eram de boa qualidade e condiziam com a anatomia real esperada. CONCLUSÕESDesse modo, foi constatado pelos alunos, a eficácia e fidedignidade dos modelos sintéticos de baixo custo aqui relatados, tornando possível o aprimoramento técnico no procedimento, que apesar de bastante prevalente nas emergências médicas, não tem sua abordagem bem contemplada pela grade curricular básica.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1099

TÍTULO DO TRABALHO: MONITORIA NO CURSO PRÁTICO DE SUTURAS EM LÍNGUA BOVINA DA LIGA ACADÊMICA DE CIRURGIA TRAUMA E EMERGÊNCIA - LACITRE MEDICINA UNIRIO: RELATO DE EXPERIÊNCIA.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOSÉ FRANCISCO F. LIMA SIMÃO DE SOUSA; LARISSA STRELNIEK AGUIAR; WALLACE HOSTALACIO AVELAR MARTINS; CELIA REGINA DE OLIVEIRA GARRITANO. UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:
Introdução:A Liga Acadêmica de Cirurgia, Trauma e Emergência, órgão de ensino discente vinculado ao curso de Medicina da UNIRIO, baseia suas atividades no tripé ensino-pesquisa-extensão, e desde 2011 oferece seu Curso Prático de Suturas. Tal atividade é constituída de um módulo teórico-expositivo e outro prático, sendo esse modelo aprimorado com base nas experiências de edições anteriores.Objetivos:O curso busca fornecer aos inscritos pré-requisitos para realização correta de nós cirúrgicos, salientando a conduta médica durante o procedimento, análise e preparo da superfície a ser suturada, material necessário, tipos de pontos na sutura e situações em que cada tipo melhor se aplica, bem como principais modelos de fios, agulhas e cuidados que visam alcançar o objetivo final: a cicatrização.Métodos e Materiais:O módulo teórico é ministrado por professor cirurgião da própria Universidade ou convidados de outras instituições. O módulo prático é ministrado por ligantes LACITRE previamente treinados e avaliados continuamente, sendo a prática das técnicas de suturas realizada em peça fresca (língua bovina). Cada inscrito dispõe de material individual composto por: paramentação cirúrgica, peça fresca, bisturí, porta-agulha, fios cirúrgicos absorvíveis 3-0 e 5-0 , pinça e tesoura.Resultados e Conclusão:As principais modificações na Metodologia de Ensino e estrutura do curso ocorreram no módulo prático, que até o ano de 2015 era realizado através do conceito "um monitor para pequenos grupos de alunos", enquanto que nas duas edições do ano de 2016 adotou-se a nova Metodologia de Ensino intitulada "um monitor por aluno". Percebeu-se, através desta modificação, um melhor aproveitamento do aluno no que concerne ao aprendizado das técnicas necessárias para realização de nós cirúrgicos, visto que o aprendizado depende tanto de questões referentes ao aluno quanto da dedicação do monitor, que não mais necessita dividir sua atenção entre vários iniciantes, dedicando-se em tempo integral ao seu único monitorado. Além disso, esse contato mais próximo do monitor-ligante com o aluno oportunizou um maior interesse pelas demais atividades da liga e pela área cirúrgica.Bibliografia:1.FRANCO, Diogo et al. Uso de língua bovina na prática de técnicas de sutura. Rev. Col. Bras. Cir., Rio de Janeiro, v.35, n.6, p.442, Dec.2008.2.EBRAM NETO, João et al. Modelo de dispositivo para treinamento e avaliação das habilidades em técnica operatória. Acta Cir. Bras.,São Paulo,v.13, n.1, Jan.1998.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1219

TÍTULO DO TRABALHO: MONTAGEM E APLICAÇÃO DE MODELO DE BAIXO CUSTO PARA TREINAMENTO DE ACESSO CENTRAL

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CAIO AUGUSTO DE CARVALHO LEMOS; VINICIUS FARINA SARTORI; DIEGO FREITAS FÉLIX; CECÍLIA LIMEIRA LIMA LEITE; GIOVANNI TROIANI NETO; MATHEUS FACÓ JESUÍNO SIMÕES; CARLOS MAGNO QUEIROZ DA CUNHA; FRANCISCO JULIMAR C. DE MENEZES. UNIVERSIDADE DE FORTALEZA, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: A aquisição de habilidades técnicas e práticas por meio de novas metodologias educacionais é um dos pontos-chave na educação médica recente. Nesse contexto, o uso de modelos sintéticos de baixo custo surgiu como uma das principais ferramentas na conciliação da teoria com a prática. Uma das técnicas indispensáveis para uma boa formação médica é a obtenção de acessos vasculares, em especial os venosos e, apesar da via mais utilizada ser a periférica, é necessária capacitação adequada para atuar corretamente diante da necessidade de um acesso venoso central, sendo os sítios de punção mais utilizados as veias jugulares internas, subclávias e femorais. Diante disso, a Liga acadêmica de cirurgia geral da Unifor (LICIG) desenvolveu modelos sintéticos de baixo custo para treinamento em punção de veia subclávia.Método: Estudo transversal descritivo para criação de um modelo experimental de acesso venoso central de baixo custo para sua utilização em um curso teórico-prático de procedimentos básicos em cirurgia e técnicas cirúrgicas pela Liga Acadêmica de Cirurgia Geral em uma Universidade de Fortaleza para alunos do curso de Medicina. Tal modelo foi avaliado previamente por 2 médicos cirurgiões e 2 médicos residentes em Cirurgia Geral, e, após realizado os ajustes necessários no modelo para simular a condição real do procedimento, ele foi utilizado por 35 alunos da graduação.Resultados: O modelo consiste no uso de uma mangueira plástica de 30 cm, papel filme de Policloreto de Vinila (PVC), fita durex, 2 maços pequenos de algodão, água e fita veda rosca para simulação da veia subclávia no interior de um manequim sintético e com as camadas de tecido em esponja e acetato-vinilo de etileno (EVA), com preço total estimado próximo a 35,00 reais. Além disso, os participantes foram avaliados pelo procedimento simulando um cateterismo central por veia subclávia através de um check-list e logo depois da realização do procedimento recebiam feedback sobre sua performance.Conclusões: Diante da importância do domínio teórico-prático em acessos venosos centrais, o desenvolvimento de modelos baixo custo é uma opção viável e efetiva na busca de cumprir tal demanda na graduação médica. Sendo montado com materiais acessíveis e de fácil manuseio, sua possível utilização em larga escala permite a prática e avaliação em grandes grupos, tornando o modelo uma grande ferramenta na adequada formação de futuros médicos.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1011

TÍTULO DO TRABALHO: O CÓLON COMO DETERMINANTE DA REGENERAÇÃO HEPÁTICA DE RATOS SUBMETIDOS À HEPATECTOMIA ESQUERDA E COLECTOMIA DIREITA.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARILIA DANIELA FERREIRA DE CARVALHO; ALDO DA CUNHA MEDEIROS; ÍTALO MEDEIROS DE AZEVEDO; CLÁUDIA NUNES OLIVEIRA. UFRN, NATAL - RN - BRASIL.

RESUMO:
RESUMOOBJETIVO: Este projeto foi elaborado com o objetivo de estudar se a colectomia associada à hepatectomia 70% influencia parâmetros de regeneração hepática.MÉTODOS: Trata-se de um estudo experimental onde foram utilizados 18 ratos Wistar divididos aleatoriamente em 3 grupos A B e C de 6 ratos cada. Após anestesia foram submetidos no grupo A à uma colectomia e hepatectomia a 70%, grupo B apenas hepatectomia e no grupo C apenas laparotomia para leve manipulação de alças. Após 6 dias realizou-se nova anestesia, foi colhido sangue por punção cardíaca e realizada a retirada do fígado remanescente, sendo então sacrificados. Analisamos a influência na regeneração hepática através das enzimas hepáticas (ALT, AST, FA) e albumina, bem como dos fatores de crescimento HGF e TGH. Os dados foram trabalhados em média+desvio padrão. O teste ANOVA seguido do teste de Tukey foram usados para comparar os parâmetros entre os grupos, considerando-se as diferenças significantes quando pRESULTADOS: Houve uma redução significativa das enzimas e albumina no grupo hepatectomia+colectomia (128,7±5,1 na ALT, 49,1±2,04 na AST, 161,5±6,1 na FA e 4,1±0,2 na albumina) quando comparado ao grupo hepatectomia (208,4±19,3 na ALT, 69,7±2,7 na AST, 211,6±13,7 na FA e 3,4±0,3 para a albumina). Também observamos um maior valor dos fatores de crescimento no grupo hepatectomia+colectomia (408±18,2 para o HGF e 3,8±0,3 para o TGFß1) quando comparamos com o hepatectomia (360±58,6 para o HGF e 2,3±0,4 para o TGFß1).CONCLUSÃO: No grupo colectomia+hepatectomia observamos um efeito ?protetor? hepático. Sendo o cólon uma víscera que lançaria na circulação porta mediadores que favoreceriam o reparo/regeneração do fígado.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1479

TÍTULO DO TRABALHO: O DÉFICIT NO ENSINO DAS TÉCNICAS CIRÚRGICAS NA GRADUAÇÃO DE MEDICINA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GISELIA DE MOURA BEZERRA CAVALCANTI; THAIS FERREIRA DA SILVA; MARIANA GALINDO SILVEIRA; LAYZA DE SOUSA CHAVES DEININGER. FACULDADE DE CIENCIAS MEDICAS DA PARAIBA, JOAO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVO: relatar a vivência de estudantes de medicina no módulo de Bases Técnicas Cirúrgicas e Anestésicas (BTCA) e do curso extracurricular de instrumentação cirúrgica. METODOLOGIA: Relato de experiência de estudantes de medicina ao cursar o módulo BTCA; e ao realizar o Curso de Instrumentação Cirúrgica no Espaço Manacá, João Pessoa-PB. RESULTADOS: o curso de instrumentação permitiu o desenvolvimento de habilidades por meio de aulas teóricas simples, cujos conhecimentos foram complementados com práticas, onde as estudantes aprenderam nomes, funções e organização dos instrumentos na mesa, paramentação, vários tipos de suturas e nós. O estágio foi relevante, pois, ao atuar como instrumentador, os discentes aplicaram conhecimentos, reconhecendo a importância desta profissão que otimiza o tempo de cirurgia, garante a assepsia e o uso adequado dos instrumentais1. Quanto ao módulo de BTCA, as práticas, indispensáveis ao ensino da cirurgia2, foram deficientes, com poucos instrumentos, suturas e nós, nenhuma aula sobre a montagem da mesa e explanação curta sobre paramentação. A teoria, porém, foi aprofundada. Mas, o ensino na graduação não preparou os alunos para entrar em cirurgias. Não houve estágio, o que impede a vivência da dinâmica das cirurgias, não estimula o interesse dos estudantes na área e, além disso, compromete a formação do médico generalista. CONCLUSÃO: a graduação em Medicina possui déficits no ensino que muitas vezes são sanados fora da instituição por meio do interesse particular de alguns discentes. Além disso, a literatura médica acerca do ensino de bases cirúrgicas é pobre, não havendo, portanto, padronização do ensino nas faculdades. BIBLIOGRAFIA: GOMES, J.R.A.A.; CORGOZINHO, M.M.; LOURENCINI, J.C.; HORAN, L.M. A prática do enfermeiro como instrumentador cirúrgico. Rev. SOBECC. São Paulo, v.18, n.1, p.54-63, jan./mar. 2013. Disponível em: http://www.sobecc.org.br/arquivos/artigos/2012/pdf/Artigos-Cientificos/Ano18_n1_jan_mar2013_a_pratica-do-enfermeiro-comoinstrumentador-cirurgico.pdf. Acessado em: 01/02/2017. MARCONDES, C.A.; PESSOA, S.G.P.; PESSOA, B.B.G.P.; DIAS, I.S.; GUIMARÃES, M.G.M.; CASTRO, S.N. Sistematização do treinamento teórico e prático de técnicas em suturas para acadêmicos de medicina da disciplina de cirurgia plástica da Universidade Federal do Ceará ? UFC. Revista Brasileira de Cirurgia Plástica. Fortaleza, v.29, n.2, p.289-93, 2014. Disponível em: http://www.rbcp.org.br/imageBank/PDF/v29n2a22.pdf Acessado em: 03/02/2017

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2339

TÍTULO DO TRABALHO: O efeito anestésicos inalatórios halotano e sevoflurano em um modelo experimental de lesão hepática

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LUCIANO ZOGBI DIAS1; ANDREA SOUBHIA1; EDNA FRASSON DE SOUZA MONTERO2; DANIELA BARROS1; SUSI HELIENE LAUZ MEDEIROS1. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG, RIO GRANDE - RS - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - USP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: O papel dos anestésicos inalatórios na gênese do processo isquêmico durante as cirurgias vem sendo estudada para que se determine o grau de seu envolvimento na fisiopatologia da lesão isquêmica, visando o desenvolvimento de alternativas anestésicas com o intuito de minimizar a repercussão local e sistêmica da lesão isquêmica. A lesão hepática pós-anestesia inalatória ainda é controversa. Estudos sugerem que agentes inalatórios geram uma resposta imune que pode provocar lesão hepática. O objetivo desse trabalho é analisar o efeito dos anestésicos halotano e sevoflurano no fígado de ratos submetidos à hipóxia e a reperfusão. Método: Foram utilizados 30 ratos wistar pré-tratados com fenobarbital 0,1% por 5 dias com suspensão da medicação 24 horas antes do experimento. Os animais foram distribuídos em cinco grupos com seis ratos cada. O grupo C foi o de controle, sem nenhum tratamento; o grupo F foi aquele que se induziu lesão hepática com fenobarbital; o grupo Hipóxia foi exposto a 14% de oxigênio; o grupo H recebeu halotano a 1% e 14% de O2 e o grupo S recebeu sevoflurano 2% e 14% de O2. Vinte e quatro horas após a exposição dos gases, realizaram-se coletas de sangue para avaliação de transaminases (AST e ALT) e coleta de amostras de fígado para avaliação histológica. Foram utilizados os testes de Análise de Variância não paramétrica de Kruskal-wallis e para comparação de médias, os testes de Newman-Keuls. Resultados: a atividade enzimática revelou que os valores de media amostral de AST (280,33 para halotano, 181 para sevoflurano) e ALT (235 para halotano e 48,33 para sevoflurano) não indicam diferença estatística significativa; o sevoflurano quando comparado ao halotano na microscopia óptica, apresentou índices menores de alterações morfológicas, com p=0,045 para esteatose, p=0,0075 para infiltrado inflamatório e p=0,0074 para necrose. Conclusões: o grupo sevoflurano quando comparado ao grupo halotano, não apresentou lesão no parênquima hepático quando avaliado por microscopia óptica.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 389

TÍTULO DO TRABALHO: O PERFIL DO DOADOR DE ORGÃOS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RAUL EDMO TEIXEIRA AMITI1; MARCELA TAGLIARI TUBINO2; JOAO CARLOS NEPOMUCENO GONCALVES2. 1. UNESC / COLATINA, ITAPERUNA - RJ - BRASIL; 2. UNESC / COLATINA, COLATINA - ES - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A doação de órgãos passou a receber, hoje, uma maior atenção do que em décadas passadas. A necessidade, ainda grande, desencadeia consequentemente, um maior número de transplantes, mas que, apesar do desenvolvimento de novas capacidades técnicas, sofrem uma escassez da disponibilidade de órgãos, revelando a importância desse ato. Objetivos: Este estudo teve como objetivo fornecer as informações sobre o perfil do doador de órgãos revelando quais são os passos necessários para ocorrer a doação em caso de AVE (acidente vascular encefálico).Métodos: Foi realizada uma pesquisa documental, disponibilizada pelo hospital Silvio Avidos demonstrando os requisitos que devem ser seguidos para o paciente enquadrado no perfil de doador de órgãos. As informações foram adquiridas através de fichas de assistência que evidenciam a situação do paciente e exames clínicos para monitorização das condições do paciente. Resultados: O estudo mostrou que a disponibilidade de órgãos é consequência do aumento de acidentes automobilísticos que envolvem, principalmente, homens. Dentre os fatores relevantes para a concretização do processo de doar órgãos é necessário, ainda, respeitar as leis que regem nosso país. Existem ainda fatores familiares na condução desse processo. Conclusão: Portanto, pode haver uma contraposição na decisão do ato, em que há influências religiosas, culturais e afetivas. Referências Brasil. Lei nº. 10.211, de 23 de março de 2001. Altera dispositivos da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que ?dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento? [Internet]. Diário Oficial da União. Acesso em 24 Mar 2016.Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (BR). Dimensionamento dos transplantes no Brasil e em cada estado (2003-2013). Registro Brasileiro de Transplantes. São Paulo (SP); ABTO; 2013.SANTOS, Marcelo José dos. A entrevista familiar no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2010. Disponível em: Acesso em: 15 abr. 2016.MARINELE, Marcelo Romão. A declaração de vontade do paciente terminal. As diretivas antecipadas de vontade à luz da Resolução 1995/2012 do Conselho Federal de Medicina. Jus Navegandi, out. 2013.ABTO. Relatório Brasileiro de Transplantes, ano 20, n. 1, 2014.

CODIGO DO TRABALHO: 2904

TÍTULO DO TRABALHO: O USO DA TECNOLOGIA COMO FERRAMENTA PARA ENSINO-APRENDIZAGEM DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS NA GRADUAÇÃO: VIDEOFEEDBACK X FEEDBACK VERBAL?

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CARLOS MAGNO QUEIROZ DA CUNHA; ERIKA FEITOSA QUEIROZ; LUIZA VITÓRIA FONTENELLE COSTA; MATHEUS COSTA BESSA; VINICIUS FARINA SARTORI; DAVI PRADO HAGUETTE; FERNANDA MARTINS MAIA; RAFAELA VIEIRA CORREA. UNIVERSIDADE DE FORTALEZA, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: O feedback é uma ferramenta que permite o aprimoramento do aprendizado em alunos da graduação. Com as inovações tecnológicas, foi possível desenvolver e expandir o uso de tal instrumento através do videofeedback, no qual o avaliador grava a cena avaliada e reproduz para o avaliado. Este trabalho objetiva avaliar a utilização do videofeedback como instrumento de aprendizagem no ensino de habilidades cirúrgicas aos alunos da graduação em Medicina.Métodos: Trata-se de um estudo experimental com intervenção educacional, no qual a amostra foi randomizada em grupos A e B, pareados em semestre e sexo. Ao realizar a técnica de acesso venoso central em veia subclávia em modelo de simulação (procedimento I), o grupo A recebeu feedback verbal, enquanto o grupo B recebeu videofeedback. No dia seguinte, os participantes reproduziram o procedimento I e realizaram paracentese em modelo simulação (procedimento II), porém, desta vez, o grupo A recebeu videofeedback, enquanto o grupo B recebeu feedback verbal. No terceiro dia, repetiu-se o procedimento II. A avaliação foi realizada através de checklists padronizados para os procedimentos e de questionário de percepção segundo a escala Likert sobre os diferentes tipos de feedbacks.Resultados: Amostra é composta por 27 alunos da graduação em Medicina, sendo 17 mulheres (63%) e 10 (37%) homens. Dentre os participantes, 40,7% possui média de idade no intervalo de 17-19 anos e 85,2% está nos dois anos iniciais do curso. Ao se analisar o questionário de percepção, observa-se que 66,7% dos alunos concorda totalmente e 29,6% concorda parcialmente que é mais fácil entender/aceitar o feedback utilizando a gravação; 48,2% concorda totalmente e 55,5% concorda parcialmente que o videofeedback torna melhor a memorização das etapas do procedimento; 74,1% dos alunos concorda totalmente e 25,9% concorda parcialmente que a gravação ajuda no processo de aprendizagem das técnicas avaliadas. Quando questionados diretamente sobre a preferência entre o feedback verbal e videofeedback, 77,8% escolheu o videofeedback como o recurso que mais contribuiu para o aprendizado dos procedimentos realizados.Conclusão: O videofeedback, segundo a percepção dos estudantes, parece mostrar eficácia em relação à facilitação do domínio significativo das habilidades cirúrgicas em paracentese e em acesso venoso central na população estudada. A utilização desse recurso deve ser encorajada a fim de buscar, cada vez mais, a excelência no ensino médico.

CODIGO DO TRABALHO: 2348

TÍTULO DO TRABALHO: O USO DE UMA DIETA PROBIÓTICA NA LESÃO DE ISQUEMIA E REPERFUSÃO HEPÁTICA COM REPERCUSSÃO INTESTINAL

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LUCIANO ZOGBI DIAS; KATIUSCIA OLIVEIRA; PATRICIA WEIBER SCHETTINI FIGUEIREDO; SUSI HELIENE LAUZ MEDEIROS. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG, RIO GRANDE - RS - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Durante a isquemia e reperfusão (I/R) de um órgão, uma resposta inflamatória é desencadeada. Dependendo da gravidade da lesão, podem resultar lesões de órgãos locais como também em órgãos à distância, dentre estes o intestino é provavelmente o mais sensível à lesão de I/R. Os probióticos quando administrados em quantidades adequadas conferem benefícios à saúde do hospedeiro, promovem benefícios na prevenção e no tratamento de doenças do trato gastrointestinal. O objetivo é analisar os efeitos do probiótico Bacillus cereus variedade toyoi em um modelo experimental de isquemia e reperfusão hepática com repercussão intestinal.Metodologia: Foram formados três grupos com oito ratos Wistar, machos, mantidos em um ambiente climatizado de 22°C (±2°C), recebendo ração (Labcol®) e água ad libitum. Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética em Uso Animal da Universidade Federal do Rio Grande (CEUA/FURG n° P020/2011). Os grupos foram classificados como: Grupo I (Sham Operated): controle de normalidade; Grupo II (Controle): submetidos à I/R hepática, alimentados com ração convencional e procedimento cirúrgico para indução de lesão de I/R apor meio da Manobra de Pringle; e o Grupo III (Experimental): submetidos à I/R hepática, alimentados com ração suplementada com probiótico B. cereus variedade toyoi, administrados na concentração de 10?UFC/g de ração, durante os 15 dias que antecederam o clampeamento da tríade hepática para indução da I/R hepática. Após o procedimento cirúrgico, foi realizada a dosagem enzimática afim de verificar a função hepática e a avaliação histopatológica da mucosa intestinal, segundo a classificação de CHIU. As variáveis não paramétricas foram avaliadas como o teste variância de Kruskal-Wallis. Todas as análises foram realizadas utilizando o programa BioEstat versão 5.0.Resultados: O probiótico B. cereus var. toyoi diminuiu significativamente a concentração da transaminase Aspartato Amino Transferase (AST) após a I/R hepática (p=0,0402) e apresentou um grau médio de lesão tecidual no intestino delgado de 2.0.Conclusão: O grupo experimental apresentou uma atividade enzimática menor, sendo este um indicador de menor lesão celular.

CODIGO DO TRABALHO: 2354

TÍTULO DO TRABALHO: Perfil clinico-epidemiológico de pacientes referidos à cirurgia geral em hospital universitário terciário

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: HENRIQUE IAHNKE GARBIN; GABRIELLA RICHTER DA NATIVIDADE; BRUNO TISCHER JUNG; THAIS VICENTINE XAVIER; BERNARDO SILVEIRA VOLKWEIS; LUIS FERNANDO MOREIRA; LEANDRO TOTTI CAVAZZOLA. SOUTHERN SURGICAL RESEARCH GROUP, HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, UFRGS, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Determinar o perfil clinico-epidemiológico dos pacientes referidos ao Servico de Cirurgia Geral de um hospital universitário terciário, visando otimização futura do sistema de referência e contra-referência. Método: estudo observacional retrospectivo, quantitativo, qualitativo e aleatório de 421 (12%) consultas do total de 3550 atendimentos no ano de 2016 no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS. Para cálculo do tamanho de amostra (n = 385) foi utilizado o programa WinPEPI, versão 11.44 (IC 95%). Variáveis demográficas (sexo, idade, origem), tipo de consulta (primária ou retorno), queixa principal, diagnóstico principal e tratamento ? se clínico ou cirúrgico ? e seguimento ou alta ambulatorial. Resultados: a mediana de idade dos pacientes foi de 54,8 anos, variando de 15 a 92 anos, sendo 210 homens e 211 mulheres (NS). Primeira consulta ocorreu em 117 (27,79%) e retornos em 303 (71,97%). Quanto a origem, 195 (46,3%) eram procedentes da capital, 84 (19,95%) da região metropolitana e 142 (33,72%) do interior do estado. Hérnia abdominal (165; 39,19%), colelitíase (106; 25,17%), lesões cutâneas (40; 9,50%); tireoideopatias (19; 4,51%), afecções colônicas (15; 3,56%), e doenças do apêndice cecal (14; 3,32%) foram as mais frequentes. Um total de 218 (51,78%) atendimentos clínicos, 141 (33,49%) casos cirúrgicos e 62 (14,72%) seguimentos ou alta ambulatorial. Dos retornos a maioria referia-se a orientação clínica pré-operatória (e.g. diabetes, peso e tabagismo) e pós-operatória (FO e retirada de pontos). Conclusões: O grande número de adultos jovens, lesões cutâneas simples, pacientes vindos do interior e mais da metade de atendimentos clínicos em um serviço cirúrgico, claramente demonstram a necessidade de se reestruturar o sistema de referência e contra-referência, na tentativa de reduzir-se o acesso de pacientes cirúrgicos menos complexos e atividades ambulatoriais que não demandam atendimento especializado em centro terciário de referência como o HCPA na tentativa de reduzir tempo de seguimento e custos. Referência: Gyedu A, Baah EG, Boakye G et al. Quality of referrals for elective surgery at a tertiary care hospital in a developing country: an opportunity for improving timely access to and cost-effectiveness of surgical care. Int J Surg. 2015 Mar; 15: 74?78.

CODIGO DO TRABALHO: 2717

TÍTULO DO TRABALHO: Pré-condicionamento isquêmico local não acrescenta proteção à hipotermia tópica na lesão renal por isquemia e reperfusão em ratos.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GUILHERME BEHREND RIBEIRO1; EDUARDO BRASIL RABOLINI1; CAETANO ARAUJO TORRES LIMA1; GUILHERME LANG MOTTA1; PABLO CAMPESES SOUZA1; EMANUEL BURCK DOS SANTOS2; PEDRO GUILHERME SCHAEFER2; CARLOS OTAVIO CORSO1. 1. UFRGS, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 2. HCPA, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:
Objetivos: Estudar os efeitos do pré-condicionamento local associado a hipotermia tópica na lesão renal por I/R, particularmente quanto às alterações histológicas, dano por estresse oxidativo, atividade antioxidante tecidual e parâmetros funcionais bioquímicos.Métodos: Quarenta ratos Wistar foram aleatoriamente alocados para cinco protocolos experimentais realizados no rim esquerdo: hipotermia tópica por 40 min sem isquemia (HT), isquemia quente por 40 min (IR), pré-condicionamento isquêmico (15 min de isquemia + 10 min de reperfusão) seguido de isquemia quente por 40 min (PCI+IR), isquemia fria por 40 min (HT+IR) e pré-condicionamento isquêmico seguido de isquemia fria por 40 min (PCI+HT+IR). Nefrectomia direita foi realizada em todos os ratos antes de qualquer procedimento. Oito rins direitos aleatoriamente designados constituíram o grupo controle. Após 240 min de reperfusão, o rim esquerdo foi retirado para avaliar as alterações histológicas, a peroxidação lipídica (níveis de F2-isoprostanos [F2IP]) e a atividade enzimática antioxidante (catalase [CAT] e superóxido dismutase [SOD]). Sangue coletado através de punção cardíaca foi utilizado para avaliar os parâmetros funcionais bioquímicos (níveis séricos de creatinina e uréia).Resultados: A avaliação histológica revelou que os grupos submetidos a isquemia quente (IR e PCI+IR) apresentaram maior grau de lesão por I/R e que o pré-condicionamento isquêmico diminuiu o efeito protetor da hipotermia tópica (PCI+HT+IR). F2IP, CAT e SOD do grupo PCI+HT+IR mostraram ausência de diferença com qualquer grupo submetido a isquemia. A creatinina e uréia séricas do grupo IPC+IR foram as mais elevadas.Conclusões: O pré-condicionamento isquêmico local não apenas mostrou ausência de efeito sinergístico com a hipotermia tópica na proteção renal por lesão por I/R, mas também comprometeu os efeitos protetores da hipotermia tópica.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2250

TÍTULO DO TRABALHO: PREDITORES DE VIA AÉREA DIFÍCIL EM PACIENTES SUBMETIDOS A GASTROPLASTIA REDUTORA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CÉLIA REGINA OLIVEIRA E OLIVEIRA; PAULO SÉRGIO DE SOUZA RODRIGUES FILHO; DANIELA COSTA ANASTÁCIO; GABRIEL FERNANDES DIAS; MAIDA SILVA CALÇADO; LUCIANO ALVES MATIAS DA SILVEIRA; RENATA MARGARIDA ETCHEBEHERE. UFTM - UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO, UBERABA - MG - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVOS: A obesidade é considerada um preditor de dificuldade de intubação orotraqueal (IOT), o que aumenta a morbimortalidade. Objetivou-se reconhecer os preditores de Via Aérea Difícil (VAD) e analisar as dificuldades de IOT em pacientes obesos submetidos a gastroplastia redutora. MÉTODOS: Realizado um estudo prospectivo com cem pacientes em um Hospital Universitário. No pré-operatório, coletou-se dados antropométricos e preditores de VAD. Em sala cirúrgica, durante a laringoscopia direta, classificou-se o paciente segundo a escala de Cormack-Lehane, e analisou-se o número de tentativas de IOT e uso de dispositivos auxiliares. RESULTADOS: A idade média dos pacientes foi de 33,8 ± 9,1 anos, sendo 79,6% do sexo feminino e 20,4% masculino. Quanto ao peso, a média foi de 114,27 ± 19,02 Kg; a média de altura foi de 1,64 ± 0,08 m. Quanto aos preditores de VAD, 29,31% dos pacientes apresentaram Classe 3 de Mallampati e 10,34% Classe 4. Quanto à circunferência do pescoço, 79,31% apresentavam entre 40-49 cm; 12,6% entre 50-59; e 1,72% >60 cm. Quanto à distância interincisivos, 1,72% apresentaram menor que 3cm. Quanto à distância mento-tireoidiana, 60,34% dos pacientes apresentaram 7 cm. Pela classificação de Cormack-Lehane, 32,75% apresentaram-se como Classe 1; 41,37% Classe 2a; 12,06% Classe 2b; 10,34% Classe 3a; e 3,44% Classe 4. A IOT aconteceu em única tentativa em 86,20% dos casos; 10,34% em duas tentativas e 3,44% em três. Bougie foi necessário em 6,89% dos pacientes do estudo e Videolaringoscópio em 3,44%. CONCLUSÃO: Quando preditores de VAD são identificados, um planejamento prévio e adequação as técnicas disponíveis faz-se importante para segurança do paciente. A avaliação da VAD é um procedimento rápido e simples, que pode garantir a via aérea, prevenir complicações e reduzir morbimortalidade. REFERÊNCIAS: Magalhaes E, Marques FO, Gouvêia CS et al. Uso de preditores clínicos no diagnóstico pré-operatório de dificuldade de intubação endotraqueal em pacientes portadores de obesidade. Rev Bras Anestesiol. 63(3):262-266.2013.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1683

TÍTULO DO TRABALHO: Preservação morfológica e funcional de implante esplênico autógeno após conservação em solução de Ringer-lactato gelado

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ARGOS SOARES DE MATOS FILHO1; ANDY PETROIANU1; ISABELA DE ALENCAR E LOMBARDI2. 1. UFMG, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. FAMINAS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVO: Avaliar morfologia e função de tecido esplênico autógeno, implantado 24 horas após conservação em solução fisiológica.MÉTODO: Foram estudados 35 ratos machos, distribuídos em sete grupos (n = 5):Grupo 1: sem esplenectomia; Grupo 2: esplenectomia total; Grupo 3: esplenectomia total e implante autógeno imediato; Grupo 4: esplenectomia total, preservação do baço em Ringer-lactato à temperatura ambiente e, em seguida, fatiado e implantado; Grupo 5: esplenectomia total, baço fatiado e preservado em Ringer-lactato à temperatura ambiente antes de ser implantado; Grupo 6: esplenectomia total com preservação do baço em Ringer-lactato a 4°C e, em seguida, fatiado e implantado; Grupo 7: esplenectomia total e baço fatiado, para preservação em Ringer-lactato a 4°C antes de ser implantado. Os ratos foram agrupados em gaiolas, uma para cada grupo. Nenhum procedimento foi realizado no Grupo 1 e nos grupos 2 a 7 procedeu-se a esplenectomia total. No Grupo 3, o baço foi fatiado transversalmente e suturado imediatamente sobre o omento maior. Nos grupos 4, 5, 6 e 7 o baço retirado foi colocado em um frasco, contendo solução de Ringer-lactato, inteiro ou fatiado, conforme o grupo. Após 24 horas os implantes autógenos foram realizados. Decorrido o período de acompanhamento de 90 dias estudou-se cintilograficamente todo o rato em aparelho de gama-câmara. Após laparotomia mediana, coletaram-se 3 ml de sangue da veia cava abdominal, para estudo hematológico. Em seguida, foram retirados o baço ou implantes, o fígado, os pulmões e um coágulo sanguíneo. Cada uma dessas estruturas foi introduzida no colimador do aparelho de gama-câmara para dosagem da captação do radiofármaco em cada tecido e seu remanescente sanguíneo. Após o estudo cintilográfico, os implantes foram fixados em formaldeído salino tamponado a 10%, para posterior avaliação histológica. A análise da função fagocitária foi estimada pelas contagens radioativas por grama de tecido. Resultados: Ocorreu regeneração dos implantes esplênicos autógenos nos animais dos grupos com preservação do baço a 4ºC. A captação de estanho coloidal foi superior nos grupos 1, 3, 6 e 7 em relação aos demais. Não houve diferença nos valores hematimétricos dos sete grupos.CONCLUSÃO: O tecido esplênico conservado em solução de Ringer-lactato à temperatura de 4ºC mantém sua estrutura morfológica e permite a recuperação funcional após ser implantado sobre o omento maior.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1217

TÍTULO DO TRABALHO: Prevenção de aderências abdominais e cicatrização cutânea após peritoniectomia utilizando laser de baixa intensidade

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MATHEUS SEWASTJANOW SILVA; LUIZ RONALDO ALBERTI; KELLY RENATA SABINO; ANDY PETROIANU. UFMG, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: As aderências ocorrem geralmente após a cirurgia abdominal e podem causar obstrução intestinal, dor abdominal crônica e infertilidade. A sua prevenção continua a ser um desafio. O objetivo deste trabalho é avaliar os efeitos da aplicação de lasers de baixa intensidade na prevenção de aderências e cicatrização da pele após a peritoniectomia.Método: 24 coelhos machos da raça da Nova Zelândia, com aproximadamente 2 meses de idade, foram divididos aleatoriamente em 3 grupos (n = 8): grupo GC não submetido a laser, grupo GL1 com aplicação de laser na dose de 0,2 J e GL2 -grupo com aplicação a laser numa dose de 3,6 J. Todos os animais realizaram peritoniectomia. Após 14 dias de pós-cirurgia, os animais foram mortos e a formação de adesão foi avaliada qualitativa e quantitativamente. As diferenças foram consideradas significativas em P Resultados: Observou-se a formação de adesão em 100% dos coelhos dos grupos GC e GL1, em comparação com 37,5% dos coelhos do grupo GL2 (P Conclusões: O laser de baixa intensidade é eficaz na prevenção de aderências intra-abdominais em coelhos sem comprometer a força e cicatrização da parede abdominal.Bibliografia:Teixeira ML, Vasconcellos LS, Oliveira TG, Petroianu A, Alberti LR. Prevention of abdominal adhesions and healing skin after peritoniectomy using low level laser. Lasers Surg Med. 2015;47(10):817-23.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2249

TÍTULO DO TRABALHO: Principais causas de procedimentos realizados em enfermaria de cirurgia geral em hospital de ensino da região Norte do Ceará

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: TALLYS DE SOUZA FURTADO; NARA LILLIAN LIMA CARDOSO; EVERTON ALENCAR MOURA; LUCAS TADEU ROCHA SANTOS; CARLOS DANILO DA PENHA SOUZA; DINA ANDRESSA MARTINS MONTEIRO; PAULO ROBERTO SANTOS; TICIANNE PINTO FERREIRA. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC, SOBRAL - CE - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: O presente estudo tem por objetivo determinar as principais causas que motivaram a realização de procedimentos cirúrgicos em enfermaria de cirurgia geral. Metodologia: Estudo de caráter transversal, observacional, no qual foi utilizada uma amostra não-probabilística de 282 pacientes, admitidos em enfermaria de cirurgia geral entre junho de 2015 e maio de 2016. A partir de pesquisas realizadas nos prontuários médicos dos pacientes, foram analisadas as principais afecções que motivaram a realização de procedimentos cirúrgicos na enfermaria de cirurgia geral. Os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido e, com a garantia de preservação do anonimato, permitiram a divulgação dos dados obtidos. Após a obtenção dos dados, os mesmos foram transcritos para o software Excel para posterior análise. Resultados: O motivo para a realização de procedimentos na enfermaria de cirurgia geral, em 56 pacientes (19,9%) foi colelitíase ou colecistite; em 52 pacientes (19,4%), hérnia; em 33 pacientes (11,7%) foi ferimento por arma branca; em 15 pacientes (5,3%), tumor de próstata ou Hiperplasia Prostática Benigna; em 15 pacientes (5,3%), ferimento por arma de fogo e em 11 pacientes (3,9%), litíase no trato urinário. 65 pacientes (23%) possuíram outras motivações para a realização de procedimentos e em 35 pacientes (12,4%), a causa do procedimento não foi informada. Conclusão: Com base nesses dados, a principal causa dos procedimentos realizados foi colelitíase ou colecistite, seguida de hérnia e ferimento por arma branca. A partir dessas informações, torna-se necessário o rastreamento precoce de tais afecções e um maior cuidado no manejo desses pacientes, objetivando otimizar o diagnóstico e o tratamento dos mesmos. Referências: SALDANHA, O. R. et al. Fatores preditivos de complicações em procedimentos da cirurgia plástica - sugestão de escore de segurança. Revista Brasileira de Cirurgia Plástica, São Paulo, v. 29, n. 1, p.105-113, 2014.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2239

TÍTULO DO TRABALHO: Principais procedimentos realizados em enfermaria de cirurgia geral em hospital de ensino da região Norte do Ceará

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: TALLYS DE SOUZA FURTADO; SAMUEL SAMPAIO ALCÂNTARA; CARLOS DANILO DA PENHA SOUZA; FRANCISCO DE ASSIS COSTA SILVA; ESTHER CARNEIRO VASCONCELOS; LUCAS TADEU ROCHA SANTOS; DINA ANDRESSA MARTINS MONTEIRO; LUIZ DERWAL SALLES JÚNIOR. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC, SOBRAL - CE - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Este estudo tem por objetivo determinar os principais procedimentos realizados em enfermaria de cirurgia geral. Metodologia: Estudo transversal, observacional, no qual foi utilizada uma amostra não-probabilística de 282 pacientes, no período de junho de 2015 a maio de 2016, que foram admitidos em enfermaria de cirurgia geral. Com a garantia de preservação do anonimato, os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido e permitiram a divulgação dos dados obtidos na coleta. Foram avaliados os principais procedimentos cirúrgicos realizados em enfermaria de cirurgia geral, no período mencionado, através de pesquisa nos prontuários médicos de cada paciente. Após a obtenção dos dados, os mesmos foram transcritos para o software Excel para posterior análise. Resultados: Dos 282 pacientes analisados, 61 (21,6%) realizaram colecistectomia, 55 (19,5%) realizaram hernioplastia, 38 (13,5%) realizaram laparotomia, 29 (10,3%) realizaram drenagem de tórax, 15 (5,3%) realizaram ressecção de próstata, 14 (5%) realizaram cistostomia/ressecção de tumor vesical, 14 (5%) realizaram cistolitotomia/uretrolitotripsia, 47 (16,7%) realizaram outro procedimento e 9 (3,2%) não possuíam o procedimento realizado mencionado no prontuário. Conclusão: Com base nos dados supracitados, o principal procedimento realizado foi a colecistectomia, seguido pela hernioplastia e pela drenagem de tórax. A partir dessas informações, pode-se promover um direcionamento da atenção para tais procedimentos mais comuns, a fim de obter melhores resultados e otimizar o atendimento aos pacientes que necessitam de tais procedimentos, sem deixar de lado os outros procedimentos menos realizados. Referências: SALDANHA, O. R. et al. Fatores preditivos de complicações em procedimentos da cirurgia plástica - sugestão de escore de segurança. Revista Brasileira de Cirurgia Plástica, São Paulo, v. 29, n. 1, p.105-113, 2014.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2588

TÍTULO DO TRABALHO: PROTOCOLOS ANESTÉSICOS UTILIZADOS EM CIRURGIA EXPERIMENTAL: REVISÃO DE LITERATURA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LANA THAYNÁ ALENCAR DIAS1; MARIANA ROCHA BOHNE1; MARIANA ALBUQUERQUE DÓREA2; JOÃO BOSCO LIMA NASCIMENTO JUNIOR3; GISELE MOURA DE OLIVEIRA LEITE2; BEATRIZ HOLANDA GONÇALVES3; RAFAELLA MACEDO MONTEIRO DA CRUZ2; RITA DE CÁSSIA SILVA DE OLIVEIRA2. 1. CESUPA, BELÉM - PA - BRASIL; 2. UEPA, BELÉM - PA - BRASIL; 3. UFPA, BELÉM - PA - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVO: Realizar uma revisão do conhecimento científico acerca dos principais protocolos anestésicos utilizados em animais de pequeno porte. MÉTODO: Para esse fim, foram consultadas as bases de dados SciELO - Scientific Electronic Library Online, PubMed, BVS e LILACS. Foram selecionados artigos publicados no período entre 2013 e 2017, encontrou-se 34 artigos no total, sendo 22 selecionados por se adequarem ao objetivo do presente estudo. RESULTADOS: As pesquisas antepostas foram agrupadas em dois principais grupos: anestésicos inalatórios e injetáveis. No primeiro grupo, destacou-se o Sevoflurano, o qual apresentou comportamentos hiperexcitatórios pós-anestésicos, além de produzir citotoxidade por meio das junções gap nas células hepáticas. No entanto, com a utilização conjunta do Propofol, tal efeito citotóxico é minimizado através da inibição da transmissibilidade nas junções gap. A utilização do Isoflurano também obteve destaque nas pesquisas, dentre suas vantagens podem ser citadas a administração e titulação fácil, ter rápida recuperação, reproduzir anestesia com profundidade apropriada e provocar depressão cardíaca mínima. Do grupo dos anestésicos injetáveis, evidenciou-se a técnica de anestesia por tumescência, a qual se injeta lidocaína e epinefrina por via subcutânea. Seu uso apresentou diversas vantagens como a estabilização das frequências cardíaca e respiratória, restrição do uso de anestésicos inalatórios e diminuição da hipotensão no ato cirúrgico. Na mesma classe, tem-se o Propofol que atua inibindo a liberação de acetilcolina e modula o papel dos receptores GABA, contribuindo assim para a disfunção cognitiva pós-operatória. No entanto, para atenuar esse efeito e obter retorno das funções cognitivas e a diminuição da dor após administração do anestésico, foi registrado a utilização da memantina, fármaco pertencente à classe de antagonistas não competitivos de baixa afinidade ao receptor N-metil-D-aspartato (NMDA) e muito utilizado em pacientes com a forma grave de Alzheimer. CONCLUSÃO: A utilização do grupo de anestésicos inalatórios apresenta maior grau de segurança para animais de pequeno porte por ser facilmente reversível. Destaca-se a utilização do Isoflurano por apresentar menos efeitos negativos comparado aos demais fármacos dessa classe. Já a classe dos anestésicos injetáveis, a lidocaína e epinefrina demonstraram vantagens durante os procedimentos cirúrgicos em relação aos inalatórios, quando corretamente administradas.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 778

TÍTULO DO TRABALHO: Relação entre a intenção de doar órgãos em vida e o conhecimento dos riscos do transplante intervivo de estudantes de medicina da região norte do Ceará

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MIKAELLE LOPES RODRIGUES; WANESSA RIBEIRO DE OLIVEIRA; AFONSO ELAN COSTA SILVINO; CARLOS ALEFE SOUSA NASCIMENTO; FRANCISCO DE ASSIS COSTA SILVA; DINA ANDRESSA MARTINS MONTEIRO; LUCAS TADEU ROCHA SANTOS; JORDANA DE PAULA SOARES. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL, SOBRAL - CE - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Relacionar se a intenção de doação de órgãos em transplantes intervivos está associada ao conhecimento dos riscos que existem nessa doação entre acadêmicos de medicina. Método: No período de abril a junho de 2016 aplicou-se o ´´Questionário sobre Doação de Órgãos´´ a estudantes de medicina, que cursavam do primeiro ao sexto semestre da UFC/campus Sobral. Foram 17 questões, respondidas por amostra não-probabilística de 170 alunos, que avaliavam a intenção de doação de órgãos e conhecimentos sobre o tema. Os participantes assinaram termo de consentimento livre esclarecido. Resultados: Os órgãos que podem ser doados em vida são medula óssea, rim e fragmentos do fígado e pulmão. No estudo constatou-se que 153 alunos, seriam doadores de órgãos ou parte dele em um transplante intervivos. Em relação ao tipo de órgão, os principais na pretensão de doação foram: medula óssea 94,2%, rim 81,9% e fígado 67,7%. Já quanto ao conhecimento sobre os riscos que existem nesses tipos de doações apenas 57,1% estavam cientes. Em relação aos riscos da doação de rim, são os mesmos dos que se submetem a uma cirurgia e anestesia geral. Além disso, não há risco de comprometimento das funções renais, que podem ser realizadas normalmente por apenas um único rim. No caso do fígado sua alta capacidade de regeneração garante uma doação com menor morbidade que do pulmão, em que é possível a retirada do lobo inferior, mas com maiores restrições. Já na doação de medula óssea por procedimento cirúrgico os problemas graves ocorridos a doadores são raros e limitados. Em alguns casos apenas dor no local da punção, dor de cabeça e cansaço são relatados e por volta de 15 dias a medula estará completamente recuperada. Já por aférese não há necessidade de internação e nem de anestesia. Conclusões: A doação de órgãos intervivos é extremamente relevante. Por isso é essencial que estudantes de medicina sejam potenciais doadores e conhecedores dos baixos riscos que existem nesses transplantes. No estudo mesmo 42,9% dos acadêmicos desconhecendo os riscos na doação apenas 10% não seriam doadores em transplantes intervivos. A partir disso, presume-se que o desconhecimento dos riscos não seria empecilho para as doações. Contudo, percebe-se deficiência de educação continuada específica sobre o tema transplante e os seus riscos. Bibliografia: MORAIS, T.R.; MORAIS, M.R. Doação de órgãos: é preciso educar para avançar. 2012, Rio de Janeiro, Saúde em Debate, v. 36, n. 95, p. 633-639.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2234

TÍTULO DO TRABALHO: Relação entre o tempo de cirurgia e a ocorrência de complicações em pacientes internados em enfermaria de cirurgia geral em hospital de ensino da região Norte do Ceará

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: TALLYS DE SOUZA FURTADO; LUCAS TADEU ROCHA SANTOS; DINA ANDRESSA MARTINS MONTEIRO; SAMUEL SAMPAIO ALCÂNTARA; NARA LILLIAN LIMA CARDOSO; CARLOS DANILO DA PENHA SOUZA; FILIPE HERSON CARNEIRO RIOS; LUIZ DERWAL SALLES JÚNIOR. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC, SOBRAL - CE - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Relacionar o tempo de cirurgia com a ocorrência de complicações em pacientes internados em enfermaria de cirurgia geral. Metodologia: Estudo transversal, observacional, realizado em enfermaria de cirurgia geral entre junho de 2015 e maio de 2016, no qual foi utilizada uma amostra não-probabilística de 282 pacientes. Após a coleta, os dados foram tabulados no software Excel. Foram analisados, para tal, o tempo dos procedimentos cirúrgicos realizados nesse período e as complicações ocorridas em tais procedimentos, mediante pesquisa nos prontuários médicos de cada paciente. Tais pacientes autorizaram a divulgação dos dados, após assinarem um termo de consentimento livre e esclarecido, sendo preservado o anonimato dos mesmos. Resultados: O tempo de cirurgia, nos pacientes analisados, foi inferior a 1 hora em 41 pacientes (14,5%), de 1 a 2 horas em 98 pacientes (34,7%), de 2 a 3 horas em 49 pacientes (17,4%), de 3 e 5 horas em 25 pacientes (8,9%) e superior a 5 horas em 11 pacientes (3,9%). O tempo de cirurgia não foi informado em 48 (17%) dos prontuários analisados. Apenas 6 pacientes possuíram complicações, sendo que 2 (33,3%) apresentaram distensão abdominal, 1 (16,7%) apresentou evisceração, 1 (16,7%) apresentou hematúria, 1 (16,7%) possuiu necrose em alça intestinal e 1 (16,7%) apresentou ascite. Das 6 complicações ocorridas, 3 (50%) aconteceram em procedimentos com duração de 2 a 3 horas, 2 (33,3%) ocorreram em procedimentos de 3 a 5 horas e 1 (16,7%) ocorreu em procedimento com duração entre 1 e 2 horas. Conclusão: A partir dos dados supracitados, nota-se que a maioria dos procedimentos realizados foi de curta duração, com predominância daqueles com menos de 1 hora. Entre as complicações ocorridas, a maioria se deu em procedimentos entre 2 e 3 horas, seguida por procedimentos com duração entre 3 e 5 horas. O reduzido número de complicações, associado à ocorrência destas em procedimentos de duração um pouco mais elevada, revela uma relação diretamente proporcional entre o tempo de cirurgia e a existência de complicações. Tais informações tornam-se necessárias, à medida que podem contribuir para auxiliar na escolha da melhor abordagem ao paciente e na redução de complicações, melhorando a perspectiva desses pacientes. Referências: SALDANHA, O. R. et al. Fatores preditivos de complicações em procedimentos da cirurgia plástica - sugestão de escore de segurança. Revista Brasileira de Cirurgia Plástica, São Paulo, v. 29, n. 1, p.105-113, 2014.

CODIGO DO TRABALHO: 1027

TÍTULO DO TRABALHO: RELATO DE EXPERIÊNCIA: AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS INTERNOS DE CIRURGIA SOBRE O PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RINELLE MARIA MARTINS COSTA1; CILEIA IVNA CARNEIRO DE OLIVEIRA2; LEVI CARVALHO E SILVA1; FLAVIANY MARIA SANTIAGO FORTE1; ANTONIO LUCAS ALBUQUERQUE DE SABOIA1; SEBASTIÃO CARLOS DE SOUSA OLIVEIRA1; ANDRÉ LUIZ NÓBREGA MAIA AIRES1; DANIEL HARDY MELO1. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, SOBRAL - CE - BRASIL; 2. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL, SOBRAL - CE - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Avaliar o grau de conhecimento dos internos da cirurgia de um hospital no interior do Ceará sobre a implantação do Protocolo de Cirurgia Segura (PCS), investigando conhecimentos prévios e adquiridos por meio de palestra sobre o Manual de Cirurgia Segura, elaborado pelo Colégio Brasileiro de Cirurgiões, considerando a relevância atual da segurança cirúrgica nos hospitais brasileiros.Método: Estudo transversal com aplicação de um mesmo questionário antes e depois de apresentação sobre o PCS para 9 estudantes do internato em cirurgia da 17ª turma da Faculdade de Medicina com 8 perguntas acerca do conteúdo do manual, cujo universo abordava os quatro tópicos do checklist de segurança cirúrgica. Essas perguntas avaliavam o conhecimento da existência do PCS, por qual fonte obtiveram esse conhecimento, quais as etapas do protocolo e quais os objetivos do programa, além de procedimentos gerais.Resultados: Após processamento eletrônico e análise das respostas, observou-se que 77,8% dos internos não tinham sequer conhecimento da existência do PCS antes de sua implantação no hospital. Dos 9 entrevistados, 4 (44,4%) não tinham conhecimento acerca das suas etapas, mesmo após sua implantação e 1 (11,1%) possuía informações equivocadas. Quanto a procedimentos gerais, os entrevistados apresentaram conhecimento superficial ou insuficiente quanto a conduta e seu momento. Apenas 2 dos 9 internos (22,2%) responderam corretamente a todos os tópicos avaliados. Após a explanação e apresentação do manual, houve melhora no entendimento acerca dos tópicos do manual.Conclusões: Mais da metade dos estudantes demonstrou desconhecimento sobre os tópicos do protocolo, sinalizando preocupação acerca de sua implementação no hospital. Após apresentação com abordagem ampla acerca da lista de verificação e das recomendações do PCS houve uma melhora nesses indicadores, o que demonstra a necessidade de ações como essa destinadas ao corpo produtivo do hospital, notadamente aos internos que se tornarão profissionais da saúde, tendo em vista fixar o conhecimento dessas práticas. Conhecimento e execução são de suma importância para o exercício da segurança cirúrgica na vivência hospitalar.Bibliografias: Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Manual de Cirurgia Segura. 523926 BR. Outubro de 2014.Organização Mundial da Saúde. Segundo Desafio Global para Segurança do Paciente: Manual - Cirurgias seguras salvam vidasManual de implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 530

TÍTULO DO TRABALHO: RELATO DE EXPERIÊNCIA: LIGA ACADÊMICA CAPIXABA DE CIRURGIA NA FORMAÇÃO MÉDICA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RAPHAEL CASTIGLIONI NASCIMENTO; LOREN ROSETTI REBELLO; LEONARDO LOPES GLOOR; CAROLINE MARIA MOULAZ; VITOR SEQUIM; PAULO ALVES BEZERRA MORAIS. UNIVERSIDADE VILA VELHA, VILA VELHA - ES - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO. A criação de uma Liga de Cirurgia não tem como finalidade a superespecialização precoce, pelo contrário, visa conduzir adequadamente uma demanda de aprendizado diferenciado que surge de modo natural dentre os estudantes. As informações deste relato foram obtidas através experiência dos ligantes e de ex-ligantes, registros fotográficos e descritivos das atividades realizadas da Liga Acadêmica Capixaba de Cirurgia (LIACC) e revisão da literatura, objetivando ressaltar a importância de uma Liga Acadêmica de Cirurgia na formação médica. RELATO DE CASO. A participação do aluno em uma Liga Acadêmica de Cirurgia proporciona maior comprometimento com o ensino de graduação, aprofundamento e aplicabilidade dos conteúdos de cirurgia prático e teórico, inserção em atividades de pesquisa e extensão, interação com alunos de outras instituições e com a comunidade. Com isso é possível ampliar e consolidar o conhecimento, obter maturidade profissional, oportunidades e parcerias. Além disso, diante das dificuldades na execução de alguns projetos, em âmbito administrativo e financeiro, os ligantes tornam-se melhores gestores, com mais disciplina, autonomia e proatividade. CONCLUSÕES. A LIACC funciona como instrumento de inserção na atividade médica e científica, baseada no tripé ensino-pesquisa-extensão, vista a realização de aulas semanais teóricas e práticas, serviços à comunidade, cursos de extensão e reuniões científicas com diversos palestrantes de renome estaduais e nacionais. É importante ressaltar que a LIACC visa conduzir adequadamente uma demanda que surge entre os estudantes que possibilita a formação de um profissional mais apto e preparado para abordagem integral de um paciente cirúrgico.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 388

TÍTULO DO TRABALHO: Relato de intercâmbio em Cirurgia Geral: contribuições da experiência para a formação discente

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RAUL EDMO TEIXEIRA AMITI1; RUTHYANE MONTE BALDO2; JOAO CARLOS NEPOMUCENO GONCALVES2. 1. UNESC / COLATINA, ITAPERUNA - RJ - BRASIL; 2. UNESC / COLATINA, COLATINA - ES - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO - Os intercâmbios e mobilidades estudantis durante o período universitário contribuem para ampliar os horizontes do graduando no cenário exterior, por meio do contato com diversidades culturais. A interculturalidade é praticada durante a experiência no exterior por meio das relações estabelecidas com outros estudantes oriundos de diversos países. A internacionalização da graduação também aproxima os pesquisadores, os orientadores no Brasil e no exterior e os estudantes, o que pode resultar em parcerias que beneficiam as universidades envolvidas e seus respectivos países. OBJETIVOS ? descrever a experiência de estudante de graduação de medicina em Programa de intercâmbio internacional. MÉTODOS ? O intercâmbio deu-se por meio de concessão do Programa de Coordenação Local de Estágios e Vivências, via Diretório Acadêmico Colatina/ES/Brasil, Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina, Federação Internacional dos Estudantes de Medicina e a Universidad Magna Graecia Catanzaro/Itália. Foi desenvolvido no período de novembro de 2016, junto aos Programas de Graduação e de Pós-Graduação do departamento de Cirurgia Geral da universidade supracitada. RESULTADOS ? Atividades de inserção em grupo de pesquisa, disciplinas, cursos e projetos de pesquisa tiveram foco em atendimento médico, práticas cirúrgicas, bioética e qualidade no atendimento ao paciente cirúrgico. CONCLUSÃO ? Essa vivência possibilitou o desenvolvimento acadêmico, pessoal e social bem como o início da tessitura de uma rede de pesquisa, contribuindo para o intercâmbio entre pesquisadores e o processo de internacionalização do Curso de medicina.REFERÊNCIASMinistério da Ciência, Tecnologia e Inovação/CNPq, Ministério da Educação/MEC. Ciência sem Fronteiras. Bolsistas pelo mundo. [acesso em 2016 nov.14]. Souza Junior JM. A internacionalização e a mobilidade na Educação Superior: o debate na América Latina. Ver: Iniciac. Cient. FFC. 2015.Nogueira MA, Aguiar AMS, Ramos VCC. Fronteiras desafiadas: a internacionalização das experiências escolares. Educ Soc (Campinas). 2012;NOGUEIRA, Maria Alice; AGUIAR, André Moura de Souza; RAMOS, Viviane Coelho Caldeira. Fronteiras Desafiadas: A Internacionalização das Experiências Escolares. Educ. Soc., Campinas, v. 29, nº 103, p. 355-376, 2008. STALLIVIERI, Luciane. O processo de internacionalização nas instituições de ensino superior. Educação Brasileira, Brasília: Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras, v. 24, n. 48/49, p. 35-57, 2014.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1618

TÍTULO DO TRABALHO: SELECIONANDO E TREINANDO: COMO ALIAR SELEÇÃO E FORMAÇÃO ACADÊMICA EM UMA LIGA DE CIRURGIA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CAIO AUGUSTO DE CARVALHO LEMOS; CARLOS MAGNO QUEIROZ DA CUNHA; GIOVANNI TROIANI NETO; DIEGO FREITAS FÉLIX; IANE CELY VASCONCELOS TELES LIMA; MATHEUS FACÓ JESUÍNO SIMÕES; VICTOR ANDRADE DE ARAÚJO; FRANCISCO JULIMAR C. DE MENEZES. UNIVERSIDADE DE FORTALEZA, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Ligas acadêmicas são organizações estudantis sem fins lucrativos, destinadas a estudantes de graduação que sob a supervisão de profissionais da área, visam aprofundar o conhecimento e prática sobre dado tema. Tradicionalmente, a maioria das ligas acadêmicas realiza a seleção de novos membros através de prova escrita e entrevista. No entanto, com o intuito de trazer uma seleção mais construtiva em relação ao aprendizado dos candidatos, a Liga de Cirurgia Geral da Universidade de Fortaleza decidiu inovar em seu processo seletivo.Método: Dividido em 3 etapas, a seleção contou com a participação de 42 alunos do 2º ao 8º semestre do curso de Medicina e almejava o ingresso de 5 novos membros. A 1ª fase foi composta por 25 questões objetivas, onde as 15 melhores notas foram selecionadas para as demais etapas. Esses alunos receberam um artigo científico para apresentação após 48 horas em forma de aula para uma banca composta por membros da liga sob supervisão do professor orientador. Após a aula, cada candidato foi entrevistado para conhecer o seu perfil acadêmico. Por fim, os candidatos foram testados em relação às suas habilidades procedurais, onde passaram por 2 estações práticas: sutura simples e consulta sobre emergência cirúrgica. Durante a consulta o candidato lia uma história clínica padronizada, indicava os exames a serem solicitados, uma hipótese diagnóstica e, por fim, a conduta terapêutica, sendo avaliados a partir de um check list. Os 5 melhores foram selecionados através da média das etapas.Resultados: Dos 15 selecionados, observamos em suas notas uma melhora do padrão com a progressão da seleção, visto que na primeira fase a média foi de 5,8, na segunda foi 7,5, e na terceira 7,45, sendo 8,1 na estação de consulta e 6,8 na de sutura, mostrando ainda a dificuldade que se tem na parte prática, uma das áreas que a liga pretende fortalecer. Após todo o processo, foi concedido a cada um dos candidatos aprovados na seleção ou não, o feedback sobre seu desempenho, permitindo a cada um saber quais foram os erros e qual seria a resposta adequada à situação, sendo referenciada em bibliografias atuais, permitindo conhecimento adicional e correção de condutas.Conclusões: A metodologia de feedback sobre o desempenho do candidato auxilia no seu aprendizado por nortear em quais pontos acerca daquele assunto ele precisa melhorar. Além disso, a presença de prova prática ameniza o fator sorte que porventura possa estar presente em uma prova objetiva.

CODIGO DO TRABALHO: 2905

TÍTULO DO TRABALHO: SO DA PLATAFORMA MOODLE EM CURSO TEÓRICO-PRÁTICO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS: INOVAÇÕES DE TECNOLOGIA NO ENSINO.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CARLOS MAGNO QUEIROZ DA CUNHA; LEONARDO JOSÉ MONTEIRO DE MACÊDO FILHO; VINICIUS FARINA SARTORI; MARIA ALLYCE DE OLIVEIRA; LARISSA BARBOSA PAIVA; FERNANDA MARTINS MAIA; RAFAELA VIEIRA CORREA. UNIVERSIDADE DE FORTALEZA, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: O Moodle (Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment) é uma plataforma utilizada para ensino a distância (EaD), permitindo, dentre inúmeros recursos, a disponibilização de tarefas, vídeos e a comunicação com o professor. Este trabalho objetiva avaliar o uso do Moodle na melhora do aprendizado em um curso teórico prático de procedimentos cirúrgicos em ambiente simulado como programa piloto.Métodos: Foi realizado um curso teórico-prático de procedimentos cirúrgicos (apendicectomia aberta, drenagem torácica, paracentese, suturas) em uma universidade de Fortaleza usando laboratório de habilidades e simulação para 35 alunos do curso de Medicina. A plataforma Moodle foi usada como método EaD e era responsável por 50% da carga horária do curso. Foram desenvolvidas diversas atividades sobre procedimentos abordados, como resolução de questões, aprendizado por meio de vídeos e leitura de artigos selecionados. Ao final, foi aplicado o questionário COLLES respondido por 26 alunos participantes, avaliando relevância, reflexão crítica, interatividade, apoio dos tutores, apoio dos colegas e compreensão, todos relacionados à plataforma. Este questionário utiliza a escala: 1-quase nunca, 2-raramente, 3-algumas vezes, 4-frequentemente e 5-quase sempre.Resultado: Divide-se nossa análise em dois momentos, experiência efetiva e da expectativa de cada aluno nos seis critérios supracitados. Na experiência, a relevância observou-se a média de 4,49. A reflexão crítica obteve média 4,17. Demonstra-se na interatividade uma relação mais baixa 3,42, corroborando uma deficiência ainda apresentada no curso à distância. Avaliando ainda a interatividade percebe-se atrelado ao resultado os critérios apoio dos tutores em 4,58 e apoio dos colegas como 3,90. A compreensão obteve média 4,27 entre todos os alunos. Nas expectativas de cada aluno remeteram média de 4,61 para relevância, reflexão crítica em 4,34, interatividade com 3,79, apoio dos tutores de 4,77, apoio dos colegas de 4,25 e compreensão em 4,55.Conclusão: O resultado da avaliação realizada pelos discentes que fizeram uso da plataforma Moodle mostrou que, apesar de ainda existirem ajustes a serem realizados, ela contribuiu de forma satisfatória para aprimorar o aprendizado sobre técnicas cirúrgicas durante a graduação médica, corroborando com as expectativas iniciais. Concluímos, portanto, que essa plataforma de ensino à distância apresenta potencial viável e inovador para o ensino da área da Cirurgia.

CODIGO DO TRABALHO: 1990

TÍTULO DO TRABALHO: Substâncias antioxidantes endógenas e o dano renal por isquemia-reperfusão: um novo horizonte?

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CAETANO ARAUJO TORRES LIMA1; GUILHERME LANG MOTTA1; PABLO CAMPESES SOUZA1; GUILHERME BEHREND RIBEIRO2; EMANUEL BURCK DOS SANTOS2; PEDRO GUILHERME SCHAEFER2; CARLOS OTAVIO CORSO1. 1. UFRGS, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 2. HCPA, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo Em nosso estudo buscamos avaliar a indução de produção de substâncias antioxidantes endógenas através da isquemia-reperfusão à distância do órgão alvo e os potenciais benefícios na função renal e redução de dano histopatológico renal.MétodoExperimento realizado na Unidade de Experimentação Animal do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (UEA-HCPA). Foram utilizados 24 ratos da raça Wistar, pesando entre 250 a 400g e idade média de 60 dias. O procedimento cirúrgico padrão foi, após devidamente anestesiado, coleta de sangue e laparotomia com incisão mediana. Inicialmente, todos foram submetidos a nefrectomia direita, considerado controle. Logo após, o rim esquerdo era abordado por 4 diferentes intervenções, o que definia os diferentes grupos de animais. No grupo 1 se induziu isquemia do rim esquerdo por 40 minutos e reperfusão ao término desse tempo. O grupo 2 sofreu o mesmo processo, porém durante período de 40min se induziu hipotermia a 4oC. No grupo 3 realizamos isquemia da artéria ilíaca comum esquerda por 15min, aguardamos 10min para circulação dos antioxidantes gerados, então isquemia-reperfusão renal por 40min. O grupo 4 sofreu as mesmas intervenções do grupo 3 acrescidas de indução de hipotermia a 4ºC. Nesta etapa, todos os animais tiveram a laparotomia fechada e ficaram sob observação durante 240min. Após esse intervalo, foram reintervidos para a retirada do rim esquerdo e coleta de sangue final. Todos os procedimentos éticos foram seguidos e acompanhados pela equipe de veterinários da UEA-HCPA. Foram realizadas análises bioquímica e histopatológica do material coletado. Serão comparados metabólitos e derivados dos radicais livres no sangue inicial e final do procedimento, além de ambos os rins.ResultadosOs resultados parciais indicam que há alguma ação protetora das substâncias antioxidantes endógenas no dano por isquemia-reperfusão. ConclusãoA indução de antioxidantes endógenos possui grande potencial na prevenção dos danos causados pela isquemia e reperfusão de órgãos. Apesar de ainda em fase de análise, expomos nosso estudo em função da importância que creditamos a este assunto. Julgamos fundamental que mais estudos experimentais como sejam realizados, na tentativa de esclarecer os mecanismos de indução de antioxidantes e o seu real benefício.Bibliografia:-
Santos Emanuel Burck dos et al. Oxidative stress evaluation of ischemia and reperfusion in kidneys under various degrees of hypothermia in rats. Acta Cir. Bras. 2013 aug.

CODIGO DO TRABALHO: 689

TÍTULO DO TRABALHO: Suturas e Fios: A Eficácia da Implementação de Aulas Teóricas sobre o Tema em um Curso de Técnicas Cirúrgicas

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FLAVIANY MARIA SANTIAGO FORTE; DANIEL HARDY MELO; LEVI CARVALHO E SILVA; SAULO BARROS TEIXEIRA; RINELLE MARIA MARTINS COSTA; ELADIO PESSOA DE ANDRADE FILHO. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, SOBRAL - CE - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVOS: É sabida a relevância de aulas práticas para a aprendizagem de suturas e fios cirúrgicos, mas pouco é discutido sobre a influência de aulas teóricas na construção dessa aprendizagem. Visando isso, o presente trabalho tem como objetivo avaliar a importância de aulas teóricas sobre o tema ?Suturas e Fios? para a consolidação do conhecimento sobre o assunto, em um curso de Técnicas Cirúrgicas. MÉTODOS: Pesquisa empírica experimental com intervenção, realizada na Universidade Federal do Ceará - Campus de Sobral. A amostra constou de 20 alunos entre o 2º e o 5º períodos de medicina regularmente inscritos no curso de Técnicas Cirúrgicas, entre 17 e 22 anos. Foram aplicados pré e pós-teste sobre o tema proposto, ambos contendo 4 questões. RESULTADOS: A turma do curso avaliada apresentou uma distribuição de estudantes de medicina composta, em sua maioria, pelo sexo masculino (55%) e por estudantes do segundo período (50%). O pré-teste demonstrou 31% de acerto sobre questões de suturas e fios cirúrgicos, tendo o pós-teste demonstrado 56% de questões acertadas, totalizando um acréscimo de 25% de questões resolvidas corretamente após a realização da aula teórica. A maioria dos alunos (85%) respondeu corretamente a questão que trata sobre o ponto de Gilles, sendo esta a questão com maior índice de acertos. CONCLUSÃO: Observamos que a utilização de aulas teóricas sobre suturas e fios proporciona conhecimento relevante, afirmado pelo crescimento da percentagem de acertos entre os estudantes do presente curso de técnicas cirúrgicas. As aulas teóricas são, portanto, um importante alicerce para a construção de novos profissionais e para o desenvolvimento de suas habilidades cirúrgicas, tão necessárias no exercício da medicina.BIBLIOGRAFIA:
Mayeaux, E. J. Guia Ilustrado de Procedimentos Médicos. - Porto Alegre: Artmed, 2012.Stephen B. Hulley,Steven R. Cummings,Warren S. Browner,Deborah G. Grady,Thomas B. Newman, 2015. Delineando a pesquisa clínica - 4.ed.Cleber Cristiano Prodanov e Ernani Cesar de Freitas, 2013.Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico - 2. ed.

CODIGO DO TRABALHO: 1054

TÍTULO DO TRABALHO: TEAM BASED LEARNING E TREINAMENTO HANDS ON COMO FERRAMENTAS DE ENSINO EM OFICINA PRÉ INTERNATO DE CIRURGIA, EMERGÊNCIA E TRAUMA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CARLOS MAGNO QUEIROZ DA CUNHA; DANIEL DIAS DE HOLANDA FREITAS; GIOVANNI TROIANI NETO; MATHEUS FACÓ JESUÍNO SIMÕES; CECÍLIA LIMEIRA LIMA LEITE; JOÃO SOTERO VERAS NETO CAVALCANTE; JAMES DANTAS FERREIRA; FRANCISCO JULIMAR C. DE MENEZES. UNIVERSIDADE DE FORTALEZA (UNIFOR), FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVO As diretrizes curriculares de graduação médica, no Brasil, afirmam que os estudantes devem desenvolver habilidades que os preparem para realizar procedimentos clínicos e cirúrgicos essenciais no ambiente ambulatorial, nas unidades de urgências e emergências. Estudos baseados na percepção dos alunos após simulação prática desses procedimentos relatam que foi possível analisar as dificuldades e inseguranças dos mesmos, além de melhorar e fixar as técnicas cirúrgicas. Assim, esse treinamento visa preparar os graduandos a fim de que os mesmos obtenham um melhor rendimento no período de cirurgia no internato e estejam mais preparados ao fim de sua formação médica. MÉTODO A oficina pré internato aconteceu em 3 momentos durante 2 turnos. O primeiro momento seguiu toda a metodologia TEAM BASED LEARNING TBL e contemplava assuntos básicos em cirurgia geral. Após esse momento, os participantes foram encaminhados em 2 estações pela manhã (paramentação cirúrgica, nós e suturas) e 3 a tarde (sondas e drenos, intubação orotraqueal e princípios de videocirurgia). Todas essas eram estações hands on com a presença de 1 professor e 2 acadêmicos da Liga de Cirurgia Geral para orientação. O terceiro momento foi uma dinâmica sobre passagem de casos cirúrgicos e durou 1 hora. Foi enviado por email, questionário de percepção da atividade. RESULTADOS Dos 61 alunos que fazem parte do internato de cirurgia, 24 alunos participaram da atividade. No TBL, houve um crescimento de 14,33% da nota individual para a nota do grupo. 12 alunos responderam o questionário de percepção. Em relação a avaliação geral, 83,33% julgaram o curso excelente, 8,33% bom e 8,33% regular. Já sobre a metodologia empregada (TBL), 75% concordaram que ajudou na fixação do conteúdo e 25% foram indiferentes, não havendo vantagens do método. 100% concordaram totalmente que o treinamento prévio irá ajudar no internato de Cirurgia. CONCLUSÕESDiante dos dados obtidos, pode se verificar, pela própria visão dos alunos, os benefícios de um curso prévio de imersão antes do início do internato em cirurgia. Diante disso, ressalta-se a importância da realização de atividades semelhantes para tentar preencher as lacunas no aprendizado em cirurgia deixadas na grade curricular básica, almejando sempre aprimorar e expandir ações como essa. São necessários novos estudos comparando o desempenho de alunos submetidos a tal atividade com os que não a tiveram, visando confirmar de forma sólida e objetiva as vantagens desta.

CODIGO DO TRABALHO: 1940

TÍTULO DO TRABALHO: TÉTANO ACIDENTAL NA POPULAÇÃO GERIÁTRICA DA REGIÃO NORTE DO BRASIL ENTRE 2007 E 2015

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANA FLÁVIA RIBEIRO DE SOUSA; JÚLIA CYRÍACO; GABRIEL GOMIDES VASCONCELOS; WASHINGTON DE MELO BENTO JÚNIOR; CLARA REBECA MENESES MOURA; DIEGO SIMÃO MORAIS SILVA; THIAGO DELMONDES FEITOSA; CELSO ROCHA DA SILVA. UNIRG, GURUPI - TO - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O tétano é uma doença infecciosa aguda não contagiosa, causada pela ação de exotoxina, podendo ser adquirido através da contaminação de ferimentos com esporos bacterianos dispersos no ambiente, sendo caracterizado como Tétano Acidental (TA). Objetivo: Determinar o quantitativo de casos de TA notificados ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) nos Estados do Norte do Brasil no período de 2007 a 2015, identificando os Estados mais acometidos e os achados com a evolução do quadro clínico a óbito. Métodos: Foi realizado um estudo descritivo e transversal através de dados obtidos no endereço eletrônico do Sistema Único de Saúde, DATASUS. Foram extraídos dados referentes à região Norte do Brasil, sobre idosos acometidos com TA, no período de 2007 a 2015. A estratificação e tabulação dos dados foram feitas em planilha do Microsoft Excel 2010. Resultados: Foram contabilizados 70 casos de TA em idosos, dos quais 33 foram a óbito devido a agravos da doença notificada. Dentre os Estados, o Pará apresentou o maior número de casos notificados, com um total de 28 casos, dentre os quais em 13 (46,4%) ocorreu óbito. Porém a maior taxa de mortalidade foi encontrada no Estado do Acre, onde, dos cincos casos notificados, quatro (80%) vieram a óbito. Conclusão: A alta taxa de mortalidade encontrada nos dados analisados confirma a necessidade de uma constante vigilância epidemiológica e o número total de casos é um alerta para a necessidade de melhoria no serviço de prevenção já que o TA é imunopreviníveI.

CODIGO DO TRABALHO: 755

TÍTULO DO TRABALHO: TRANSFERÊNCIA TERMINOLATERAL EM JANELA DE PERINEURO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GABRIELA HORBE WACHHOLZ1; GIULLIA GARIBALDI BERTONCELLO1; JEFFERSON LUIS BRAGA SILVA1; LYDIA MASAKO FERREIRA2; MARCOS RICARDO DE OLIVEIRA JAEGER1. 1. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL E ESCOLA DE MEDICINA, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO E ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVOEm lesões C5-C7 do plexo braquial, a transferência do nervo ulnar permite a reinervação do bíceps. Em lesões C5- T1, este procedimento é proibido. O modelo clínico avalia a possibilidade de transferência terminolateral sem secção do fascículo doador.MÉTODOSIdade média 26.4 +/- 10 anos (+/- DP, média 16-45 anos). Sete pacientes com lesão C5- C6 tiveram transferência terminolateral (Controle). Cinco pacientes com lesão completa de plexo tiveram transferência terminolateral em janela de 3mm de perineuro entre ramo bicepital do músculo cutâneo e nervo ulnar (Testado). Avaliados pela eletroneuromiografia e o escore do British Medical Research Council (BMRC).RESULTADOSMovimento bicepital a partir de 5.3 +/- 2 meses (+/- DP, média 1-8 meses) nos dois grupos. Seguimento clínico de 19.3 +/- 15 meses. Flexão do cotovelo alcançou escore BMRC de 4 em 6 pacientes (Controle) e em 2 (Testado), mediana de 3 e 1, respectivamente. Estudo eletrofisiológico mostrou atividade elétrica em todos.CONCLUSÃOO modelo clínico terminolateral em janela permitiu a transferência nervosa em lesão completa C5- T1. Não é possível concluir se a quantidade de movimento atribuída foi devida à transferência nervosa ou ou a regeneração dos fascículos lesados. REFERÊNCIAS Angélica-Almeida M, Casal D, Mafra M, Mascarenhas-Lemos L, Martins-Ferreira J, Ferraz-Oliveira M, Amarante J, Goyri-O`Neill J. Brachial plexus morphology and vascular supply in the wistar rat. Acta Med Port. 2013 May-Jun;26(3):243-50. Bobkiewicz A, Cwykiel J, Siemionow M. Anatomic variations of brachial and lumbosacral plexus models in different rat strains. Microsurgery. 2016 Jun 7 Papalia I, Magaudda L, Righi M, Ronchi G, Viano N, Geuna S, Colonna MR. Epineurial Window Is More Efficient in Attracting Axons than Simple Coaptation in a Nerve Repair in the Rat Upper Limb: Functional and Morphometric Evidences and Review of the Literature.Ecolection 2016 Feb 12;11(2):e0148443 Oprych KM, Kalsi PS, Kachramanoglou C, Choi D. Technical Improvements to a Rat Brachial Plexus Avulsion Model via a Posterior Surgical Approach. Plast Reconstr Surg Glob Open. 2016 Jan 7;3(12):e576.

CODIGO DO TRABALHO: 748

TÍTULO DO TRABALHO: TRANSPLANTE DE GASTROCNÊMIO EM RATOS WISTAR

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GABRIELA HORBE WACHHOLZ1; GIULLIA GARIBALDI BERTONCELLO1; JEFFERSON LUIS BRAGA SILVA1; LYDIA MASAKO FERREIRA2; MARCOS RICARDO DE OLIVEIRA JAEGER1. 1. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO E ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVODemonstrar um modelo experimental heterotópico que utiliza nervo sensitivo e motor em neurorrafias terminolateral e terminoterminal.MÉTODO5 grupos Wistar. Músculo gastrocnêmio do rato, envelopado por uma fina lâmina de silicone transferido para o abdome. O grupo 1 teve o nervo motor preservado. O grupo 2 apresenta o nervo motor associado ao nervo sensitivo. O grupo 3 teve o nervo do gastrocnêmio terminoterminal associado com o nervo sensitivo safeno. O grupo 4 têm o nervo tibial associado de forma terminolateral com o nervo femoral motor. No grupo 5 o nervo tibial motor do gastrocnêmio foi suturado terminoterminal no nervo safeno. Dezesseis semanas após coleta do músculo: peso úmido e avaliação histológica. Erro alfa de 80%, SPSS 11.0.RESULTADOSOcorreu atrofia em todos, sendo maior nos que sofreram privação do suprimento motor e maior nos dois grupos que receberam reinervação sensitiva (P> 0, 01). Houve preservação da estrutura muscular mesmo nos grupos que utilizaram o nervo sensitivo. O envelope de silicone tende a se dissolver com o passar das semanas.CONCLUSÃOO modelo heterotópico do gastrocnêmio permite diversas modalidades de transferência nervosa utilizando-se nervo motor e sensitivo como doadores.REFERÊNCIAS1.Ferreira, L. M., Weinstock M., Jaeger, M. Sutura nervosa Em: Técnica ilustrada em Microcirurgia.1 ed. : Dilivros, RJ, 2015. 2. Manoli T, Schulz L, Stahl S, Jaminet P, Schaller HE. Evaluation of sensory recovery after reconstruction of digital nerves of the hand using muscle-in-vein conduits in comparison to nerve suture or nerve autografting. Epub 2014 Sep; 33(4): 279-85. 3.Arnaout A, Fontaine C, Chantelot C . Sensory recovery after primary repair of palmar digital nerves using a Revolnerv(®) collagen conduit: a prospective series of 27 cases. Epub 2014 Sep; 33(4): 279-85 4.Jaeger M, Neto N, Milani A, Ely P, Silva J. NEURORRAFIA TERMINOLATERAL NA TRANSFERÊNCIA DE NERVO ULNAR EM LESÕES DO PLEXO BRAQUIAL. Arquivos Catarinenses de Medicina - Volume 41 - Suplemento 01 - 2012 5.Gao W, Liu Q, Li S, Zhang J, Li Y.End-to-side neurorrhaphy for nerve repair and function rehabilitation.Epub 2015 Aug;197(2):427-35

CODIGO DO TRABALHO: 680

TÍTULO DO TRABALHO: Transplante de órgãos: a qualidade do conhecimento transmitido nas aulas de graduação de medicina como fator influenciador da intenção de doação.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MIKAELLE LOPES RODRIGUES1; AFONSO ELAN COSTA SILVINO1; CARLOS ALEFE SOUSA NASCIMENTO1; FRANCISCO DE ASSIS COSTA SILVA1; DINA ANDRESSA MARTINS MONTEIRO1; LUCAS TADEU ROCHA SANTOS1; JÚLIO CÉSAR CHAGAS E CAVALCANTE2; WANESSA RIBEIRO DE OLIVEIRA1. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL, SOBRAL - CE - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, SOBRAL - CE - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Analisar como a qualidade do conhecimento transmitido nas aulas de graduação, acerca de transplante de órgãos, influencia na intenção dos estudantes de medicina serem doadores de órgãos. Métodos: Foi aplicado no período de abril a junho de 2016 questionário baseado na literatura a estudantes de medicina do interior do Ceará. A amostra não probabilística englobou 170 alunos acadêmicos do primeiro ao sexto semestre da UFC/campus Sobral . Estes avaliaram a intenção de doação de órgãos e conhecimentos relacionados ao tema através de 17 questões, respondidas por amostra. Os alunos que participaram assinaram termo de consentimento livre esclarecido e autorizaram a divulgação dos dados, preservando o anonimato. A apuração dos resultados foi realizada através do Google Formulário. Resultados:Dos 170 alunos participantes, 113(66,5%) não assistiram aulas acerca do assunto e 57(33,5%) já assistiram. Foram selecionados aqueles que já assistiram aulas sobre o assunto. Neste grupo, a taxa de intenção de doação de órgãos foi 85,9%, maior do que no grupo que ainda não teve aulas acerca do assunto (77,8%). Daqueles que classificaram a informação transmitida como ótimo ou bom , 12,12 % (4) não pretendem doar órgãos. Já entre os que classificaram a informação como regular 9,5% (2) negaram a intenção de doação. Entre aqueles que classificaram como ruim/ péssimo (1) a taxa de rejeição foi 33,3%. Conclusões: Através dos dados vê-se que a qualidade da informação transmitida impactou positivamente na intenção dos estudantes, sendo maior entre aqueles que consideraram as informações ótimo/bom/regular. Além disso, os dados revelam que os estudantes, principalmente aqueles que já passaram por aulas, tem interesse em se tornar doadores de órgãos. Tal conclusão remete para a necessidade de intervenções na grade curricular visando uma maior abordagem do tema na formação, visto o impacto destas no processo de decisão. Os estudantes seriam muito além de potenciais doadores, passando a figurar como influenciadores de opinião ao transmitir informações para seus pacientes. Bibliografia: NETO, J.A.C et al, Estudantes de Medicina da UFJF e doação de órgãos para transplante, HU Revista, Juiz de Fora, v. 38, n. 1 e 2, p. 83-90, jan./jun. 2012.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2906

TÍTULO DO TRABALHO: TREINAMENTO DE APENDICECTOMIA ABERTA COM MODELO INÉDITO DE BAIXO CUSTO-AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA ENSINO E APRENDIZAGEM.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANDRE CAVALCANTE BRASIL; PAULO VICTOR FERREIRA GOMES ARAÚJO; BEATRICE SOMBRA OLINDA; CARLOS MAGNO QUEIROZ DA CUNHA; RAISSA JAMACARU PINHEIRO RODRIGUES; MARIANA PONTES BAQUIT; FERNANDA MARTINS MAIA; RAFAELA VIEIRA CORREA. UNIVERSIDADE DE FORTALEZA, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: O modelo de aprendizagem cirúrgica vem passando por uma quebra de paradigma, habilidades antes treinadas na sala de cirurgia, passam a ser simuladas em laboratórios de competências cirúrgicas. Este trabalho objetiva avaliar o uso de modelo de bancada inédito e de baixo custo para treinamento de apendicectomia laparotômica.Método: Estudo de caráter prospectivo e quantitativo sobre a confecção de modelo sintético de baixo custo para treinamento de apendicectomia aberta. Para sua confecção, houve seleção de materiais de baixo custo (plástico, EVA, esponja, tecido malha, balão plástico) que mimetizassem características estruturais das camadas que devem ser incididas, incluindo os intestinos delgado e grosso, além do apêndice. Em um tronco de manequim plástico, fez-se um recorte quadrangular no quadrante inferior direito para alojar um bloco contendo todas as camadas representadas a serem ultrapassadas, elaborada com material simulando o trajeto anatômico real. O custo total de construção do modelo foi de 47 reais, com manutenção de 8 reais. Este trabalho foi aprovado no comitê de Ética em pesquisa da referida instituição. O modelo foi avaliado por cirurgiões e residentes de cirurgia geral para verificação de sua fidelidade à realidade por meio de questionário de percepção. Resultados: Participaram do estudo 4 residentes de cirurgia geral, 8 cirurgiões gerais e 1 cirurgião do aparelho digestivo que avaliaram o modelo. Todos os cirurgiões concordaram que o modelo possui boa correlação anatômica com paciente real, boa representatividade do procedimento e é de fácil reprodutibilidade. Desse modo, o modelo fornece uma boa relação com a anatomia teórica e prática, respeitando os planos cirúrgicos do campo operatório de uma apendicectomia aberta. Dentre as desvantagens, foram apontadas por 69,20% a impossibilidade de realizar o exame físico e 30,28% assinalaram a pouca semelhança entre a textura do material e os tecidos vivos.Conclusão: É importante ressaltar que a principal utilidade de um modelo é o aprendizado do passo a passo da técnica cirúrgica, antes de expor o estudante ao procedimento real no paciente. Nosso manequim mostrou-se eficaz para prática de simulação, com boa correlação com as estruturas anatômicas e discretas desvantagens assinaladas. Desse modo, o modelo aqui apresentado é uma opção para o treinamento de apendicectomia por via laparotômica em escolas e residências médicas, devido a sua reprodutibilidade, custo e utilidade.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2265

TÍTULO DO TRABALHO: TREINAMENTO DE PROCEDIMENTOS HEPATOBILIARES EM MODELO PORCINO DE BAIXO CUSTO PARA ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO MÉDICA.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RAPHAEL RAPHE; ANTONIO CARLOS ROMA JUNIOR; BRUNO PERON COELHO DA ROCHA; CARLOS DARIO DA SILVA COSTA; PAULO EDUARDO ZERATI MONTEIRO; RICARDO FINATTO AMARAL; ROGÉRIO YUKIO MORIOKA; TOUFIC AMBAR NETO. FACERES, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Descrever os procedimentos realizados pelos estudantes de medicina, na Disciplina de Habilidades Cirúrgicas, em um modelo animal. Método: Um curso de habilidades cirúrgicas foi estruturado baseado nas competências técnicas e conhecimentos teóricos que um médico generalista necessita para sua formação. A Disciplina de Habilidades Cirúrgicas é dividida em duas etapas, sendo um semestre dedicado aos conceitos fundamentais e procedimentos cirúrgicos básicos e outro semestre para procedimentos cirúrgicos avançados. Neste último, os alunos praticam diversos procedimentos em órgãos porcino como fígado e vesícula biliar. Antes da aula os alunos, em pequenos grupos com um professor, discutem as indicações, contraindicações, materiais, técnicas e complicações de cada procedimento, além de assistirem vídeos dos mesmos. Para cada aluno utiliza-se na aula prática uma peça fresca e resfriada de fígado com a vesícula biliar extraída de animal porcino. Resultados: Os procedimentos realizados - colecistectomia, simulação de colangiografia intra-operatória, Manobra de Pringle, hepatorrafia, biópsia hepática e hepatectomia parcial - são factíveis e reprodutíveis. Os alunos usam os recursos técnicos aprendidos na etapa anterior como dissecção, suturas e nós cirúrgicos. Existe considerável relação com a anatomia humana. O modelo é de baixo custo quando comparado com modelos sintéticos e de baixa fidelidade. O valor unitário de cada peça é de 11 reais. Os modelos vivos de animais apresentam alto custo e estão sendo cada vez menos utilizados em função das leis em vigor, que são contrárias à utilização de animais para experimentação. A educação médica tem sofrido constantes mudanças na forma de como ensinar e como avaliar. Um modelo prático fornece aos alunos segurança, conhecimento e domínio das técnicas, além de possibilitar uma avaliação prática do aluno em detrimento à cobrança apenas de conteúdo teórico. A realização de tais procedimentos procura preparar melhor os estudantes para o internato a fim de já demonstrarem conhecimento quando o sujeito for um ser humano. Conclusões: O modelo apresentado é barato, reprodutível, de fácil aceitação pelos estudantes e dentro dos padrões das novas Diretrizes Curriculares Nacionais do ensino médico. Novas ferramentas quantitativas devem ser realizadas para avaliar a satisfação e desempenho dos estudantes após terem cursado a disciplina e durante o internato.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 753

TÍTULO DO TRABALHO: TREINAMENTO EM CIRURGIA MICROVASCULAR NAS ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GABRIELA HORBE WACHHOLZ1; GIULLIA GARIBALDI BERTONCELLO1; LYDIA MASAKO FERREIRA2; MARCOS RICARDO DE OLIVEIRA JAEGER1. 1. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO E ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVODemonstrar um modelo experimental de até quatro horas semanais de estudo independente que permite o retreinamento nas suturas microvasculares.MÉTODORoedores Wistar entre 200 e 500 gramas, excedentes de experimentos de pesquisa. Vasos femorais são abordados de um ou dos dois lados através de uma incisão inguinal oblíqua ao longo do ligamento inguinal. Artéria e veia femoral são isoladas e medidas,sendo clampeadas e seccionadas. O indivíduo realiza em seqüência de complexidade anastomoses microvasculares arteriais e venosas terminoterminais, terminolaterais e enxertos venosos e arteriais nos vasos. A permeabilidade é avaliada pelo teste de patência vascular após a confecção das anatomoses microvasculares.RESULTADOSNos primeiros espécimes, somente são realizadas anastomoses vasculares terminoterminais arteriais e venosas. O diâmetro médio dos vasos femorais varia de 0,8 a 2 mm entre os roedores (artéria, média de 0,6 a 1,4mm, veia entre 0,8 e 2mm). A superficialidade dos vasos permite uma dissecção mais rápida, podendo também ser realizada na outra região inguinal.CONCLUSÃOO modelo de retreinamento individual permite o aprendizado de sutura microvascular nos indivíduos do staff permanente.REFERÊNCIASFerreira, L. M., Weinstock M., Jaeger, M. Sutura nervosa Em: Técnica ilustrada em Microcirurgia.1 ed. : Dilivros, RJ, 2015, p. 11-12.2. FERNANDEZ DIAZ, Juan et al . Sutura mecánica microvascular en cirugía reconstructiva de cabeza y cuello. Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac, Barcelona , v. 34, n. 4, p. 145-150, dic. 2012 . Malik MM, Hachach-Haram N, Tahir M, Al-Musabi M, Masud D, Mohanna PN. Acquisition of basic microsurgery skills using home-based simulation training: A randomised control study. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2017 Jan 9 Lee N, Daley RA, Cooley BC. Rat posterior facial vein interpositional graft: a more relevant training model. Microsurgery. 2014 Nov;34(8):653-6.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1500

TÍTULO DO TRABALHO: TREINAMENTO EM SUTURA: SINTÉTICO X ANIMAL - RENDIMENTO E PERCEPÇÃO DE ESTUDANTES DE MEDICINA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CAIO AUGUSTO DE CARVALHO LEMOS; MATHEUS FACÓ JESUÍNO SIMÕES; CARLOS MAGNO QUEIROZ DA CUNHA; CECÍLIA LIMEIRA LIMA LEITE; IANE CELY VASCONCELOS TELES LIMA; MARINA DE PAULO SOUSA FONTENELE NUNES; DANIEL DIAS DE HOLANDA FREITAS; FRANCISCO JULIMAR C. DE MENEZES. UNIVERSIDADE DE FORTALEZA, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVO: O ensino de técnicas cirúrgicas requer aulas teóricas e treinamentos práticos para a sedimentação do conhecimento e aperfeiçoamento da técnica. Este trabalho tem como finalidade avaliar o rendimento e a percepção dos estudantes de medicina em relação ao material usado para ensino de suturas.MÉTODO: Durante dois dias de curso teórico-prático de suturas, 30 alunos assistiram aula teórica e presenciaram uma demonstração desses procedimentos. A turma foi dividida em 3 grupos e supervisionados por 2 monitores em cada grupo, realizaram práticas de sutura em 3 tipos de modelos diferentes, 1 - Língua de boi; 2 - Sintético comercial; 3 - Sintético de baixo custo (E.V.A. com esponja de estofado). Após o treinamento, os alunos responderam um questionário de percepção sobre os modelos utilizados.RESULTADOS: Ao final do treinamento, os alunos, com média de 20,46 anos, dos quais 52% se encontravam no 1° semestre do curso de Medicina, atingiram os objetivos do curso, realizando sutura simples, contínua, em ?x? e Donatti. A partir de um questionário, percebeu-se o material preferido dos alunos, qual tipo proporciona melhor aprendizado, e a necessidade da presença do material biológico durante o aprendizado. Com base nesse questionário, foi visto que 65% dos alunos tiveram preferência pelo material biológico como ferramenta de aprendizagem, tendo, ainda, 85% dos alunos considerando esse o material mais semelhante ao real. A aplicabilidade dos conhecimentos parece ter sido bastante proveitosa, visto que 95% dos alunos conseguiram realizar todos os tipos de pontos apresentados na aula teórica. Além disso, interrogamos sobre a prática de biópsia, onde 95% foram capazes de realizá-la de forma adequada, complementando a pesquisa com a afirmação de 90% dos alunos concordando completamente com a relevância dessa prática.CONCLUSÕES: Concluímos que as aulas práticas e teóricas foram de grande importância para que os alunos pudessem realizar adequadamente os procedimentos de sutura e de biópsia, os quais são essenciais para a formação médica. Ademais, comparamos as preferências dos alunos por cada material na realização da prática de sutura e de biópsia, tendo sido o material biológico (língua de boi) o preferido pelos alunos, por ser mais fidedigno com o tecido humano. Então, percebe-se a necessidade de aperfeiçoar os tecidos sintéticos disponíveis e de buscar opções de maior acessibilidade aos modelos biológicos, visando a formação de profissionais mais capacitados.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2777

TÍTULO DO TRABALHO: UM PERFIL DO ENSINO DA ANATOMIA CIRÚRGICA NAS ESCOLAS MÉDICAS DA REGIÃO CENTRO-OESTE DO BRASIL

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JORDANA DE PAULA SOARES; SAULO BARROS TEIXEIRA; FRANCISCO WILLAMY PEDROSA ALVES FILHO; ELADIO PESSOA DE ANDRADE FILHO; DANIEL HARDY MELO. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, SOBRAL - CE - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: O ensino da Anatomia Cirúrgica no Brasil é tema pouco explorado academicamente e carece de estudos. Observa-se a quase inexistência de uma visão mais aprofundada na área, devido à recente proliferação de escolas médicas, ao pouco intercâmbio de informações entre as instituições como um todo, à extensa dimensão territorial do país, além do fato de que muitos dos dados disponíveis nem sempre estão atualizados. Este estudo visa identificar as condições do ensino da Anatomia Cirúrgica nas escolas médicas da Região Centro-Oeste e comparar os resultados através de diferentes critérios. Método: Assim, foi criado um questionário na plataforma Google Docs© com 10 questões referentes a diversos aspectos do ensino prático da Anatomia. As instituições de ensino superior foram contactadas através de e-mails enviados para diretorias, coordenações, departamentos de anatomia e, quando disponibilizados, diretamente aos professores de anatomia, entre os dias 01 de março de 2014 e 30 de abril de 2014. Resultados: Os resultados foram reunidos em planilhas virtuais separadas por unidades federativas e depois agrupadas, fornecendo as estatísticas sistematizadas. Dessa forma, analisaram-se tais dados e se verificou uma majoritária utilização tanto de peças sintéticas como de cadáveres (85.7% das IES), sendo o formol e a glicerina os métodos mais utilizados para conservação dos cadáveres (57.1% x 42.9%). Também foi evidenciado que a maioria das IES não realizam atividades de dissecção (85.7% x 14.3%). Por fim, grande parte alegou que os cadáveres encontram-se em bom estado de conservação (71.4%). Conclusões: Portanto, o ensino da Anatomia Cirúrgica necessita de mais estudos, ratificando a importância de conhecer-se a infraestrutura e a dinâmica das aulas práticas de Anatomia da região. Bibliografia: TALAMONI, Ana Carolina Biscalquini; BERTOLLI FILHO, Claudio. A anatomia e o ensino de anatomia no Brasil: a escola boveriana. Hist. cienc. saude-Manguinhos, Rio de Janeiro , v. 21, n. 4, p. 1301-1322, Dez. 2014; Johnson EO, Charchanti AV, Troupis TG. Modernization of an anatomy class: from conceptualization to implementation: a case for integrated multimodal ? multidisciplinary teaching. Anat Sci Educ 2012 Mai;1-13.; CALAZANS, Natália Contreiras. O Ensino e o Aprendizado Práticos Da Anatomia Humana: Uma Revisão De Literatura. 2013. 59 f. Tese (Monografia) - Curso de Medicina, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2783

TÍTULO DO TRABALHO: UM PERFIL DO ENSINO DA ANATOMIA CIRÚRGICA NAS ESCOLAS MÉDICAS DA REGIÃO NORDESTE DO BRASIL

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: SAULO BARROS TEIXEIRA; JORDANA DE PAULA SOARES; FRANCISCO WILLAMY PEDROSA ALVES FILHO; ELADIO PESSOA DE ANDRADE FILHO; DANIEL HARDY MELO. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, SOBRAL - CE - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: O ensino da Anatomia Cirúrgica no Brasil é tema pouco explorado academicamente, observando-se a quase inexistência de uma visão mais aprofundada na área. Isso ocorre devido à recente proliferação de escolas médicas, ao pouco intercâmbio de informações entre as instituições como um todo, à extensa dimensão territorial do país, além do fato de que muitos dos dados disponíveis nem sempre estão atualizados. Este estudo visa identificar as condições do ensino da Anatomia Cirúrgica nas 62 escolas médicas da região Nordeste e comparar os resultados através de diferentes critérios. Método: Assim, foi criado um questionário na plataforma Google Docs© com 10 questões referentes a diversos aspectos do ensino prático da Anatomia. As instituições de ensino superior foram contactadas através de e-mails enviados para diretorias, coordenações, departamentos de anatomia e, quando disponibilizados, diretamente aos professores de anatomia, entre os dias 01 de março de 2014 e 30 de abril de 2014. Resultados: Os resultados foram reunidos em planilhas virtuais separadas por unidades federativas e depois agrupadas, fornecendo as estatísticas sistematizadas. Dessa forma, analisou-se tais dados e verificou-se que 76,9% das escolas médicas que responderam o questionário utilizam tanto peças sintéticas como cadáveres, sendo o formol o método de conservação predominante destas, sendo utilizado em 61,5% dessas faculdades. Também foi evidenciado que 69,2% das IES pesquisadas não realizam atividades de dissecção e que 53,9% alegaram que o estado de conservação dos cadáveres se encontra entre bom e regular. Conclusões: Portanto, o ensino da Anatomia Cirúrgica necessita de mais estudos, ratificando a importância de conhecer-se a infraestrutura e a dinâmica das aulas práticas dessa disciplina na região Nordeste. Bibliografia: TALAMONI, Ana Carolina Biscalquini; BERTOLLI FILHO, Claudio. A anatomia e o ensino de anatomia no Brasil: a escola boveriana. Hist. cienc. saude-Manguinhos, Rio de Janeiro , v. 21, n. 4, p. 1301-1322, Dez. 2014; Johnson EO, Charchanti AV, Troupis TG. Modernization of an anatomy class: from conceptualization to implementation: a case for integrated multimodal ? multidisciplinary teaching. Anat Sci Educ 2012 Mai;1-13.; CALAZANS, Natália Contreiras. O Ensino e o Aprendizado Práticos Da Anatomia Humana: Uma Revisão De Literatura. 2013. 59 f. Tese (Monografia) - Curso de Medicina, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2781

TÍTULO DO TRABALHO: UM PERFIL DO ENSINO DA ANATOMIA CIRÚRGICA NAS ESCOLAS MÉDICAS DA REGIÃO NORTE DO BRASIL

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: SAULO BARROS TEIXEIRA; JORDANA DE PAULA SOARES; FRANCISCO WILLAMY PEDROSA ALVES FILHO; ELADIO PESSOA DE ANDRADE FILHO; DANIEL HARDY MELO. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, SOBRAL - CE - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: O ensino da Anatomia Cirúrgica no Brasil é tema pouco explorado academicamente e carece de estudos. Observa-se a quase inexistência de uma visão mais aprofundada na área, devido à recente proliferação de escolas médicas, ao pouco intercâmbio de informações entre as instituições como um todo, à extensa dimensão territorial do país, além do fato de que muitos dos dados disponíveis nem sempre estão atualizados. Este estudo visa identificar as condições do ensino da Anatomia Cirúrgica nas escolas médicas da Região Norte e comparar os resultados através de diferentes critérios. Método: Assim, foi criado um questionário na plataforma Google Docs© com 10 questões referentes a diversos aspectos do ensino prático da Anatomia. As instituições de ensino superior foram contactadas através de e-mails enviados para diretorias, coordenações, departamentos de anatomia e, quando disponibilizados, diretamente aos professores de anatomia, entre os dias 01 de março de 2014 e 30 de abril de 2014. Resultados: Os resultados foram reunidos em planilhas virtuais separadas por unidades federativas e depois agrupadas, fornecendo as estatísticas sistematizadas. Dessa forma, analisaram-se tais dados e se verificou que 100% das IES que colaboraram utilizam tanto peças sintéticas como cadáveres em seus laboratórios, sendo estes últimos conservados em formol ou em associação com outros métodos. Também foi evidenciado que 70% não realizam atividades de dissecção com alunos, que em 50% o estado de conservação dos cadáveres é dito como bom e que em 40% é dito regular. Conclusões: Portanto, o ensino da Anatomia Cirúrgica necessita de mais estudos, ratificando a importância de conhecer-se a infraestrutura e a dinâmica das aulas práticas de Anatomia da região. Bibliografia: TALAMONI, Ana Carolina Biscalquini; BERTOLLI FILHO, Claudio. A anatomia e o ensino de anatomia no Brasil: a escola boveriana. Hist. cienc. saude-Manguinhos, Rio de Janeiro , v. 21, n. 4, p. 1301-1322, Dez. 2014; Johnson EO, Charchanti AV, Troupis TG. Modernization of an anatomy class: from conceptualization to implementation: a case for integrated multimodal ? multidisciplinary teaching. Anat Sci Educ 2012 Mai;1-13.; CALAZANS, Natália Contreiras. O Ensino e o Aprendizado Práticos Da Anatomia Humana: Uma Revisão De Literatura. 2013. 59 f. Tese (Monografia) - Curso de Medicina, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1678

TÍTULO DO TRABALHO: UMA REVISÃO DE LITERATURA SOBRE O PAPEL DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA REDUÇÃO DA MORTALIDADE E MELHORIA DA QUALIDADE DE ASSISTÊNCIA A PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DÉBORA LOPES GONÇALVES1; MARCIA DE FREITAS GODINHO2; JEANE ALMEIDA PRATES1; LETÍCIA ESTEFÂNIA DA COSTA1; FLAVIA MANTOVANI COLI1; BEATRIZ MONTEIRO PEREIRA1. 1. UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSARIO VELLANO, ALFENAS - MG - BRASIL; 2. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALZIRA VELANO, ALFENAS - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O papel da equipe multiprofissional no cuidado prestado a pacientes internados em UTI é de fundamental importância para a melhoria da qualidade de vida destes e para a diminuição da mortalidade. Objetivo: Identificar, na literatura atual, os aspectos preponderantes acerca do papel da equipe multiprofissional na qualidade de assistência a pacientes internados em UTIs. Materiais e métodos:Trata-se de um estudo de revisão de literatura não sistemática, de abordagem qualitativa, em que se buscou analisar estudos disponibilizados nas bases de dados MEDLINE, PubMed, LILACS, SCIELO e BIREME. Foram selecionados, ao acaso, 11 artigos, pesquisados com os descritores: equipe multiprofissional UTI, equipe multiprofissional, equipe UTI. Discussão: As UTIs são locais que demandam um grande arsenal tecnológico e estrutural, e é um ambiente hostil e estressante, já que abriga pacientes com enfermidades de alto grau de complexidade e possuem risco de vida. De acordo com a Society of Critical Care Medicine (SCCM), o método eficaz para promover suporte aos pacientes em estado grave é através de uma equipe multiprofissional, pois esta atua de forma ativa a fim de oferecer assistência integral ao paciente. Este suporte enquadra-se na Política Nacional de Humanização (PNH), a qual preconiza garantir assistência voltada para o paciente em sua integralidade e a promoção de conforto, que objetiva principalmente proporcionar uma assistência ampliada e diminuir os impactos físicos e psicológicos gerados nesses ambientes permitindo o aumento da sobrevida desses pacientes. Conclusão: Conclui-se, portanto, que a implementação de uma equipe multiprofissional pode otimizar o rendimento das UTIs contribuindo para a melhoria do desempenho nesses ambientes e permitindo assim, uma melhor qualidade na assistência e redução da mortalidade nos pacientes criticamente doentes. Referências Bibliográficas: Adolpho, C.M, A percepção do usuário sobre a abordagem de uma equipe de residentes multiprofissionais. Saúde debate. vol. 39 n.107.Rio de Janeiro.Outubro/deszembro. 2015; Evangelista, V.C. Percepção da equipe multiprofissional sobre cuidado humanizado nas unidades de terapia intensiva de um hospital escola. Universidade Estadual Paulista, Botucatu. São Paulo. 2013; Fideles, G.M.A et al. Recomendações farmacêuticas em unidade de terapia intensiva s de atividades clínicas, Revista brasileira de terapia intensiva. vol. 27. n.2 São Paulo. Junho. 2015.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1871

TÍTULO DO TRABALHO: USO DE ANESTÉSICOS LOCAIS EM FERIDAS CIRÚRGICAS: ESTUDO EXPERIMENTAL EM RATOS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MAIDA SILVA CALÇADO; DANIELA COSTA ANASTÁCIO; PAULO SÉRGIO DE SOUZA RODRIGUES FILHO; GABRIEL FERNANDES DIAS; LUCIANO ALVES MATIAS DA SILVEIRA; FLORA MARGARIDA BARRA BISINOTTO; RENATA MARGARIDA ETCHEBEHERE. UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO, UBERABA - MG - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVOS: A infiltração da ferida cirúrgica com anestésicos locais (AL) é um importante método analgésico e útil em pacientes com contraindicação a bloqueios neuroaxiais. Este estudo teve como objetivo avaliar as alterações histopatológicas decorrentes da infiltração de AL em feridas cirúrgicas. MÉTODOS: Quarenta ratos foram submetidos a duas incisões na região dorsal. Uma delas utilizada como controle e a outra para a injeção de AL (Levobupivacaína 0,25% n=10, Bupivacaína 0,25% n=10, Ropivacaína 0,33% n=10) e SF 0,9% n=10. Os animais foram sacrificados após sete dias e amostras teciduais coletadas para realização de estudo histopatológico. Foi avaliada a área de infiltrado inflamatório e a formação de tecido conjuntivo em torno da cicatriz cirúrgica. Foi considerado significante p

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2579

TÍTULO DO TRABALHO: USO DE CADÁVER PARA SIMULAÇÃO DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS EM CIRURGIA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANA CLARA OLIVEIRA DA SILVA1; ANA CAROLINA OLIVEIRA DA SILVA2; FRANCISCA ISABELA SAMPAIO MIRANDA2; GIVÂNIA LEITE SANTOS2; CAMILA DE ANDRADE MONTENEGRO FERNANDES2; IURI DE BRITO NÓBREGA SILVA2. 1. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVO: A simulação na prática médica é imprescindível no aprendizado dos acadêmicos, haja vista que proporciona segurança, capacitando para a vida profissional. O trabalho teve por objetivo analisar a viabilidade do uso de cadáveres para habilitar os estudantes de Medicina a realizarem alguns procedimentos médicos invasivos, abordando também, por consequência, estudos anatômicos. Nesse sentido, a pesquisa busca apresentar a utilização de técnicas de ensino para melhorar a competência dos estudantes, proporcionando, assim, segurança aos pacientes. MÉTODOS: Revisão bibliográfica sistemática dos últimos cinco anos das bases de dados Google Acadêmico, Sciello, Medline e PubMed, através dos descritores ?uso de cadáver?, ?cadáver na simulação de pequenos procedimentos? e ?cirurgia com cadáver?. RESULTADOS: O estudo de seis artigos científicos comprovou que é interessante e eficaz a utilização de cadáveres na simulação de pequenos atos cirúrgicos para os estudantes do Curso de Medicina, pois além de ser possível observar as estruturas anatômicas do local, permite a familiarização com os materiais e as técnicas operatórias necessárias para uma cirurgia eficaz, simulando aproximadamente o procedimento in vivo. Devido ao enrijecimento cadavérico e sua fixação pelo formaldeído podem ser utilizados meios para facilitar o procedimento como o uso de vaselina na técnica de intubação, ou outra substância oleosa equivalente. Assim, vários procedimentos podem ser realizados como, por exemplo, traqueostomia, cricotireoidostomia cirúrgica, acesso periférico, acesso venoso central e intubação, técnicas extremamente importantes na vida prática dos médicos generalistas.Os procedimentos realizados preparam o futuro profissional tanto na parte emocional quanto na humanização, pois deixam os estudantes mais capacitados e seguros na realização de pequenos procedimentos a posteriori. CONCLUSÕES: O uso de cadáver nas instituições de ensino de graduação e pós-graduação aperfeiçoa o estudante para realizar pequenos procedimentos cirúrgicos e cada vez mais aprimorar suas técnicas. Dessa forma, conclui-se que os estudantes devem respeitar adequadamente à dignidade do cadáver nos estudos anatômicos e procedimentos médicos.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2518

TÍTULO DO TRABALHO: Uso irracional de exames complementares na clínica cirúrgica

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GUILHERME RUAN FERNANDES FERREIRA1; JULIANA RODRIGUES ROLIM2; WELSON LEAL DUARTE FILHO1; RENÊE DOMINIK CARVALHO PEREIRA OSÓRIO2; RAQUEL UCHOA DOS ANJOS DE ALMEIDA1; FABIANE GOMES PEREIRA2; RÍZIA FERREIRA IVO CAVALCANTE2; THALES VICTOR FERNANDES FERREIRA1. 1. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. FACULDADE SANTA MARIA, CAJAZEIRAS - PB - BRASIL.

RESUMO:
USO IRRACIONAL DE EXAMES COMPLEMENTARES NA CLÍNICA CIRÚRGICA Introdução: A avaliação pré-cirúrgica é de suma importância para obtenção de um peri e pós-operatório de qualidade. Diante da indicação cirúrgica faz-se necessário realizar uma anamnese e um exame físico de qualidade, e se houver necessidade solicitar exames laboratoriais. Porém, a solicitação de exames complementares no pré-operatório é motivo de questionamento, especialmente em pacientes assintomáticos, hígidos e sem comorbidades. Objetivos: O presente estudo tem como objetivo analisar as consequências do uso irracional de exames complementares no pré-operatório. Metodologia: Realizou-se uma revisão bibliográfica sistemática do tipo exploratória em base de dados on-line indexados no Scielo e Pubmed, no período de novembro de 2013 a outubro de 2016, visando selecionar artigos que atendessem aos nossos objetivos. Resultados: Na prática profissional, a anamnese e o exame físico são elementos responsáveis por fornecer importantes informações ao médico para que este possa fazer um planejamento cirúrgico adequado. A indicação de exames pré-operatórios deve ser individualizada conforme as doenças e comorbidades apresentadas pelos pacientes, tipo e porte da cirurgia proposta. É importante considerar a relação risco-benefício da solicitação de exames laboratoriais, já que a realização da cirurgia pode ser retardada enquanto se aguarda os resultados dos exames, por exemplo. Além disso, exames desnecessários podem induzir o médico a valorizar anormalidades laboratoriais limítrofes ou falso-positivas, bem como sujeitar o paciente a riscos desnecessários podendo causar reações alérgicas ao meio de contraste e exposição à radiação ionizante. Portanto, para procedimentos de baixo risco em pacientes de baixo risco clínico, a operação poderia ser realizada sem exames pré-operatórios. Conclusão: Diante da revisão da literatura percebeu-se que não basta apenas o conhecimento da performance dos exames, é fundamental análise da clínica e epidemiologia das evidências dos sinais e sintomas e queixas do paciente, sendo uma anamnese e exame clínico bem feitos as principais ferramentas de diagnóstico e prognóstico, diminuindo assim a solicitação de exames complementares desnecessários para o paciente.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1223

TÍTULO DO TRABALHO: Uso precoce de lasers de CO2 superpulsado e gel de silicone em cicatrizes cirúrgicas: estudo prospectivo

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MATHEUS SEWASTJANOW SILVA; KELLY RENATA SABINO; LUIZ RONALDO ALBERTI; ANDY PETROIANU. UFMG, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Algumas publicações têm mostrado bons resultados estéticos para cicatrizes através da aplicação precoce de lasers CO2 fracionados em cicatrizes cirúrgicas eletivas. O objetivo deste estudo clínico duplo-cego randomizado foi comparar a qualidade estética da cicatriz de um grupo de pacientes submetidos a aplicações de laser de CO2 fracionado superpulsado em contraste com o outro grupo que usou apenas o gel de silicone na cicatriz após cirurgia plástica.Método: Um estudo prospectivo foi realizado por meio da análise de 42 pacientes com cicatrizes recentes de até três semanas em pacientes com fototipo de pele Fitzpatrick I a IV. As cicatrizes foram avaliadas esteticamente no segundo e sexto meses pela aplicação da escala de Vancouver.Resultados: Aos dois meses de tratamento, os dados estatísticos mostraram uma discreta superioridade no tratamento do grupo ?LASER?, em comparação com o grupo ?SILICONE?, tanto na porcentagem como na significância quanto à flexibilidade (p = 0,05) e pigmentação (p = 0,01). O grupo ?LASER? apresentou melhores resultados no sexto mês (p = 0,03).Conclusões: O uso precoce do laser fracionado de CO2 contribuiu para melhorar a qualidade estética das cicatrizes de cirurgias eletivas no segundo e no sexto mês.Bibliografia:Lee SH, Zheng Z, Roh MR. Early Postoperative Treatment of Surgical Scars Using a Fractional Carbon Dioxide Laser: A Split-Scar, Evaluator-Blinded Study. Dermatol Surg 2013;39:1190-1196.VICARI, . F. ; .Vicari R ; ANDY PETROIANU ; ALBERTI, LUIZ R. . Early use of superpulse CO2 Lasers and silicone gel on surgical scars. Lasers in Surgery and Medicine, 2017.Fiório FB, Albertini R, Leal-Junior ECP, Carvalho PTC. Effect of low-level laser therapy on types I and III collagen and inflammatory cells in rats with induced third-degree Burns. Lasers Med Sci, 2014 Jan, 29(1):313-9

CODIGO DO TRABALHO: 871

TÍTULO DO TRABALHO: UTILIZAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO NO TRATAMENTO DO TÓRAX INSTÁVEL: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ROLANDO GUTIERREZ ROSALES1; BENITO ROLANDO GUTIERREZ ROSALES2; JOSÉ ROBERTO LÓPEZ RIVERO1. 1. ITPAC ARAGUAINA, ARAGUAINA - TO - BRASIL; 2. HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAINA, ARAGUAINA - TO - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O trauma torácico é uma situação frequente. As fraturas costais são as lesões mais comuns e assumem fundamental importância, pois a dor causada por elas leva a restrição respiratória e acúmulo de secreção. O tórax instável ocorre quando há descontinuidade do esqueleto torácico devido a fraturas de duas ou mais costelas consecutivas em dois ou mais pontos diferentes. É observado em aproximadamente 10% dos casos de trauma grave de tórax, com mortalidade de 10-15%. Entretanto, nos pacientes que sobrevivem ao trauma inicial, as principais causas de morte estão relacionadas princi-palmente à contusão pulmonar, pneumonia e sepse, associadas à intubação e ventilação mecânica prolongada, frequentemente necessá-rias, e próprias ao tratamento convencional atual. O seguinte relato apresenta uma abordagem por fixação externa do tórax para estes casos. Relato de Caso: Paciente de 23 anos com história de 12h evolução de trauma torácico por coice de boi no hemitórax anterior esquerdo com afundamento ao nível do 4º até o 6º espaço intercostal, apresentando dispneia, dor torácica, e respiração paradoxal no local do trauma, configurando tórax instável, comprovado por radiografia de tórax, que evidenciou fraturas duplas do 4º ao 6º arco intercostal. Levado ao Centro Cirúrgico, sob anestesia geral, foi realizada fixação externa utilizando fixador de membro superior (Fios de Kirschner com 6 conetores de barra de pino) colocado no subcutâneo, prendendo-se a musculatura - desde 3 º até a 7 º costela - fazendo com que o tórax se elevasse em bloco, estabilizando a fratura, desconfigurando a respiração paradoxal e diminuindo consideravelmente a dor. Com dito procedimento paciente sai extubado do centro cirúrgico e consegue expandir o tórax, evitando complicações como pneumonia atelectasia. Não precisou de UTI. Paciente evoluiu bem, recebendo alta hospitalar após 48h com acompanhamento ambulatorial do fixador. Conclusão: O tratamento convencional de tórax instável, consiste em intubação com ventilação mecânica com pressão positiva, necessitando-se de internação prolongada na UTI, analgesia e antibioticoterapia ampla podendo acarretar em complicações como traqueostomia por lesão de traqueia devido a intubação prolongada, pneumonia e sepse, associadas a ventilação. Mediante o procedimento de estabilização externa relatada, conseguiu-se reduzir a internação para apenas 48h além de diminuir as comorbidades e complicações derivadas da intubação prolongada.

CODIGO DO TRABALHO: 2545

TÍTULO DO TRABALHO: VISÃO DO ESTUDANTE DE MEDICINA SOBRE A UTILIZAÇÃO DE SUÍNOS PARA CIRURGIA EXPERIMENTAL E ENSINO DA TÉCNICA OPERATÓRIA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LUCAS GERMANO FIGUEIREDO VIEIRA1; ANA CAROLINA OLIVEIRA DA SILVA1; ANA CLARA OLIVEIRA DA SILVA2; KAROLINE RODRIGUES COSTA ARAÚJO1; WALDÊNIO ARAÚJO BARROS DOS SANTOS1; ARTHUR GONÇALVES DE LIMA FRANÇA1; GABRIELA DE LIMA FERREIRA LUCENA1. 1. FAMENE, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. FCM-PB, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A utilização de animais com fins didáticos é um tema gerador de discussões e, por vezes, conflitos entre estudantes, professores e instituições de ensino. A preocupação com o bem-estar animal permeia as leis que regulamentam a utilização de animais no ensino e na pesquisa científica, assim como a produção e a divulgação de métodos alternativos como ferramentas educacionais humanitárias (SILVA, 2016). A semelhança da anatomia e fisiologia suína com a humana permite que o modelo suíno possa ser usado para estudo médico e servindo para o desenvolvimento de novas técnicas cirúrgicas (BAROSA, 2014). Objetivo: Avaliar a visão dos estudantes de medicina de uma faculdade particular sobre o ensino da técnica operatória (TO) e a cirurgia experimental (CE) em suínos. Método: Trata-se de um estudo exploratório feito na Faculdade de Medicina Nova Esperança com 100 alunos do 5º ao 8º período de medicina escolhidos ao acaso. O instrumento de pesquisa foi um questionário objetivo, todos foram instruídos sobre a pesquisa e assinaram o TCLE. Resultados: Dos estudantes que responderam ao questionário, 36 eram do sexo masculino e 64 do sexo feminino. A média de idade foi de 23 anos. 93% foram a favor da utilização de suínos para a realização de CE. 60% acreditam que a CE em animais deveria ser obrigatória nas faculdades de medicina. 93% acreditam que a utilização de suínos para o estudo da TO é mais eficiente que a utilização de manequins. Em relação ao desenvolvimento acadêmico, 86% notaram melhora, 14% foram indiferentes e nenhum percebeu piora. Após ter participado da CE, 68% se sentiram mais confiantes em realizar procedimentos cirúrgicos. Os procedimentos mais aprimorados com a CE foram, 39% diérese, 39% hemostasia, 54%, síntese, 25% instrumentação e 22% paramentação. Conclusão: Diante dos resultados, podemos ver que a cirurgia experimental em suínos é bem aceita pelos estudantes e apresenta bons resultados na aprendizagem da técnica operatória, até mesmo para aqueles que não aprovam a utilização de suínos para CE. Apesar desse bom resultado, ainda há polêmica, na visão dos estudantes, quanto à CE ser obrigatória nas faculdades de medicina.

CODIGO DO TRABALHO: 2434

TÍTULO DO TRABALHO: ABCESSO HEPÁTICO CAUSADO POR CORPO ESTRANHO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PAULO CÉZAR COSTA DUARTE; RAQUEL MAGALHÃES PEREIRA; RUBEM ALVES DA SILVA NETO; NELCIA DE CASTRO TAVARES; MÁRIO GABRIEL LUBE BATTILANI; VICTOR DIAS DO AREAL SOUTO; VALÉRIA KARINE DE AZEVEDO FERREIRA. UFAM, MANAUS - AM - BRASIL.

RESUMO:
A migração de corpo estranho para o fígado através do trato gastrointestinal é uma causa rara abscesso hepático e pode ser a causa de um foco piogênico isolado na ausência de colangite ascendente, superinfecção de tecido necrótico ou quadros de infecção com disseminação hematológica. Descreve-se o caso de um homem de 68 anos que deu entrada em pronto socorro com quadro de dor e distensão abdominal, associado à vômitos e febre com calafrios, com evolução de duas semanas. Paciente sem comorbidades. O exame físico revelou abdome distendido e doloroso difusamente à palpação, sem sinais de irritação peritoneal. Apresentou melhora com tratamento clínico. Exames laboratoriais evidenciaram leucocitose e tomografia de abdome evidenciou imagem sugestiva de abscesso hepático, com presença de provável corpo estranho na mesma topografia. Foi submetido à laparotomia exploradora, na qual foi encontrada moderada quantidade de secreção purulenta na cavidade abdominal e abscesso hepático roto com corpo estranho em seu interior (compativel com espinha de peixe). Não havia evidências de fístula gástrica. O corpo estranho foi retirado, e foram realizadas drenagem do abscesso e lavagem exaustiva da cavidade, com fechamento primário da parede abdominal. Paciente evoluiu satisfatoriamente e sem intercorrências ou complicações no pós operatório. A ingestão acidental de corpo estranho muitas vezes ocorre de forma despercebida e pode gerar sintomas inespecíficos. Estes fatores, somados à raridade do trajeto de um corpo estranho até o fígado, tornam o diagnóstico destes casos uma tarefa difícil até que um exame de imagem levante a suspeita.

CODIGO DO TRABALHO: 2606

TÍTULO DO TRABALHO: ABCESSO HEPATICO PIOGÊNICO: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RONALDO RODRIGUES ZACARIAS1; HAMILTON LUIZ XAVIER FUNES2; FERNANDA RIBEIRO FUNES2; JONAS DIAS CAMPOS SEVERI2; FERNANDO BATIGALIA3; CARLOS HENRIQUE DOS REIS CONTE2; DANIEL AUGUSTO DE FERNANDES2; FABIANO DE ALMEIDA FERRARI2. 1. IELAR - HOSPITAL ESPIRITA NOSSO LAR, BIRIGUI - SP - BRASIL; 2. IELAR-HOSPITAL ESPIRITA NOSSO LAR, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL; 3. 2. FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO (FAMERP), SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Infecções localizadas no parênquima hepático apresentam predomínio da flora entérica (em até um terço dos casos) e ocasionar abscesso piogênico (AHP). Sua etiologia está associada principalmente à doença biliar (colecistite), e tende a complicar com sepse, formação de abcessos em outros órgãos e embolia pulmonar séptica. Quadro clínico mais comum associado ao AHP se compõe de febre e dores abdominais, e seu diagnóstico é realizado por meio de tomografia computadorizada de abdome (TCA) e análises laboratoriais da função hepática. O presente estudo tem por finalidade relatar caso de AHP. Paciente do sexo feminino de meia idade, com quadro de dor em hipocôndrio direito, vômitos e febre, sinal de Murphy positivo e elevação dos níveis séricos de gama-glutamilfransferase, fosfatase alcalina, relação A/G e PCR. Exames tomográfico e de ressonância magnética de abdome evidenciaram imagens hipodensas nos segmentos IV, V e VI hepáticos, com indicação de drenagem percutânea de AHP guiada por TCA. Coleta de secreção para cultura revelou Staphylococcus aureus MRSA e antibiograma sensível a clindamicina e imipenem, aos quais se associou metronidazol por três semanas, com evolução favorável. Drenagem de coleção purulenta combinada com antibioticoterapia sistêmica é a base para o tratamento de AHP. Idade avançada, estado geral comprometido e disfunção hepática são indicativos de mau prognóstico, e complicações estão presentes em 15% a 35% dos casos. Atualmente, métodos de punção guiados por TCA ou por ultrassonografia têm substituído ou complementado o procedimento cirúrgico.

CODIGO DO TRABALHO: 527

TÍTULO DO TRABALHO: Abdome agudo hemorrágico com ruptura de hematoma subcapsular hepático na síndrome Hellp

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCELINO QUAGLIA MORATO; LUCAS VIGORITO TRENTO; CAIO HENRIQUE GALVÂO URZELIN; DANIELA TIEMI SATO; CAROLINA DE CAMPOS SILVA; RODRIGO SADER HECK; CIRO CARNEIRO MEDEIROS; DECIO LUIZ SILVA MAZZINI. UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução Ruptura de hematoma subcapsular hepático (HSH) na gravidez é uma manifestação incomum e ocorre em 1:45.000 a 1:225.000 partos. Usualmente é devido a complicações da síndrome Hellp (hemólise, enzimas hepáticas elevadas e plaquetopenia) associado à pré-eclampsia. Apresenta-se como hemorragia intra-abdominal de grande volume e pode evoluir para choque hemorrágico. Na cirurgia de controle de danos, o principal objetivo é abordar as lesões potencialmente mais graves, assim, opta-se por uma ?abreviação? cirúrgica no intuito de prevenir a disfunção metabólica e a tríade letal (hipotermina, coagulopatia e acidose), com posterior reabordagem em melhores condições clínicas. Apresentamos o caso de uma gestante com ruptura de HSH na qual foi realizado cirurgia de controle de danos com sucesso e aproveitamos para reafirmar a importância do domínio dessa técnica.Relato de casoMulher, 31 anos, G3P1A1, IG 40 1/7, Obesa (IMC 39,9) apresentou-se no hospital com epigastralgia, mal estar, PA 200 x 120 mmhg e batimentos fetais presentes. Revelou acompanhamento pré-natal de baixo risco sem comorbidades associadas. Laboratoriais com plaquetas de 150.000, LDH de 1.398, TGO de 491 e TGP de 442 confirmaram síndrome Hellp parcial pelos critérios de Tennessee. Foi indicado cesária de urgência que constatou grande quantidade de sangue intracavitário. Após a realização da cesária, o inventário da cavidade revelou múltiplos focos de hematoma por toda extensão hepática com sinais de sangramento ativo no espaço subcapsular hepático e dissecção da cápsula de Glisson. Devido a impossibilidade de hemostasia e instabilidade hemodinâmica optou-se por controle de danos com 5 compressas na face hapática anterior e recuperação em UTI com programação de reabordagem em 72 horas. Ao retirar as compressas, o parênquima hepático mostrou-se friável e novo controle de danos foi necessário, dessa vez com 1 plástico estéril e 18 compressas, deixada em peritoniostomia à Ferraz. Na segunda reabordagem houve controle da hemorragia com subsequente fechamento definitivo da cavidade. Evoluiu com estabilidade hemodinâmica e teve alta da UTI.ConclusãoA ruptura do HSH durante a gestação está associada à elevada morbimortalidade materna e apesar de ser uma consequência rara da síndrome Hellp, quando ocorre, são necessários ações rápidas e eficazes. Uma opção é a cirurgia de controle de danos, que como demonstrado, é eficaz.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1566

TÍTULO DO TRABALHO: Abordagem Cirúrgica da Hipertensão Portal por Esquistossomose: um relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LAWRENCE PASCOAL JUNQUEIRA; MARCELA CAMPOLINA MUNIZ; ANDRÉ JIN FUJIOKA; GABRIEL PINTO LARA FALEIRO. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CIÊNCIAS MÉDICAS - FACULDADE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Define-se a hipertensão porta pela presença de um gradiente de pressão venosa hepática superior a 5mmHg. A forma hepatoesplênica da esquistossomose é caracterizada por hipertensão portal pré-sinusoidal, com fibrose hepática periportal, esplenomegalia e formação de circulação colateral. O desenvolvimento de varizes esofágicas e/ou gástricas leva ao risco de sangramento digestivo por ruptura desses vasos.Objetivo: Apresentar um caso de hipertensão portal por esquistossomose e sua abordagem cirúrgica e analisar as manifestações clínicas.Método: Paciente V.M.S, sexo masculino, 65 anos, proveniente de Oratórios-MG, deu entrada no ambulatório de cirurgia geral do HUCM apresentando história de 4 episódios prévios de hematêmese no último ano e exame de EPF concluindo esquistossomose, sendo tratado previamente com Praziquantel. Paciente negava etilismo. Ao exame físico apresentava-se emagrecido, hipocorado, ictérico, com fígado palpável a 2 cm do RCD e baço III de Boyd. Durante admissão em enfermaria, paciente apresentou hemorragia digestiva alta de grande volume, sendo realizada estabilização hemodinâmica em CTI com realização de EDA de urgência, que encontrou sangramento ativo e varizes esofágicas de grosso calibre, na qual, realizou-se ligadura elástica. Após estabilização do quadro, foi realizada cirurgia de desconexão ázigo-portal com esplenectomia (DAPE). Paciente manteve-se bem, recebeu alta no 6º. DPO comnormalização dos índices hematimétricos e feito seguimento com EDA posteriormente.Conclusão: A DAPE é a cirurgia mais realizada para profilaxia de sangramento por varizes esofágicas de origem esquitossomótica. Mostrou-se em estudos diminuição da recorrência de sangramento em até 75,3% quando realizado seguimento endoscópico no pós-operatório, além da normalização da anemia, leucopenia, trombocitopenia, hiperbilirrubinemia, correção do hiperesplenismo, demonstrou baixa morbimotalidade e sem cursar com encefalopatia hepática. A Dape pode ser considerada como a primeira escolha para o tratamento cirúrgico da hipertensão portal em pacientes esquistossomóticos, devido suas baixas complicações e a baixa recorrência de sangramento quando realizado seguimento endoscópico.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2139

TÍTULO DO TRABALHO: ABORDAGEM CLÍNICO-INTERVENCIONISTA DA DOENÇA DE CAROLI DIFUSA: UM RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANA BEATRIZ PAGLIUSO MARQUES; FRANCIELLI PATRY MONTEGUTTI CORTI; RAPHAEL RAPHE. FACERES, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A doença de Caroli é uma condição congênita rara caracterizada por dilatação não-obstrutiva sacular ou fusiforme das vias biliares intra-hepáticas. A terapia depende da localização das anomalias biliares. Relato de caso: IF, feminino, 37 anos, encaminhada para avaliação de ultrassom (US) abdominal com achado de dilatação de ductos biliares intra-hepáticos. Queixava-se de dor em hipocôndrio direito. Negava icterícia, colúria, acolia fecal e febre. Antecedentes, anemia falciforme, colecistectomia e ooforectomia por laparotomia há 20 anos. Negava tabagismo e etilismo. Exame físico, eutrófica, anictérica, abdome indolor a palpação, fígado há 3 cm do rebordo costal direito, bordas finas, amolecido e indolor. Laboratório: hepatites virais B e C negativas, hemograma inocente, TGO 23 U/L, FA 70 U/L, GGT 118 U/L e BT 0,49 mg/dL. Ressonância Magnética (RM): falhas de enchimento de ductos biliares intra e extra-hepáticos, variando 2 a 2,7 cm; terço médio do colédoco com cálculos e dilatação amontante. Aventada a hipótese de DC, foi introduzido ácido ursodesoxicólico; Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) evidenciou cálculo flutuante no ducto hepatocolédoco e dilatação de vias intra e extra-hepáticas, com papilotomia, retirada do cálculo e colocação de prótese. Nova RM de abdome observou falha de enchimento no interior das vias biliares intra-hepáticas direita e ducto colédoco, com dilatação amontante. Nova CPRE: coledocolitíase e retira de 2 cálculos do ducto hepatocolédoco, com 1 cm cada. Após 6 meses RM demonstrou falha de enchimento no interior dos ductos biliares intra-hepáticos direito e esquerdo e do ducto colédoco com aspectos de cálculos com dilatação amontante. Optou-se por nova CPRE: litíase no segmento intra-hepático direito e dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas. Em Fevereiro/17 apresentou quadro de febre, calafrios e dor em hipocôndrio direito, sem icterícia. US e tomografia demonstraram colangite e aerobilia, além dos achados anteriores. Tratada com antibióticos tendo resposta favorável. Conclusão: Na DC, as complicações são: formação de cálculos biliares intra-hepáticos, abscesso hepático, sepse, cirrose biliar secundária, além do risco de colangiocarcinoma. Neste, envolvendo ambos os lobos hepáticos em paciente oligossintomática, o tratamento conservador foi a melhor opção terapêutica no momento. Em casos selecionados, o transplante hepático é indicado.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2170

TÍTULO DO TRABALHO: ABSCESSO HEPÁTICO ? TRATAMENTO LAPAROSCÓPICO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FÁBIO KENNEDY ALMEIDA TRIGUEIRO1; ANTONIO MATEUS ANDRADE DE SOUSA2; AMANDA BELMONT MACÊDO BARROSO2; AMANDA COELHO XAVIER2; LETÍCIA AIRES BENJAMIN3; LORENNA DE SOUSA FONTENELE2; SUZANA BERNADO DE OLIVEIRA2; VICTOR DE FRANÇA OLIVEIRA2. 1. HOSPITAL CAMPINA GRANDE, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 3. HOSPITAL MUNICIPAL DE MANGABEIRA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO:Os abscessos hepáticos são lesões muito raras, constituem cerca de 0,03% em algumas séries. Descritos originalmente por John Bright em 1836 e em 1938 Ochsner e colaboradores descreveram fatores causais mais importantes como sendo apendicite e amebíase. Os abscessos hepáticos piogênicos são mais frequentes em pacientes diabéticos, cardiopatas isquêmicos, com imunodepressão e DPOC. Os fatores mais envolvidos na gênese são a colangite recorrente, litíase biliar e a diverticulite. A infecção bacteriana pode atingir o fígado a partir da via hematogênica, por extensão direta e pelo sistema porta. O quadro clínico é representado por dor abdominal no QSD, febre, vômitos, anorexia, perda de peso, icterícia, hepatomegalia. A hipoalbuminemia é um achado frequente. O tratamento fundamenta-se na drenagem associada a antibioticoterapia. A drenagem percutânea é método de eleição guiada por ultrassom ou tomografia. A drenagem laparoscópica é indicada como alternativa a drenagem cirúrgica por ser uma via minimamente invasiva, com vantagem de identificar o abscesso, também está indicada nos casos de não ser acessível a drenagem percutânea ou nas falhas desta, bem como, em pacientes com sepse muito grave. RELATO DE CASO: Revisão de aspectos importantes da etiopatogenia e formas de tratamento dando especial atenção a vídeo laparoscopia. Relatamos o caso de uma paciente de 59 anos, diabética que foi internada com quadro de febre recorrente, dor abdominal no andar superior, perda de peso, dispneia, caracterizando quadro de sepse, antecedente de colecistectomia e histerectomia por via convencional há 20 anos. Fez ultrassonografia e CT abdominal que constataram grande abscesso hepático multiloculado. Optamos por realizar a drenagem laparoscópica, haja visto, as condições clínicas e o aspecto do abscesso. Foram necessárias três intervenções laparoscópicas para conseguir o resultado satisfatório.CONCLUSÃO:A cirurgia laparoscópica é uma técnica minimamente invasiva, com pouca morbidade e mortalidade, apresenta-se como a melhor alternativa para os casos onde não seja possível acesso ou haja falha com a drenagem percutânea

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2679

TÍTULO DO TRABALHO: ABSCESSO HEPÁTICO PIOGÊNICO DE ORIGEM TRAUMÁTICA: UM RELATO DE CASO.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: YASMIN BIONE DINIZ; PATRÍCIA ALVES MANGUEIRA; BRUNA MARTINS NEIVA BRINGEL. INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS, ARAGUAÍNA - TO - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A coleção purulenta que se instala sobre o fígado recebe a denominação de abscesso hepático piogênico (AHP), e tem apresentado grande importância clínica como complicação de processos infecciosos, gerando índices de mortalidade próximos a 80% mesmo em pacientes jovens. O AHP constitui uma entidade pouco frequente, mas com grande potencial fatal. A dupla vascularização do fígado torna este órgão suscetível à formação de AHP. Objetiva-se relatar um caso de abscesso hepático piogênico ocorrido na cidade de Araguaína.RELATO DE CASO: A.S.R.S, 30 anos, sexo feminino, parda, procedente de Araguaína-TO, foi admitidana Unidade de Pronto Atendimento (UPA), após traumamotociclístico com colisão de hemicorpo direito, de onde obteve alta após avaliação de rotina. Em três dias evoluiu com quadro de mal-estar, febre persistente (39,7º C; 38,9º C), que melhorava com antipirético comum. Havia também, leve distensão abdominal, dor localizada hipocôndrio direito (HD), que piorava com a deambulação, e disúria. Retornou para a UPA, que a encaminhou para uma unidade hospitalar. Ao exame apresentava leve distensão abdominal e discreta hepatomegalia. Na admissão foi solicitado exames laboratoriais que evidenciaramanemia, leucocitose e plaquetose, iniciou-se antibiótioterapia, mas a paciente evolui com febre persistente de 38° C, diminuição da dor abdominal, mal-estar, hipocorada (2+/4+), abdome doloroso a palpação profunda do HD, sem sinais de irritação peritoneal. Foi encaminhada para realização de USG de abdome que constatou grande lesão heterogênea sólido-cística no lobo direito do fígado. Hipótese diagnóstica: Abscesso Hepático. Foi realizado tratamento cirúrgico, laparotomia exploradora com drenagem de abscesso hepático, e posterior seguimento ambulatorial com antibioticoterapia. Paciente evolui bem em pós-operatório e vai de alta hospitalar sem queixas ou intercorrências.CONCLUSÕES: O abscesso hepático é uma entidade clínica incomum, sendo que abscessos macroscópicos piogênicos não drenados são frequentemente fatais. Durante as últimas décadas, houve modificações no tratamento do abscesso hepático, que mudou de drenagem cirúrgica (com ou sem ressecção hepática) para drenagem percutânea por cateter, guiada por imagem (normalmente por ecografia ou TC) e associada a antibioticoterapia. O tratamento cirúrgico permitiu a modificação da taxa de mortalidade de aproximadamente 100% para 2,5 a 14%.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1206

TÍTULO DO TRABALHO: ABSCESSO HEPÁTICO POR CORPO ESTRANHO: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BERNARD COSTA FAVACHO1; FERNANDA VEIGA GONÇALVES2; GABRIELA TRINDADE GÓES2; FELIPE AUGUSTO HAGE SOARES2; HAMILTON CEZAR ROCHA GARCIA2; HÉLIO FERNANDO MACHADO SILVA2; ALEXANDRE ERNESTO POZZEBON MOURÃO2. 1. HOSPITAL OPHIR LOYOLA, BELEM - PA - BRASIL; 2. HOSPITAL OPHIR LOYOLA, BELÉM - PA - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O abscesso hepático piogênico é uma condição rara associada a elevado índice de gravidade e responsável por cerca de 1% das internações hospitalares. O abscesso hepático causado por corpo estranho é uma condição ainda mais rara e cujo desfecho é geralmente fatal devido as dificuldades em se estabelecer o diagnóstico precoce. RELATO DO CASO: Paciente masculino, 43 anos, pedreiro, residente em Augusto Corrêa - Pará iniciou dor abdominal em epigástrio e hipocôndrio direito (HCD), febre e náuseas, com evolução subaguda. Ultrassonografia (USG) de abdome demonstrou fígado discretamente aumentado de volume com ecotextura heterogênea às custas de coleções confluentes no lobo esquerdo, a maior de 8 cm, sugestiva de abscesso hepático, notando-se também imagem cística perivesicular medindo 1,5 cm e parede vesicular espessada com conteúdo anecóico homogêneo e sem dilatação de vias biliares. Iniciou antibioticoterapia, sem melhora. Paciente encaminhado, então, para internação hospitalar. Na admissão em regular estado geral, abdome tenso, distendido e doloroso em epigástrio e HCD, além de borda hepática palpável dolorosa e endurecida a 10 cm do rebordo costal direito, febre de 38° a 42°C, anorexia e palidez cutânea. Instituída estabilização clínica inicial, com discreta melhora do quadro. Tomografia computadorizada de abdome com contraste evidenciou múltiplas imagens hepáticas compatíveis com coleções, além de imagem linear sugerindo corpo estranho. Realizada tentativa de punção do abscesso hepático guiada por USG, porém sem êxito devido à profundidade da coleção. Paciente, então, submetido a laparotomia exploradora, sendo identificado fibrose peri-hepática, aderências e bloqueio de epíplon em topografia de piloro, abaulamento no segmento VII hepático com presença de corpo estranho; Realizada hepatotomia com drenagem de cerca de 200 ml de conteúdo purulento, além de drenagem de coleção perivesicular, associada a colecistectomia e retirada de corpo estranho (espinha de peixe de 6 cm). Paciente evoluiu sem intercorrências, com retirada de dreno intracavitário no 4º dia de pós-operatório e alta hospitalar após término da antibioticoterapia. CONCLUSÃO: O abscesso hepático piogênico causado por corpo estranho é uma patologia pouco freqüente e de difícil reconhecimento, uma vez que há uma variedade de sintomas inespecíficos, de possíveis etiologias e, principalmente, pelo desconhecimento dos pacientes da ingestão desses corpos estranhos.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2497

TÍTULO DO TRABALHO: Abscesso hepático: Relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: WELSON LEAL DUARTE FILHO1; JUAREZ DUARTE DE CARVALHO NETO2; EMANUEL DUARTE ANTAO3; JÉSSICA DUARTE ANTÃO4; BRUNA LOPES CACAU5; IVSON JOSÉ ALMEIDA MEDEIROS JÚNIOR1; LUCAS DA SILVEIRA TERTO3; THALES VICTOR FERNANDES FERREIRA6. 1. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. RESIDENTE, TERESINA - PI - BRASIL; 3. CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI, TERESINA - PI - BRASIL; 4. GRADUADA, TERESINA - PI - BRASIL; 5. INSTITUTO SUPERIOR DE TEOLOGIA APLICADA-INTA, SOBRAL - CE - BRASIL; 6. GRADUADO, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O abscesso hepático é uma infecção intra-abdominal pouco frequente porem potencialmente fatal. A sua incidência é cerca de 1 a 45:100.00 pessoas. Historicamente, as causas mais frequentes eram a apendicite e diverticulite complicadas, conta-se ainda com a peritonite e doença inflamatória intestinal. O tratamento consiste na antibioticoterapia e logo em seguida, drenagem cirúrgica do abscesso. A evolução Clínica é, muitas vezes, condicionada pelas doenças associadas e pela causa da origem do abscesso.RELATO DE CASO: J.M.C. C, 64 anos, feminina, natural de Lagoa Alegre ? PI e procedente de Teresina- PI, foi encaminhada para o Hospital do Satélite com sintomas de febre, dor e distensão abdominal. No exame físico, abdome semi globoso, flácido com massa de 6 cm palpada em hipocôndrio direito e flanco direito, indolor a palpação com ruídos hidroaéreos presentes. Durante investigação clinica, foi realizada TC de abdome que evidenciou uma imagem sugestiva de abscesso hepático em segmentos V e VI, com borramento de gordura adjacente e pneumoperitonio. Foi realizada uma laparotomia exploradora que evidenciou um grande bloqueio de 2/3 do Colón ascendente e 1/3 do colón transverso em loja sub-hepática direita com abscesso no hipocôndrio direito. Logo em seguida realizou-se a aspiração desse abscesso com hemicolectomia direita e anastomose íleo transversa termino lateral.CONCLUSÃO: Portanto, o diagnostico precoce com TC ou US de urgência é imprescindível já que a mortalidade associada a doença não tratada é extremamente alta.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 337

TÍTULO DO TRABALHO: ADENOMA HEPÁTICO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: TAIRO MOURA DA SILVA ROCHA1; ROBERTO ELIAS DO NASCIMENTO SOARES1; MARCOS PAULO FERREIRA C. ALVES REIS1; EULER AUGUSTO RESENDE1; MARCUS VINICIUS MOURA1; MATHEUS BRANDÃO GUIMARÃES SANTOS2; MARCELO TORRES CORREA DE ALMEIDA2; VICTORIA VICTOR3. 1. HOSPITAL SOCOR, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. HOSPITAL SOCOR, MONTES CLAROS - MG - BRASIL; 3. HOSPITAL SOCOR, PARACATU - MG - BRASIL.

RESUMO:
O adenoma hepático é um tumor sólido benigno de rara incidência acometendo 1:100.000 mulheres, com maior prevalência na idade reprodutiva, sendo solitário em 80% dos casos e localizado no lobo hepático direito com maior frequência. É de consistência macia, bem delimitado e com pequena ou nenhuma cápsula fibrosa. O tumor é suprido por pequenas arteríolas de paredes finas, não contendo nenhum elemento portal como ductos biliares. O fígado ao redor da lesão frequentemente mostra-se esteatótico, não havendo relação com cirrose.Neste relato de caso discutiremos o caso de uma mulher de 27 anos com história de uso de ACO por longa data que apresentou na propedêutica para queixas dispépticas, um Adenoma hepático em lobo esquerdo medindo (11,5 x 6,4 x 10,8cm), onde nossa conduta foi a exérese da lesão. Paciente evoluiu bem no Pós operatorio recebendo alta hospitalar e desaparecimento das queixas dispépticas.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 770

TÍTULO DO TRABALHO: Adenomas Hepáticos: Expressão Fenotípica, Descrição de Casuística e Revisão de Literatura

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PAULO VITOR BARRETO GUIMARAES; DIOGO MARCELO FURTADO; ELAINE CRISTINA ATAIDE; ILKA DE FATIMA S.FERREIRA BOIN; ACHILES QUEIROZ MONTEIRO DE REZENDE; SIMONE REGES PERALES. UNICAMP, CAMPINAS - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOAdenomas Hepáticos (AH) são tumores raros e benignos, normalmente solitários e mais comuns em mulheres em idade reprodutiva. Os AH podem ser classificados em quatro categorias de acordo com os aspectos genótipo-fenotípicos ? mutação para HNF1?, onde se observa esteatose associada, mutação para ?-catenina, com atipias celulares e relação com malignização, adenomas inflamatórios, caracterizados por infiltrados e dilatação sinusoidal e adenomas não inflamatórios e sem os achados anteriores. Este trabalho objetiva descrever a casuística de pacientes com AH no HC-UNICAMP entre 1995 e 2015 e revisar a literatura acerca destes tumores classificando-os de acordo com a apresentação genótipo-fenotípica.OBJETIVOSO presente trabalho tem como objetivo descrever a casuística de pacientes com AH no HC-UNICAMP entre 1995 e 2015 e revisar a literatura acerca destes tumores classificando-os de acordo com a apresentação genótipo-fenotípica.MATERIAIS &MÉTODOSFoi realizada avaliação retrospectiva de dados clínicos e epidemiológicos dos pacientes com diagnóstico confirmado de AH através de estudo anatomo-patológico (AP) entre os anos de 1995 e 2015 acompanhados no HC-UNICAMP. Através da avaliação das características histopatológicas destes tumores por dois patologistas, os mesmos foram classificados em um dos quatro grupos descritos anteriormente.RESULTADOSForam identificados 20 casos de AH no período, 90% no sexo feminino, a maior parte com relato de uso de anticoncepcionais orais (ACO). O sintoma clínico mais presente é dor abdominal. As comorbidades mais apresentadas foram HAS (n=7) e DM (n=3); 60% dos casos apresentavam apenas 01 nódulo. Observou-se 35% de roturas e 02 casos de malignização, com 14 pacientes submetidos à ressecção cirúrgica. Dos 14 pacientes operados, nove apresentaram AH do subtipo 4 ? sem alterações morfológicas.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1599

TÍTULO DO TRABALHO: Análise Estatística Sobre Transplante Hepático no Brasil entre os Anos de 1997 e 2013

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: SANRRANGERS SALES SILVA1; MARCOS RAYONE DE FREITAS1; FERNANDO JACÓ SILVA MOREIRA1; WANESSA RODRIGUES NASCIMENTO1; CAMILA BOTELHO CAMPELO LEITE1; GLINYAN GUERRA SANTOS1; ARIOSTO RODRIGUES RIBEIRO FILHO2; AILA BATISTA RODRIGUES1. 1. UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUI, TERESINA - PI - BRASIL; 2. CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI, TERESINA - PI - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: O presente trabalho tem como objetivo mostrar, de uma forma descritivo-analítica, dados a respeito do TH no Brasil no período de 1997 a 2013. Método: Como fontes foram utilizadas os boletins periódicos do Registro Brasileiro de Transplantes (RBT) disponíveis gratuitamente na internet. Os dados foram organizados e analisados através do programa Microsoft Office Excel versão 2007. Resultados: No período estudado foram realizados 81.611 transplantes de órgão sólidos no Brasil, dentre esses o TH representou 19,68% (n=16.066). A média anual de TH foi de 945,05, equanto a média relativa ao número de equipes transplantadoras ativas foi de 43,64, então, em uma distribuição homogênea, cada equipe foi responsável por 21,6 procedimentos anuais. O TH com doador cadáver teve um total de 14.120 (87,88%), já o com doador vivo teve números crecente até o ano de 2005, depois do qual passou a diminuir seus números absolutos e relativos, ficando com um total de 1947 (12,11%). Conclusão: As perspectivas de para o TH no Brasil são animadoras ao se basear na curva quase sempre crescente dos números, no entanto, é importante lembrar que a demanda também costuma crescer de uma forma semelhante ou mesmo superior, necessitando sempre de mais recursos, cadastramento do maior número possível de doadores e adequação às técnicas de procedimento mais eficazes para que seja a produtividade seja equiparada à demanda.Referencias:
1)Salvalaggio P, Afonso RC, Pereira LA, Ferraz-Neto BH. O sistema MELD e a mortalidade em lista de espera. Einstein: 10(3):278-85, 2012.2)Brasil. Ministério da Saúde. Legislação sobre o Sistema Nacional de Transplantes [Internet]. [citado 2012 Set 23]/ Disponível em: http://dtr2001. saude.gov.br/transplantes/legislacao.htm#3) Bonacini, M; Shetler,K; Yu,I; Osorio, RC; Osorio, RW. Features of Patients With Severe Hepatitis Due to Mushroom Poisoning and Factors Associated with Outcome. Clin Gastroenterol Hepatol: n17, v.9, p.30145-3, 2017.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2815

TÍTULO DO TRABALHO: Anastomose Esplenorrenal Distal no Tratamento da HDA em Cirróticos ? Análise de 22 casos

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BERNARDO ROZA ALTOÉ; GIOVANNA RICCIOPPO DIEGUES; TERCIO GENZINI; FRANCISCO ANTONIO SERGI FILHO; FERNANDA RIBEIRO DANZIERE; RAPHAEL FEDERICCI HADDAD; TIAGO GENZINI DE MIRANDA; MARCELO PEROSA DE MIRANDA. HOSPITAL BANDEIRANTES, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Hemorragia digestiva alta por ruptura de varizes esofágicas é uma grave complicação da hipertensão portal em pacientes com cirrose hepática (CH).Quando os tratamentos conservadores falham, restam os procedimentos de descompressão portal, por via radiológica não seletiva (TIPS) ou cirúrgica, que pode ser não seletiva ou seletiva. A anastomose esplenorrenal distal (AERD) é uma descompressão portal seletiva que apresenta ótimos resultados no longo prazo em pacientes com boa reserva funcional hepática. Porém, é pouco realizada em cirróticos, pelos riscos cirúrgicos e pelo fato de muitas vezes a cirrose hepática ser uma doença progressiva. Muitos serviços optam por insistir no tratamento endoscópico e pelo implante de TIPS ou pela indicação do transplante hepático na falha do mesmo. A AERD apresenta algumas vantagens quando comparada às cirurgias não seletivas, como a não abordagem do hilo hepático e assim não dificultar um eventual transplante hepático futuro, apresenta risco discretamente menor de encefalopatia e mantém melhor perfusão do parênquima e, por consequência, uma função hepática teoricamente mais adequada. Objetivo: Mostrar a experiência de um único centro, com 22 casos de AERD realizada em cirróticos com boa reserva funcional expressa pela classificação de Child de A até B7. Materiais e métodos: Análise retrospectiva de prontuários de 22 pacientes com CH , Child A a B7, que apresentaram recidiva da HDA com falha do tratamento endoscópico, que foram submetidos à realização de AERD no período de 1998 a 2016. Resultados: Houve perda de seguimento de um paciente, que se encontrava vivo e sem recidiva de HDA varicosa até 2014, ano da sua última consulta. O MELD pré-Warren variou de 12 a 18 (média = 13.6), havendo progressão para 8 a 22 (média = 14,9) após a cirurgia. Como complicações pós operatórias houveram 3 (13,64%) HDA de origem varicosa, 1 (4,55%) HDA de etiologia não varicosa e 4 (18,18%) casos de encefalopatia. 2 pacientes (9,09%) foram submetidos a transplante de fígado, cujas indicações foram encefalopatia hepática e hepatocarcinoma (10 anos após a cirurgia). Ambos estão vivos e em seguimento ambulatorial. Num seguimento dos pacientes que não foram submetidos a transplante hepático 17 pacientes estão vivos, sem recidiva de HDA e mantendo boa reserva funcional hepática. Conclusões: Cirróticos com boa reserva funcional hepática e recidiva da HDA após tratamento clínico e endoscópico, devem ter como alternativa a realização de AERD.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2324

TÍTULO DO TRABALHO: Associação de quimioembolização e octreotide no controle da metástase hepática de tumor neuroendócrino ? Relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RAPHAEL TAHA1; CAROLINE PETERSEN DA COSTA FERREIRA2; MAURICIO ALVES RIBEIRO1; PAULA AUGUSTA LUIZ ALMEIDA1; ANDREA ZAIDAN DE ALMEIDA BARROS3; JONG HUN PARK1; LUIZ ARNALDO SZUTAN1; FABIO GONÇALVES FERREIRA1. 1. IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO, SAO PAULO - SP - BRASIL; 2. IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 3. IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE AO PAULO, SAO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução:Algumas opções terapêuticas para a doença metastática do tumor neuroendócrino visam reduzir o tamanho e proliferação neoplásica, bem como prolongar a expectativa de vida destes doentes. Algumas opções são possíveis como ressecção, quimioembolização, radioterapia e medicações, dentre essas, os análogos da somatostatina podem ser utilizados. Em alguns casos, torna-se necessária a associação de modalidades terapêuticas diferentes.Objetivo: Relatar paciente com tumor neuroendócrino tratado com diversas modalidades em nosso serviço, em acompanhamento há 7 anos.Relato de Caso: Paciente com 76 anos, iniciou acompanhamento em 2010 devido hipertensão e diabetes. Durante exames, foi evidenciado nódulo pulmonar e supraclavicular à esquerda com biópsia demonstrando um carcinoma neuroendócrino pouco diferenciado. Iniciou tratamento com octreotide. Na tomografia controle apresentou dois nódulos hepáticos e linfadenomegalias na raiz do mesentério e junto aorta. Submetida a laparotomia exploradora sendo realizada hemicolectomia direita com anastomose primária e confirmado comprometimento linfonodal com invação de veia e artéria mesentérica superior e metástases hepáticas. O anatomo-patológico confirmou carcinoma neuroendócrino bem diferenciado em íleo-ceco.Optado por manter octreotide e quimioembolização das lesões hepáticas.No momento paciente apresenta-se assintomática, mantendo acompanhamento seriado e fazendo uso de octreotide 30mg, uma vez por mês.Conclusão: O curso indolente e a relativa raridade do tumor neuroendócrino metastático dificultam a comparação dos inúmeros tratamentos disponíveis, porém, a associação de inúmeras modalidades terapêuticas, pode possibilitar o controle da doença garantindo uma boa sobrevida e qualidade de vida.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1664

TÍTULO DO TRABALHO: ASSOCIAÇÃO DE RADIOFREQUÊNCIA HEPÁTICA E LIGADURA DA VEIA PORTA POR HEPATECTOMIA REGRADA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: UIRÁ FERNANDES TEIXEIRA1; RACHID EDUARDO NOLETO DA NOBREGA2; FERNANDO JOSÉ SAVÓIA DE OLIVEIRA2; DIEGO INÁCIO GOERGEN2; TATIANA MIE MASUKO2; MARCOS BERTOZZI GOLDONI1; FABIO LUIZ WAECHTER2; PAULO ROBERTO OTT FONTES2. 1. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Desde a técnica original ALPPS (associação entre a divisão hepática e ligação da veia porta para hepatectomia), foram descritas alterações no procedimento. A liberação de ligamentos hepáticos e a transecção do parênquima hepático quando a divisão dos segmentos III e IV é frequentemente responsável pelo aumento da perda sanguínea, fístula biliar e tempo operatório elevado. Com base em nossa experiência com o uso da radiofrequência bipolar com agulha fria (BRCN) na realização de hepatectomia, juntamente com esta técnica de duas fases, decidimos substituir a transecção do parênquima hepático fazendo duas linhas de fígado desnaturado isolando assim o futuro remanescente do fígado (FLR) com maior rapidez, facilidade, sem mobilização hepática e menor perda sanguínea.RELATO: Mulher 62 anos com metástase hepática colorretal com lesão no fígado direito e segmento IV, sem doença extra-hepática. A volumetria hepática pré-operatória estimou FLR de 180 cm^3. Na primeira cirurgia, os lobos hepáticos foram separados sem hepatotomia ou mobilização hepática, apenas com duas linhas de tecido hepático desnaturado produzido pelo BRCN. Cobrimos o fígado com uma membrana bioresorbível para protegê-lo. A veia porta direita foi ligada, foi realizada ablação da veia hepática média e um dreno tubular foi colocado. Não foi necessária transfusão de sangue. Após 20 dias, a volumetria mostrou que o lobo hepático lateral esquerdo havia aumentado para 464 cm^3 aproximadamente, uma hipertrofia surpreendente de cerca de 158%. A relaparotomia foi no dia seguinte, com hepatectomia direita estendida. Pós-operatório foi sem intercorrências.Conclusão: Com BRCN, não há necessidade de mobilização hepática extensa. Sendo possível realizar a primeira cirurgia com uma incisão menor. Ao fazer duas colunas de tecido hepático desnaturado eliminamos os ramos colaterais entre os segmentos III e IV, obtivemos hipertrofia remanescente do fígado (158%). Além disso, a ocorrência de fístula biliar diminui significativamente e, na segunda cirurgia, o parênquima hepático pode ser incisado com um bisturi de forma rápida e simples sem perda sanguínea. Assim, o uso de BRCN em hepatectomia em duas etapas representa uma nova técnica para facilitar o procedimento. Sua utilização em conjunto com a ligadura portal, denominada procedimento ALRPS, é fácil de realizar e tem suas próprias vantagens, especialmente no que se refere à redução do trauma cirúrgico de uma hepatotomia complexa e suas complicações.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1290

TÍTULO DO TRABALHO: AVALIAÇAO DA SOBREVIDA DO E DO TEMPO DE ISQUEMIA DO ENXERTO HEPÁTICO RETIRADO PARA TRANSPLANTE NO ESTADO DO PIAUI

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: WELLIGTON RIBEIRO FIGUEIREDO1; ROBSON DAVID DE ARAÚJO LIAL2; CAMILA MONITIELE OLIVEIRA LIMA2; IARA SANTOS SILVA2; ILLOMA ROSSANY LIMA LEITE2; FERNANDA MARIA GONÇALVES DE SOUSA MOURA2; FRANCISCO VITOR PEREIRA DE SOUSA2; CAMILA DE SOUA ALMEIDA ARAÚJO2. 1. HOSPITAL GETULIO VARGAS, TERESINA - PI - BRASIL; 2. FACID, TERESINA - PI - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUCÃO: A sobrevida dos pacientes submetidos a transplante hepático tem melhorado dramaticamente. Em 1996, a maioria dos serviços que realizavam o transplante hepático anunciava taxa de sobrevida maior que 85% em um ano, e de aproximadamente 75% em cinco anos de evolução pós-operatória. OBJETIVOS: determinar o tempo de isquemia e a sobrevida do enxerto hepático retirado para transplante no estado do Piauí, além descrever o perfil dos doadores de fígado do estado do Piauí. METODOS: Tratou-se de uma pesquisa documental, retrospectiva, de caráter descritivo e abordagem quantitativa, foi realizada a coleta de dados através da revisão de prontuários dos pacientes doadores de enxerto hepático que foram notificados com morte encefálica por meio de formulário próprio. Os dados sobre o tempo de isquemia e da sobrevida do receptor foram obtidos por meio da consulta ao registro das Centrais Estaduais aonde o órgão foi implantado.RESULTADOS: Foram avaliados 37 prontuários de doadores de fígado. A média do tempo de isquemia dos doadores de enxerto hepático no estado do Piauí foi de 505, 67min aproximadamente 8h25min. O tempo mínimo foi de 370 min (6h10min) e o máximo foi de 620 min (10h20min), todos com tempo de isquemia inferior ao considerado limite para comprometer a sobrevida dos pacientes transplantados. Em sua maioria os doadores são do sexo masculino, com média de idade correspondendo a 29,56 anos. Mais da metade dos doadores eram do interior do estado. A principal causa de morte encefálica foi traumatismo crânio-encefálico. O tempo máximo de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) da maioria foi de 5 dias em uso de drogas vasoativas. As características laboratoriais dos doadores piauienses foram as seguintes : média de ureia, creatinina e os níveis de sódio sérico respectivamente, 73,82mg/dL, 1,77mg/dL e >155mEq/L. O destino da maioria do órgãos foi Fortaleza-CE. Quatro receptores(11%) foram a óbito no pós-transplante, resultando em sobrevida imediata de 89%. CONCLUSÕES: Os transplantes de fígado dos receptores dos órgãos retirados no Piauí mesmo realizados em outros Estados são executados em tempo hábil, com tempo de isquemia excelente, não comprometendo a sobrevida do enxerto no pós-operatório até a alta hospitalar. Os doadores de fígado do Piauí são jovens, do sexo masculino com morte encefálica devido à Traumatismo Crânio-Encefálico(TCE), são portanto, enxertos de melhor qualidade e viabilidade.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 3020

TÍTULO DO TRABALHO: AVALIAÇÃO DAS PRINCIPAIS INDICAÇÕES PARA TRANSPLANTE HEPÁTICO EM PACIENTES NO PÓS TRANSPLANTE TARDIO COM IDADE SUPERIOR A 50 ANOS DE UM CENTRO DE REFERENCIA EM BELÉM/PA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JAMILLY ALVES PADILHA; VICTÓRIA WINKLER VASCONCELOS; BEATRIZ FERREIRA DIOGO; FELIPE LIMA ALCOLUMBRE TOBELEM; MÁRCIA DO SOCORRO FERREIRA IASI; MARCOS RAIMUNDO PEREIRA DA SILVA. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARA - UFPA, BELEM - PA - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVO: identificar as principais indicações para transplante hepático entre os pacientes pós-transplantados da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, centro de referência da região norte, com idade superior a 50 anos. MÉTODO: Os dados foram obtidos por meio de um estudo conduzido no departamento de prontuários da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. A partir da análise de 15 prontuários de pacientes com idades de 52 a 64 anos, que efetuaram transplante hepático no período de 2003 a 2015, foi possível avaliar as principais indicações para realização do procedimento. A análise foi feita através de um questionário estruturado, de autoria dos próprios pesquisadores. A avaliação estatística dos dados ocorreu a partir do cálculo de média, moda, mínimo e máximo das informações coletadas. RESULTADOS: dentre os 15 pacientes avaliados, 8 (53,33%) apresentaram a cirrose por hepatite C (HCV) como indicação para o transplante. 6 (40%) apresentaram como causa o carcinoma hepatocelular (HCC) e 5 (33,33%), cirrose alcóolica. Além dessas causas principais, foi possível observar a cirrose por hepatite B como indicação de transplante de 2 (13,33%) pacientes e a cirrose biliar primaria, também em 2 (13,33%) pacientes. É importante ressaltar que em 9 (60%) pacientes foram descritas mais de uma indicação para o transplante, principalmente associações entre HCV, HCC e cirrose alcóolica. Ademais, em 1 (6,66%) paciente foram observadas todas essas morbidades. A associação HCV e HCC foi a mais comum, presente em 4 (26,66%) dos 15 pacientes. CONCLUSÕES: pacientes com idade superior a 50 anos, atendidos na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, apresentam como principais indicações para transplante de fígado a cirrose hepática secundária ao vírus C, o carcinoma hepatocelular e a cirrose alcoólica, em diversos casos essas doenças se apresentam associadas entre si.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 799

TÍTULO DO TRABALHO: cancer de vesicula biliar com metastase unica

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ELIANA PATRICIA MACHADO. HOSPITAL CORDOBA, CORDOBA - ARGENTINA.

RESUMO:
introducçaõ: o cancer de vesicula biliar é um tumor altamente agressivo e geralmente de mau pronostico. a resecçaõ completa é a unica chance de cura. a maioria são diagnosticados em estagios avançados da doença em que o tratamento é paliativoCaso: Paciente com 35 anos de edade, antecedente de colecistectomia por colecistite aguda, e diagnóstico pós-cirúrgico do câncer de vesícula biliar (adenocarcinoma semi diferenciado infiltrado). Quimioterapia com oxaliplatino e gemcitabine é realizada durante 9 meses. RMN: Lesão nodular solida de 40 x 40 mm no segmento IV. Cirurgía: Ultra-sonografia intraoperatoria. Lesão única no figado. Hepatectomia atípica. Linfadenectomia. Alta hospitalar no dia 6.Anatomia Patologica: malignidade epitelial. limites cirurgicos a 1,5 mm.Conclução: apenas 25% de pacientes são candidatos para tratamento cirúrgico no momento do diagnóstico e em muitos deles a doença retornará local ou remotamente.Bibliografía: ARROYO G. Cancer de vesicula biliar. Oncol. Clin.NASU Y, TAKANA E, HIRANO S, the prognosisoafter curative resection of gallbladder cancer.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2876

TÍTULO DO TRABALHO: CARCINOMA HEPATOCELULAR FIBROLAMELAR SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRUGICO: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ALINNE VIANA LEÃO1; OLAVO MAGALHAES PICANÇO JUNIOR1; YURI BARCELOS2. 1. UNIFAP, MACAPÁ - AP - BRASIL; 2. GRUPO SANTA CASA DE BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
O carcinoma hepatocelular fibrolamelar (CHC-FL) é uma variante rara do Carcinoma hepatocelular, representando, aproximadamente, 1% de todos os casos, com predomínio em jovens com idade média em torno de 25 anos. RELATO DE CASO: Paciente com 28 anos, masculino, pardo, chega ao serviço de emergência com queixa de perda de peso de aproximadamente 10 kg em cerca de cinco meses, astenia, anorexia e dispneia aos pequenos esforços. Negava consumo de bebidas alcóolicas e tabagismo. Ao exame físico apresentava-se anictérico, com sinais vitais estáveis, hidratado e sem outras particularidades. Os exames bioquímicos revelaram elevação de transaminases, 3,2 vezes o limite superior da normalidade (LSN), Gama glutamil transpeptidase discretamente aumentada em 1,2 vezes o LSN e fosfatase alcalina elevada em 1,5 vezes o limite superior da normalidade. Não apresentava alterações importantes da função renal, bilirrubinas e tempo de protrombina; encontrava-se com hematócrito de 43,8 % e hemoglobina de 14,8 g/dL. Apresentou imagem irregular hipodensa de contornos regulares com área de calcificação no seu interior e realce heterogêneo pelo meio de contraste na tomografia computadorizada de abdômen, medindo 130 x 126 x 85 mm, com volume estimado em 723 cm³. Posteriormente, realizada ressonância nuclear magnética de região abdominal superior demonstrou lesão heterogênea em T1 e T2 com dimensões de aproximadamente 128 x 155 x 121 mm e volume de 1248 cm3, sugestiva de hiperplasia nodular focal (HNF) e CHC-FL. O estudo anatomopatológico da biopsia hepática revelou lesão epitelial proliferativa com moderada atipia e fibrose lamelar. Após, a imuno-histoquímica apresentou aspecto histológico de carcinoma hepatocelular moderadamente diferenciado com padrão morfológico pseudoacinar e macrotrabeculares. A opção terapêutica utilizada consistiu na trissegmentectomia hepática direita que envolvia os segmentos hepáticos IV, V, VI, VII e VIII associada à colecistectomia, biópsia diafragmática e retirada de linfonodos retro-hilares e peritoneais. O paciente teve alta hospitalar seis dias após a cirurgia, apresentando exames bioquímicos normais com seguindo ambulatorial contínuos sem sinais de recidiva. O exame anatomopatológico da peça operatória revelou carcinoma hepatocelular moderadamente diferenciado. CONCLUSÃO: O tratamento cirúrgico do CHC-FL pode ser curativo se tiver o manejo adequado, é uma patologia rara, deve ser lembrada no diagnóstico diferencial das lesões hepáticas.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1333

TÍTULO DO TRABALHO: Cirurgia radical de carcinoma hepatocelular em paciente idoso sem hepatopatia

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: EUCLIDES JOSE NUNES JUNIOR1; PRISCILA PADUA1; LEONIDAS LOPES AZEVEDO1; AYDER ANSELMO GOMES VIVI1; MARIA CLARA VIVI2; PAULA FERREIRA PINHEIRO1. 1. FACULDADE DE MEDICINA DE CATANDUVA, CATANDUVA - SP - BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAI, JUNDIAI - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O carcinoma hepatocelular (CHC) é o tumor primário do fígado mais frequente, sendo a terceira causa de morte em todo o mundo; além de ser diagnósticado em estágio avançado por causa da ausência de sintomas.Relato de caso: Paciente E.C.G.,sexo feminino, 83 anos de idade, foi admitida no Hospital Padre Albino de Catanduva ? SP, com dor abdominal e massa palpável em hemiabdome à direita. Veio encaminhada de outra instituição tendo em mãos exames de função hepática normais e biópsia prévia guiada por ultrassom que revelava adenoma hepático. Os exames foram atualizados evidenciando uma alfafetoproteína alterada, e tomografia computadorizada de abdome com contraste que mostrou uma lesão hepática volumosa e expansiva, com linfonodos retroperitoneais em número aumentado. Diante do quadro exposto, optou-se pela ressecção cirúrgica, sendo realizado a hepatectomia direita convencional A paciente evoluiu satisfatoriamente e recebeu alta no terceiro dia de pós operatório. O exame anatomopatológico evidenciou que tratava-se de um hepatocarcinoma trabecular e pseudoglandular com variante fibrolamelar, apresentando margens livres de neoplasia. Apesar da idade da paciente e da histologia do tumor, as condições clínicas favoreceram a recuperação satisfatória tendo em vista o quadro geral da paciente.Conclusão: O caso relatado em contraste com a literatura levantada enfatizou que apesar do paciente não ser um candidato elegível ao procedimento cirúrgico, por conta da extensão do tumor e a idade avançada do paciente, o resultado pós-operatório foi satisfatório com aumento da qualidade de vida e sobrevida.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1519

TÍTULO DO TRABALHO: CISTO HEPATICO SIMPLES: ABORDAGEM VIDEOLAPAROSCOPICA - RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANDERSON FREITAS DE SOUZA ASSIS MORAIS1; HENRIQUE MOURA PARREIRA1; FERNANDO SIMÕES DE SENA1; RODRIGO SPÍNOLA E SILVA1; LARISSA SILVEIRA GUSMAO1; VICTOR LUIZ DE MATOS FRANCO1; VINICIUS PIRES RODRIGUES1; FELIPE MOURA PARREIRA2. 1. HOSPITAL MARCIO CUNHA, IPATINGA - MG - BRASIL; 2. POLICIA MILITAR DE MINAS GERAIS, MANHUAÇU - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO - Cistos hepáticos são lesões biliares congênitas que resultam da dilatação progressiva de microhamartomas biliares, sem comunicação com a árvore biliar e não possuem septações. Sua prevalência varia de 1,6% a 18% da população e normalmente constituem achados incidentais em exames de rotina. A grande maioria destas lesões tem caráter benigno, entretanto não se pode deixar de avaliar a possibilidade de lesões pre-malignas ou malignas como cistoadenoma e cistoadenocarcinoma. Os cistos congênitos geralmente são assintomáticos, sendo que o tamanho do cisto e o crescimento rápido, podem causar compressão e sintomatologia específica, como dor, náuseas, vômitos ou icterícia, havendo, neste caso indicação terapêutica cirúrgica.RELATO DE CASO ? Trata-se paciente do sexo feminino, 66 anos, previamente hígida, admitida no pronto socorro do Hospital Márcio Cunha, em Ipatinga-MG. Admitida com queixa álgica inespecífica em andar superior do abdome de longa data, com agravo progressivo nos últimos 4 dias, associado a episódios heméticos esparsos. Submetida a avaliação abdominal ultrassonográfica, que evidenciou formação ovóide preenchida por conteúdo anecóico, possuindo margens definidas, localizada em lobo hepático direito. Progrediu-se a avaliação após definição do achado com estudo tomográfico abdominal contrastado, que reforçou a presença de limitações definidas, homogeneidade e caráter sugestivamente líquido do conteúdo e a ausência da captação de contraste.CONCLUSÃO - Esta produção tem como principal intuito promover a discussão acerca de possível etiologia de dor abdominal incomum, como fomento à estruturação de raciocínio clínico/propedêutico e discussão acerca dos benefícios em se aplicar a abordagem videolaparoscópica, uma vez que configura-se alternativa efetiva, com baixa morbidade, sendo incomum a recorrência. Entretanto, é importante salientar que a experiência da equipe cirúrgica, bem como as características inerentes ao paciente contribuem ativamente para o resultado do tratamento.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2880

TÍTULO DO TRABALHO: COLANGITE NA TELANGIECTASIA HEMORRÁGICA HEREDITÁRIA: relato de caso e revisão bibliográfica

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LILIAN LEMOS COSTA; MAURICIO ALVES RIBEIRO; NICOLAS RODRIGUES FERREIRA DA SILVA; PAULO HENRIQUE MAIA DE FREITAS; FABIO GONÇALVES FERREIRA; LUIZ ARNALDO SZUTAN. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
A telangiectasia hemorrágica hereditária (HHT) é uma doença rara autossômica dominante caracterizada por extensas telangiectasias cutâneas, mucosas e viscerais, frenquentemente sem manifestações clínicas precoce. O envolvimento hepático nesta doença pode cursar com complicações cardíacas, hemorrágicas e biliares potencialmente fatais. Relatamos caso de paciente com HHT com colangite e feita revisão sistemática da doença na literatura. Relato de caso baseado no prontuário e acompanhamento de paciente e revisão sistemática no Pubmed usando os descritores " hereditary hemorrhagic telangiectasia" x "liver". Selecionado para estudo artigos com resumo em inglês, português e espanhol. Mulher de 39 anos, atendida com forte dor em hipocôndrio direito (HD) com piora progressiva e início há três meses, associada a perda de peso e adinamia. Há 15 dias, iniciou quadro de febre, vômitos, icterícia e colúria. Sem antecedentes familiares. Apresentava-se em regular estado geral, anictérica, febril e hemodinamicamente normal, presença de sopro sistólico panfocal e telangiectasias em lábio inferior. Abdome flácido, doloroso à palpação em HD, hepatomegalia, sem sinais de peritonite. Feita a hipótese diagnóstica de colangite, solicitados exames complementares e introduzido antibioticoterapia. A Tomografia computadorizada demonstrou fígado com dimensões aumentadas e shunts arteriovenosos. Colangiopancreatografia por ressonancia magnética com presença de nódulos de regeneração displásicos e biliomas. Tais achados, associada a presença de lesões telangiectásicas em lábio inferior e ectasias vasculares esparsas pela mucosa gástrica, sugeriram o diagnóstico provável de HHT, complicada com ectasia ductal e colangite. Descartado abordagem cirúrgica pelo potencial risco de sangramento, paciente evoluiu com melhora dos sintomas clínicos e segue em acompanhamento ambulatorial. O reconhecimento precoce da HHT é essencial para instituição de terapêutica adequada e prevenção de complicações fatais. Em revisão do Pubmed encontrados 451 artigos, após aplicação dos limitadores, restaram 309 artigos para estudo. Após leitura de todos os resumos, selecionados 17 artigos com 538 pacientes com HHT e destes, 29 pacientes apresentaram colangite. Em pacientes com HHT o acometimento hepático esta presente em 78% dos casos e apesar de raro (29 casos) diante de um paciente com telangiectasia hemorrágica hereditária e icterícia o diagnóstico de HHT com colangite deve ser aventado.

CODIGO DO TRABALHO: 616

TÍTULO DO TRABALHO: Destelhamento de cisto hepático gigante: relato de dois casos

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: IGOR FECURY LIMA1; RENAN BRITO NOGUEIRA1; ADEMIR DIAS CABRAL JUNIOR1; BRUNO BERNABÉ LUBRAICO1; CAIO MONTEIRO PIMENTEL1; LAISA ALVES DE SOUZA1; PAULO HENRIQUE RIBEIRO DE OLIVEIRA1; SAMY CHITAYAT2. 1. HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA DE MACAÉ, MACAÉ - RJ - BRASIL; 2. HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA MACAÉ, MACAÉ - RJ - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Os cistos hepáticos podem ser encontrados em 20% dos adultos que realizam algum exame de imagem do fígado, sendo a maioria assintomáticos. O tipo de cisto hepático mais comum é o cisto simples, pequeno (menor que 5cm) e que raramente desenvolve complicações, como ruptura, sangramento ou infecção. Os cistos grandes podem comprimir órgãos vizinhos, como o estômago, duodeno, cólon e até diafragma. Nem todos os cistos hepáticos são benignos, destacando-se o cistoadenoma, que é uma lesão precursora do cistoadenocarcinoma. Além destes, mais raramente outros tumores malignos podem se apresentar na forma de lesões císticas, especialmente alguns tipos de metástases. RELATO DE CASO: Caso 1: mulher, 71 anos, negra, procurou ambulatório de Cirurgia Geral após diversas idas ao Pronto Socorro com queixas dispépticas (náuseas, epigastralgia, plenitude pós-prandial). Ao exame físico apresentava abdome indolor e massa mesogástrica pouco móvel e não dolorosa. TC de abdome evidenciou mútiplas imagens hipodensas compatíveis com cistos simples, medindo a maior 101x79 mm no lobo esquerdo do fígado. A paciente foi submetida a videolaparoscopia utilizando-se três trocateres para destelhamento dos cistos, sendo que o maior comprimia o fundo e antro gástrico, causando os sintomas que a levaram a procurar atendimento médico. No pós-operatório a paciente evoluiu com melhora das queixas, tolerando bem a alimentação e tendo alta hospitalar no 2º dia de pós-operatório.Caso 2: mulher, 58 anos, branca, colecistectomia por incisão mediana de urgência há 26 anos, procurou ambulatório de Cirurgia Geral com queixa de dispneia aos médios esforços, sem evidências de doenças respiratórias ou cardiovasculares. RX de tórax sem alterações. A USG e TC de abdome evidenciaram cisto simples que media 111x96mm localizados entre os segmentos VII e VIII do fígado, em íntimo contato com o diafragma. Ao exame físico não apresentava alterações. Foi submetida a videolaparoscopia utilizando-se três trocateres, para destelhamento do cisto hepático, com saída de 250 ml de secreção amarelo citrino do mesmo. A paciente recebeu alta no 2º dia de pós-operatório, sem queixas.CONCLUSÃO: Os cistos hepáticos normalmente são benignos e assintomáticos, sendo achados acidentais em exames de rotina. Quando sintomáticos, podem ser abordados por via laparoscópica, que já é comprovadamente uma via de acesso segura e de excelentes resultados, diminuindo o trauma cirúrgico que teria a cirurgia convencional.

CODIGO DO TRABALHO: 652

TÍTULO DO TRABALHO: DIAGNÓSTICO DAS LESÕES CÍSTICAS DO FÍGADO: REVISÃO DE LITERATURA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: VINICIUS MAGALHÃES RODRIGUES SILVA; AMORA CAROLINA DELGADO WOLFF; GABRIELLE BAZAN CAMASSOLA. UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO, RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: As lesões císticas do fígado (LCF) são achados frequentes na prática clínica e tem curso, na maioria das vezes, assintomático. Contudo, há uma diversidade diagnóstica. Os avanços nos métodos de imagem como ultrassonografia (US), tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RM), possibilitaram maior assertividade o que proporciona ao cirurgião estabelecer uma conduta terapêutica adequada. Objetivo: Revisar a literatura e compilar a concordância das características no diagnóstico das LCF. Método: Revisão bibliográfica de bases digitais e literatura física dos últimos cinco anos. Resultados: O Cisto Hepático Simples é uma formação com conteúdo fluido podendo chegar até 1% de incidência em necropsias. Na US observa-se área anecóica, unilocular, preenchida por líquido sem paredes visíveis. Na TC a lesão é bem delimitada preenchida por líquido com atenuação semelhante à água. Foi verificado que a Doença Policística Hepática, uma doença autossômica dominante, frequenta 40% dos diagnósticos das LCF. A característica à TC são lesões múltiplas, homogêneas, hipoatenuadas com contornos regulares. Os Cistos Hidáticos têm o fígado como principal sítio, causando a LCF em 52% a 77% dos casos. São causados por infecção pelo E. granulosus. Na TC encontram-se lesões hipoatenuantes bem definidas com calcificação da parede. O Cistoadenoma Hepatobiliar é uma LCF rara considerada neoplásica que tem incidência em torno de 5%. A malignização pode ser observada em 5 a 15% dos casos. Na TC encontra-se massa hipoatenuante uni ou multilocular com septações. A Doença de Caroli também conhecida como uma comunicação cavernosa ectasiada congênita do trato biliar caracterizada por uma dilatação sacular dos ductos intra-hepáticose presença de cálculos múltiplos; tem incidência de 1 em 1.000.000. Na TC são observadas estruturas císticas dilatadas e hipoatenuadas. Correspondendo a uma pequena parte das LCF existem ainda os Cistos Traumáticos. Como a nomenclatura diz, ocorrem após traumatismos que levam à disjunção dos ductos biliares ou à formação de hematoma subcapsular. Na TC são encontradas lacerações e/ou hematomas com baixa atenuação parenquimatosa. Conclusão: As LCF tem características diferentes entre si. O diagnóstico é dependente da propedêutica armada e, quanto mais acurado, possibilitará um tratamento eficaz.

CODIGO DO TRABALHO: 2718

TÍTULO DO TRABALHO: Doença de Caroli - Relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LEONARDO NEVES DA SILVA SAGUIA; JOÃO LUIS SANTOS MIRANDA; LUIS AUGUSTO MELLO SINISGALLI; PAULO FAGUNDES ALTENFELDER SILVA; MARCO AURELIO DE CASTRO PERIN; LUIS FELIPE COUTO NOVAES; FELIPE ALAGO LOPRETE; NAYARA PEREIRA DE SANTANA. HOSPITAL SÃO LUIZ - UNIDADE JABAQUARA, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A doença de Caroli é uma patologia de etiologia desconhecida, com incidência estimada em 1:1.000.000, sem preferência por gênero e raça, geralmente diagnosticada em crianças e adultos jovens. Alguns pacientes se mantêm assintomáticos por toda a sua vida, mas a maioria é afetada com colangite recorrente, associada à cólica biliar, náuseas, icterícia e pancreatite aguda devido à formação de cálculos intra-hepáticos.Relato de Caso: D.C.S.B, 29 anos, sexo feminino, branca, casada, secretária, natural e procedente de Santo André (SP). Queixa e duração: dor abdominal e náusea há uma semana. História pregressa da moléstia atual: náusea, dor epigástrica e lombar à direita refratária à analgesia comum há uma semana, porém presente, em menor intensidade, desde a infância. Exame físico de entrada: regular estado geral, corada, pouco desidratada, anictérica, acianótica, afebril e eupneica. Abdome plano, ruídos hidroaéreos presentes, flácido, doloroso à palpação em epigastro, sem visceromegalias, sinal de Giordano negativo. Exames laboratoriais: Gamaglutamiltransferase: 250 e Fosfatase Alcalina: 200; demais sem alterações. Tomografia Computadorizada de abdome superior e pelve com contraste evidenciou grande distensão de colédoco e cistos intra-hepáticos. Recebeu alta após cinco dias, quando assintomática, com programação eletiva de derivação biliodigestiva e colecistectomia convencional, realizada três meses após o diagnóstico. Internada após oito meses por colangite e estenose anastomótica, sendo submetida à nova derivação biliodigestiva. Paciente encontra-se assintomática, em seguimento ambulatorial aguardando transplante hepático.Conclusão: A doença de Caroli é uma desordem hepática rara que acarreta diminuição significativa da qualidade de vida do paciente devido a obstruções biliares, sepse, potencial desenvolvimento de cirrose e colangiocarcinoma.

CODIGO DO TRABALHO: 1836

TÍTULO DO TRABALHO: Doença de Caroli complicada com abcesso hepático

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: SAMELA NUNES ALECRIM DE SOUZA1; THIAGO TORRES ÁVILA2; CARLOS PIRES DE MORAIS JUNIOR3; CAMILA FABRES PEREIRA1. 1. HOSPITAL EVANGÉLICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM, CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM - ES - BRASIL; 2. HOSPITAL ESTADUAL GETULIO VARGAS, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; 3. HOSPITAL FERREIRA MACHADO, CAMPOS DOS GOYTACAZES - RJ - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A Doença de Caroli é uma doença congênita autossomica recessiva rara. Consiste na dilatação dos ductos biliares intra-hepáticos que predispõe a colestase, colangites bacterianas recorrentes e formação de cálculo nos ductos. Tendo como incidência 1 em 1000000 de habitantes, é geralmente diagnosticada na infância e adulto jovem, sendo mais frequente em mulheres. O diagnóstico e feito por exames complementares como colangiopancreatografia retrógrada, RNM e TC. O tratamento varia de acordo com as características clínicas da doença e a localização biliar. Relato de caso: R.S.A., feminino, 39 anos. Apresentou febre, dor no hipocôndrio direito de inicio subito, associado a icterícia e anorexia. Nega comorbidades, tabagismo e etilismo. Ao exame físico apresentava-se ictérica ++/4+, hipocorada +/4+, abdômen flácido, doloroso a palpação em hipocôndrio direito. Realizou uma TC de abdômen que apresentou dilatação fusiforme das vias biliares intra-hepáticas (doença de Caroli), e exames laboratoriais apresentando bilirrubina direta aumentada. Evoluiu com episódios de colangite complicando com abcessos hepáticos, sendo necessária a internação para realização de CPRE e drenagem percutânea dos abcessos. Após melhora clínica, foi realizada hepatectomia direita e segmento V, sem intercorrências. Conclusão: A histopatologia confirmou a doença de Caroli e colecistite. O estudo ratifica a importância da doença de Caroli e seu diagnostico diferencial em pacientes que apresentam quadro clinico compatível com colecistite e colangite, com necessidade de diagnostico precoce devido suas complicões. A paciente segue em acompanhamento há 2 anos com funções hepáticas normais.

CODIGO DO TRABALHO: 3113

TÍTULO DO TRABALHO: Doença de Wilson: Relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RAPHAEL AUGUSTO BRAGA NUNES1; JOÃO ANTONIO VERONESE LEME2; CAROLINE NISHIMURA3; RADDIB EDUARDO NOLETO DA NOBREGA OLIVEIRA3; DANIELA ESTEPHANY DELGADO GUEVARA3; VALTER MAGALHÃES DE SOUZA FILHO3; MARCOS VINICIUS TAVARES ROLIM1; JOSÉ EDSON PUERARI BENEVIDES1. 1. HOSPITAL REGIONAL DE CACOAL - HRC, CACOAL - RO - BRASIL; 2. FACIMED - FACULDADE DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE CACOAL, CACOAL - RO - BRASIL; 3. FACIMED-FACULDADE DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE CACOAL, CACOAL - RO - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A doença de Wilson é uma doença hereditária autossômica recessiva, causado pelo acumulo de cobre inicialmente no hepatócito e posteriormente em diversos órgãos, principalmente no cérebro, córnea e rins devido a mutação de gene ATP7B, responsável pelo transporte desse metal.Relato: Paciente do sexo feminino, negra, 24 anos, filha de pais consanguíneos, apresentando quadro de icterícia, amenorréia e edema em membros inferiores sendo internada em hospital secundário com diagnóstico de cirrose por hepatite autoimune e transferida para nosso serviço devido indicação de biopsia hepática após 24 dias de internação. Ao analisar todos os exames já solicitados, apesar de não excluir o diagnóstico de hepatite auto-imune, foi levantada a hipótese de doença de Wilson devido a paciente ser jovem com cirrose hepática, filha de pais consanguíneos e apresentar leve tremor em mãos. Solicitado biomicroscopia ocular sendo observados depósitos finos na periferia da membrana de descemet em região inferior da córnea, amarronzados e ainda incipientes (Anéis de Kayser-Fleischer), cobre sérico no valor de 80,7 mcg/dl (VR: 80-155mcg/dl), ceruloplasmina de 23,9mg/dl (VR: 22- 58mg/dl) e cobre urinário de 24 hs no valor maior que 400 mcg/24hs (VR: 15-60mcg/24 hs) fechando critérios para doença de Wilson. Conclusão: A diferenciação precoce das hipóteses diagnosticas é essencial na evolução da doença de base. A história clínica de pais consanguíneos, e o exame físico de um tremor discreto em mãos devem ser valorizados, mesmo com o cobre sérico e a ceruloplasmina dentro dos limites da normalidade.

CODIGO DO TRABALHO: 551

TÍTULO DO TRABALHO: ESTRATÉGIA TERAPÊUTICA DE VOLUMOSO CISTO HEPÁTICO: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: IASMIN CAVA DE SÁ; HELENA MANFRINATO KASTANOPOULOS; ANDREA NEVES SOARES; RAFAEL MASSAO DA SILVA NAGATO; PEDRO PINHEIRO DE ALMEIDA NEVES; ANDREA POVEDANO; GUILHERME DE ANDRADE GAGHEGGI RAVANINI; HENRIQUE NEUBARTH PHILLIPS; PEDRO EDER PORTARI FILHO. UNIRIO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Com a evolução da qualidade dos exames de imagem e seu uso cada vez mais rotineiro, os cistos hepáticos são encontrados com elevada frequência. O cisto simples é o mais comum, geralmente assintomático, menor que 3 cm e raramente necessita de um tratamento específico. No entanto, quando grandes e sintomáticos, sua investigação e estratégia terapêutica se torna um desafio.Neste relato de caso, demonstraremos a abordagem clínica e cirúrgica de um volumoso cisto hepático, sintomático, de 24x15 cm, e dados que sugeriam um cisto hidático. RELATO DE CASO: MFV, 65 anos, feminina, obesa, HAS, FA, natural do interior ES, residindo em zona rural até os 6 anos, onde era realizado abate de suínos e aves. Há 6 meses iniciou com astenia, náuseas e aumento progressivo da circunferência abdominal.Exames de imagem apresentando lesão hepática à direita, predominantemente cística com partes sólidas e algum pontos de calcificação parietais, medindo 24x15 cm, e compressão de estruturas adjacentes.Devido a história positiva para doença hidática, exames de imagem sugestivos e diagnóstico pré-operatório não definido, optado pelo tratamento cirúrgico seguindo os moldes da doença hidática.Preparo com Albendazol pré-operatório por 4 dias. Laparotomia, aspiração do conteúdo cístico, com toda área protegida com compressas embebidas em H2O2. Após a aspiração, instilado H2O2 dentro do cisto e reaspirado apos 6 minutos. Somente depois desses passos, realizada sua ressecção. CONCLUSÃO: O Echinococcus granulosus é o parasita mais comum causador da doença hidática e endêmico em várias regiões da América do Sul e do Brasil. Sempre deve ser levantada a suspeita nos pacientes com história epidemiológica de contato com ovinos, porcos e outros hospedeiros. Estes cistos podem crescer e causar sintomas pelo volume, compressão biliar e até ruptura. O diagnóstico pré-operatório e sua diferenciação de um cisto simples pode ser um desafio, pois a sorologia tem baixas sensibilidade e especificidade e exames de imagem, quando do tipo 1 (WHO), são indistinguíveis.Nesse sentido, o índice de suspeita deve ser extremamente alto, pois a estratégia terapêutica quando errada pode ser bastante prejudicial para o paciente. A razão disso é que o derramamento do líquido do cisto hidático na cavidade pode resultar em implantes hidáticos secundários e reação anafilática grave e elevado risco de morte.

CODIGO DO TRABALHO: 3122

TÍTULO DO TRABALHO: ETIOPATOGENIA DO ABSCESSO HEPÁTICO: UMA REVISÃO DE LITERATURA.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: YASMIN BIONE DINIZ; DEBORAH MACÊDO RIGONI PRANDINI; BRUNA MARTINS NEIVA BRINGEL; CAMILA MONTEIRO DA ROCHA; PATRÍCIA ALVES MANGUEIRA; MAFIRA PEREIRA SAFT. INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS, ARAGUAÍNA - TO - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVO: O objetivo deste trabalho é apresentar uma revisão de literatura sobre a etiopatogenia do abscesso hepático.MÉTODOS: Estudo descritivo e bibliográfico que teve a coleta de dados baseada em Artigos Científicos indexados nas fontes de Pesquisa online: Pubmed, LILACS e Scielo. Sendo os termos chaves utilizados na busca: Abscesso, Hepatico, Piogênico.RESULTADOS: De acordo com Ferreira et al (2007), na primeira metade do século passado, o abscesso hepático era relatado como uma condição que afetava sobretudo homens jovens, 20 a 30 anos, no contexto de infecção intrabdominal. Segundo Townsendet al (2010),com o advento do antibiótico modificando o quadro epidemiológico, atualmente o abscesso hepático é mais frequente entre 50 e 60 anos e está mais associado a doença do trato biliar e de origem criptogênica. Em relação aos aspectos etiopatogênicos a principal rota de infecção do fígado, responsável por até 38% dos APH é a via biliar, sendo que a ocorrência relaciona-se com alguma patologia das vias biliares, entre as quais cita-se obstrução biliar, neoplásica ou não, a qual permite a colonização e ascensão dos ductos biliares ? litíase biliar, colangiteesclerosante, câncer da vesícula biliar e doenças congênitas das vias biliares, a exemplo a Doença de Caroli. A veia porta responde a segunda fonte mais frequente de infecção, pois através desta processos infecciosos abdominais como apendicite aguda, diverticulite, abscesso pancreático, empiema da vesícula biliar, entre outros, estendem-se ao tecido hepático. A infecção direta do fígado através de trauma penetrante ou por processo infeccioso contíguo ao órgão, ocorre de maneira menos frequente. No entanto, apesar do conhecimento a respeito da s possíveis rotas de infecção não se consegue identificar a origem em até 37% das vezes. Os principais microrganismos envolvidos nos APH são E. coli, Klebsiellae Streptococcus sp.CONCLUSÃO: Com isso, conclui-se que o abscesso hepático tem uma etiopatogenia muitas vezes não identificada, no entanto seu tratamento deve ser imediato, para melhor evolução do paciente.

CODIGO DO TRABALHO: 2393

TÍTULO DO TRABALHO: EXPERIÊNCIA INICIAL DE TRANSPLANTE HEPÁTICO NA AMAZÔNIA OCIDENTAL

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FERNANDA RIBEIRO DANZIERE1; NILTON GHIOTTI DE SIQUEIRA2; ALBERTO PEREIRA FIRMINO FILHO2; MIGUEL YASUO TOMITA NICACIO2; CIRLEY LOBATO2; HUDA MARIA NOUJAIM1; MARCELO PEROSA DE MIRANDA1; TERCIO GENZINI1. 1. GRUPO HEPATO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DO ACRE, RIO BRANCO - AC - BRASIL.

RESUMO:
Introdução:O Transplante de Fígado (TF) é considerado a terapia de escolha para o manejo da insuficiência hepática terminal. As principais doenças que evoluem com indicação para o procedimento são as hepatites virais, doenças alcoólicas e o Carcinoma Hepatocelular (CHC). Na Amazônia, há uma alta prevalência de portadores de hepatites virais, o que aumenta a demanda por TF, justificando o desenvolvimento de um Serviço de Hepatologia e Transplante Hepático. Objetivos:Descrever a experiência inicial do Serviço de Transplantes de Fígado do Hospital das Clínicas do Acre.Metodologia: Análise retrospectiva de prontuários de 18 pacientes submetidos a TF no Hospital das Clínicas do Acre. Resultados: No período de 2014 a 2017, foram realizados 18 TF no Acre, 15 (83,3%) do sexo masculino e média de idade de 44,7 anos (DP±12,4). Etiologias das hepatopatias: Hepatite B (VHB) em 2 (11,1%), Hepatite C (VHC) em 4 (22,2%), co-infectado por VHB + Hepatite Delta (VHD) em 9 (50%), hepatite auto-imune em 1 (5,5%), colangite esclerosante primária e cirrose criptogênica em 1 cada (11,1%).Quatro pacientes possuiam o diagnóstico de CHC, sendo 2 causados pelo VHC e 2 pelo VHB+VHD. Os doadores foram principalmente da região Norte e o tempo cirúrgico médio foi de6:42h. A mediana da pontuação MELD pré-transplante foi 19,5 pontos (11 - 38). Não foram necessários hemoderivados em 8 pacientes (44,4%). Três pacientes foram reoperados, dois para revisão de hemostasia e 1 para re-anastomose arterial. Um caso necessitou CPRE para passagem de prótese biliar. Num seguimento médio de 14,4 meses (1 a 35) as sobrevidas atuais de paciente e enxerto são ambas de 100%. Conclusão: A alta prevalência de doenças hepáticas que levam a necessidade do TF, a grande distância de outros centros, o repasse dos recursos federais ao estado e os bons resultados obtidos com as experiências iniciais justificam o desenvolvimento e a consolidação do programa de transplante hepático no Estado do Acre.

CODIGO DO TRABALHO: 1307

TÍTULO DO TRABALHO: EXPERIÊNCIA INICIAL E RESULTADOS DE 25 RESSECÇÕES HEPÁTICAS DE UM SERVIÇO DE CIRURGIA HEPATOBILIAR NO ESTADO DO PIAUI

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: WELLIGTON RIBEIRO FIGUEIREDO1; ROBSON DAVID DE ARAÚJO LIAL2; ANA BEATRIZ SILVA LIMA3; ANA CLARA ALVES FERREIRA3; VIVIANNE CARVALHO SOARES DE ARAÚJO2; CAMILA DE SOUA ALMEIDA ARAÚJO2; IARA SANTOS SILVA2; ARISTIDES SILVA PINHEIRO FILHO2. 1. HOSPITAL GETULIO VARGAS, TERESINA - PI - BRASIL; 2. FACID, TERESINA - PI - BRASIL; 3. UESPI, TERESINA - PI - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Nas últimas duas décadas, ocorreram importantes avanços na cirurgia hepática decorrentes, dentre outras coisas, do melhor entendimento da anatomia hepática e aprimoramento da técnica operatória. Nesse contexto, foi observada redução importante do risco das ressecções hepáticas, assim como ,ampliação de suas indicações na prática médica. OBJETIVO: Analisar os resultados iniciais de 25 ressecções hepáticas realizadas por um grupo de cirurgia hepatobiliopancreática no estado do Piauí.MATERIAIS E MÉTODOS: Foram analisados os prontuários de 25 pacientes submetidos à hepatectomia no estado do Piauí em 7 hospitais no período de janeiro de 2012 a junho de 2016. As variáveis analisadas pelo estudo foram: indicação cirúrgica, tipo de hepatectomia, tempo operatório, necessidade de transfusão sanguínea peroperatória, permanência hospitalar e mortalidade pós-operatória.RESULTADOS: A amostra foi constituída por 12 pacientes do sexo masculino (48%) e 13 pacientes do sexo feminino (52 %) com idade entre 28 a 81 anos, com média de 54,5 anos. As indicações foram: hepatocarcinoma (24%), metástase colorretal (28%), adenocarcinoma de vesícula (16%), pseudotumor inflamatório (4%), adenoma hepatocelular (4%), metástase de câncer renal (4%), Doença de Caroli (4%) e hemangioma (8%). Foram realizadas 9 hepatectomias esquerdas (36%), 12 segmentectomias (48%) e 4 hepatectomias direitas (16 %). O tempo operatório se estendeu de 90 a 240 minutos, com média de 179,5 minutos. O período de internação hospitalar variou de 1 a 14 dias, com média de 4,3 dias. Três pacientes (12 %) necessitaram de transfusão sanguínea, com média de 3,3 concentrados de hemácias. A mortalidade pós-operatória foi de 8 % (2 casos), um em consequência de choque hipovolêmico e um devido à insuficiência hepática. Os demais pacientes tiveram evolução pós-operatória satisfatória.CONCLUSÃO: A principal indicação de hepatectomia encontrada nesse estudo foi o hepatocarcinoma, sendo a hepatectomia esquerda a modalidade de ressecção hepática mais realizada devido à maior facilidade técnica. O resultado foi satisfatório, a mortalidade foi restrita aos pacientes com mais de 70 anos ou com cirrose hepática, demonstrando que a ressecção hepática está se tornando cada vez mais segura e com bons resultados até para doenças malignas.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2917

TÍTULO DO TRABALHO: EXPRESSÃO DOS BIOMARCADORES MOLECULARES EPCAM E ALFAFETOPROTEÍNA NO CARCINOMA HEPATOCELULAR

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GUSTAVO GOMES GRATEKI1; LEONARDO DO PRADO LIMA2; PAULA TEIXEIRA VIDIGAL2; CLARA ANTUNES FERREIRA2; ISABELA SOARES FONSECA BATISTA2; CARLA JORGE MACHADO2; VIVIAN RESENDE2. 1. FACULDADE DE MEDICINA DE BARBACENA, BARBACENA - MG - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A expressão de marcadores biomoleculares de células tronco no carcinoma hepatocelular (CHC) tem sido associada a mau prognóstico e ao comportamento biológico agressivo. Um sistema de classificação baseado na expressão de EpCAM e alfafetoproteina (AFP) foi proposto para definir diferentes fenótipos e subtipos de CHC. OBJETIVOS: O objetivo dessa pesquisa foi verificar a expressão de EpCAM e AFP, por meio de imuno-histoquímica em pacientes submetidos a ressecção de CHC. MÉTODOS: Foram estudados 43 pacientes (30 homens e 13 mulheres) submetidos à ressecção de CHC. A etiologia viral foi a mais frequente, com predomínio da hepatite C (41,46%) seguida pela hepatite B (29,26%). A cirrose etanólica foi a menos frequente (12,19%) e, em sete pacientes (17,07%), o CHC incidiu em fígado com doença de etiologia desconhecida. Os nódulos únicos (78,6%) foram predominantes em relação aos múltiplos (21,4%). A maioria dos CHCs foram operados nos estágios iniciais I (45,2%) e II (40,55%). A invasão angiolinfática esteve presente em 41,5 % dos pacientes. Houve predomínio de tumores bem (46,3%) e moderadamente (43,9%) diferenciados. RESULTADOS: A expressão imuno-histoquímica de AFP e de EpCAM foi positiva em 12 (29,3%) CHCs e negativa em 29 (70,7%). O fenótipo EpCAM+AFP+ foi observado em 8 (66,7%) tumores, EpCAM+AFP- em 4 (33,3%), EpCAM-AFP- em 25 (86,2%), EpCAM-AFP+ em 4 (13,8%). Houve diferença significativa na relação da proporção de expressão de EPCAM e AFP entre os diferentes fenótipos (p=0,002). A chance de ocorrer invasão angiolinfática quando AFP sérica esteve entre 100ng/mL e 400ng/mL foi de 12,4 vezes a chance de ocorrer invasão angiolinfática quando AFP sérica esteve abaixo de 100 ng/mL (OR=12,4; p=0,028). A chance de expressão de EpCAM positiva em tumores menores ou iguais a 5 cm foi significativa (OR=8,7; p=0,022). A taxa de sobrevida global foi 74,9%, 69,4%, 69,4% e 53,5% aos 12, 24,36 e 48 meses, respectivamente. CONCLUSÃO: Concluíu-se que existe associação positiva entre a expressão de EpCAM e AFP, entre si, e com os níveis séricos de AFP. O diâmetro menor ou igual a cinco centímetros foi a variável que se associou à expressão de EpCAM e a invasão angiolinfática à expressão de AFP.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1649

TÍTULO DO TRABALHO: FISTULA BILIAR APÓS FERIMNTO POR ARMA DE FOGO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BÁRBARA MOLON ANDREAZZA1; ALANA DUSO2; ANA LIA MESQUITA NUNES3; MARIA FRANÇA DO AMARAL3; LARISSA REGINATO JUNGES3; KAROLINE ROBERTI3; HENRIQUE PAULETTI3; FERNANDO ROGERIO BEYLOUNI FARIAS3; JOSÉ HENRIQUE GUIMARÃES FLORIANI4. 1. UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL, CANOS - RS - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL - ULBRA, CANOAS - RS - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL, CANOAS - RS - BRASIL; 4. ULBRA, CANOAS - RS - BRASIL.

RESUMO:
Introdução Com o aumento do número de casos de violência sofridos pela população, também cresce a incidência de ferimentos por arma de fogo (FAF) a serem tratados nos blocos cirúrgicos. Esse cenário exige a preparação, por parte da equipe médica, para possíveis complicações da cirurgia. A fístula digestiva (FD) ocorre em 19% dos pacientes que sofrem trauma e em 67% após procedimento cirúrgico[1].Relato de caso Um homem de 18 anos deu entrada no Hospital de Pronto Socorro de Canoas ? RS, com FAF em transição toracoabdominal sem orifício de saída, à direita da linha média. O exame físico apontou apenas dor discreta e difusa no abdome. Indicada laparotomia de urgência, foram evidenciados: ferimento transfixante hepático no seguimento VII e VIII com perda de parênquima, hematoma retroperitoneal em quadrante superior direito e lesão tangencial na cortical do rim direito. Por final, foi inserido dreno tubular supra-hepatico e infra-hepatico. No mesmo dia, por instabilidade hemodinâmica, foi necessária relaparotomia para controle de danos, ressutura por evisceração e plano de nova abordagem em 48 horas. A antibioticoterapia foi iniciada após a última intervenção. No sétimo dia de internação, o dreno evoluiu com bilioma, confirmando a hipótese de fístula biliar (FB) na tomografia computadorizada. Cerca de dois dias depois, houve deiscência de sutura da ferida operatória com saída orientada e discreta de bile por mais vinte dias. O paciente permanece em acompanhamento com a equipe cirúrgica, sem necessidade de reintervenção.Conclusão Todo paciente vitima de um trauma abdominal ou toracoabdominal deve ter o pós-operatório visto de perto, grande parte deles pode evoluir para complicações graves. Por isso, é importante diagnosticar a FB, analisar e definir a opção de tratamento o mais cedo possível, para que não ocorram outras complicações derivadas da fístula. Sendo a sepse é a mais comum das enterocutâneas. Além disso, é importante ressaltar que a mortalidade decorrente de FD está entre 6,5 e 21% [2], confirmando a relevância do estudo e aprimoramento dos conhecimentos sobre fistulas e lesões por ferimentos de arma de fogo. REFÊRENCIAS 1. Jaboñska B, Lampe P. Iatrogenic bile duct injuries: Etiology, diagnosis and management. World J Gastroenterol. 2009; 15(33): 4097-104.2. Foster CE, Lefor AT - General management of gastrointestinal fistulas. Surg Clin North Am, 1996, 76(5): 1019-33

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 737

TÍTULO DO TRABALHO: HEMANGIOMA HEPÁTICO GIGANTE: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANTONIO ALVES JUNIOR1; YHOKENN KARLO NUNES BESERRA1; DANIELLE SOARES LIMA1; WALLISSON SANTOS BARBOSA DA CRUZ2. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE, ARACAJU - SE - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE TIRADENTES, ARACAJU - SE - BRASIL.

RESUMO:
Introdução:Hemangioma hepático é o tumor benigno mais comum, apresentando prevalência de 0,4-20% em autópsias. Em sua maioria, são pequenos, assintomáticos e encontrados incidentalmente em exames de imagem. A Ressonância Nuclear Magnética (RM) é o exame mais sensível e específico (> 90%), demonstra lesões bem definidas, homogêneas, com baixo sinal em T1 e alto em T2. A biópsia é contraindicada, devido ao risco de hemorragia. Entretanto, em raras situações, o tumor adquire tamanho maior, sendo denominado hemangioma gigante e pode evoluir com compressão nas vias biliares intra-hepáticas, estruturas vasculares ou órgãos adjacentes, cursando com quadro de dor, saciedade precoce, hemorragia, icterícia, náuseas e vômitos.Relato de Caso:Paciente do sexo feminino, 47 anos, admitida com quadro de dor e distensão abdominal há cerca de dois anos. Ao exame físico, apresentou massa palpável e volumosa em hipocôndrio e flanco direitos, invadindo o mesogástrio, aproximadamente a 20 cm do rebordo costal direito. A Ultrassonografia sugeriu hemangioma hepático gigante em lobo direito invadindo segmento IV. Tomografia Computadorizada e RM de abdome contrastadas corroboraram para o diagnóstico, demonstrando deslocamento do rim direito para esquerda, cruzando os grandes vasos que também apresentavam desvio para esquerda. Internada no Hospital da Universidade Federal de Sergipe foi submetida à lise de aderências, colecistectomia, liberação dos ligamentos hepáticos para completa exposição da tumoração, isolamento e controle dos vasos suprahepáticos, isolamento do hilo hepático (manobra de Pringle), visualizado linha de isquemia após clampeamento do ramo portal direito e ligadura e secção dos vasos provenientes do segmento III para o segmento IV. Realizada hepatectomia direita ampliada com uso de endograpeador, apresentando sangramento intraoperatório controlado, sendo administrados 3 concentrados de hemácias e plasmas, procedimento com duração seis horas. Paciente permaneceu 2 dias em UTI evoluindo para alta hospitalar no 6ºDPO. O anatomopatológico resultou em hemangioma cavernoso com dimensões 21 x 15 x 8,5 cmConclusão:O tratamento cirúrgico fica reservado para os hemangiomas gigantes, sintomáticos, com complicações ou diagnóstico incerto, sendo hepatectomia a técnica frequentemente utilizada por ser um procedimento relativamente seguro. Destacamos também, que o controle dos pediculos vasculares é de suma importancia para o êxito em cirurgias hepáticas de grande porte.

CODIGO DO TRABALHO: 1606

TÍTULO DO TRABALHO: HEMANGIOPERICITOMA HEPÁTICO: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOSE CARDOSO CAVALCANTE JR.; VANESSA STELA FERREIRA SILVA; LUCAS CORREIA LINS; PEDRO BASTOS DE SOUZA MONTEIRO; BARBARA PRISCILA DE ARAÚJO ALBUQUERQUE. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ALBERTO ANTUNES - UFAL, MACEIÓ - AL - BRASIL.

RESUMO:
O hemangiopericitoma é tumor raro, de origem vascular. Pode ter qualquer localização, sendo mais comum nas extremidades. Com tratamento cirúrgico e diagnóstico definitivo mediante exame microscopia eletrônica ou imunohistoquímica.Atendemos no nosso serviço um paciente masculino, de 48 anos, com quadro clínico de aumento progressivo de volume e dor abdominal, sem qualquer outra queixa associada. Ao exame físico destaca-se a presença de grande tumoração dolorosa ocupando epigástrio e hipocôndrio direito.Durante investigação diagnóstica anterior, foi submetido a realização de USG abdominal que mostrou volumosa imagem nodular em região epigástrica medindo 20,8 x 11,3cm e imagens nodulares hepáticas, a maior medindo 3,8 x 3,2cm em segmento hepático VIII.Submetido a TC de abdome foi descrito fígado de dimensões normais, contornos regulares, com múltiplas imagens nodulares hipodensas, com realce anelar, dispersas pelo parênquima, sendo a maior no lobo direito medindo 4,2 x 3,8cm ? sugestivo de implante secundário. Descrevia também volumosa formação expansiva sólida, heterogênea, com áreas de necrose de permeio, lobulada, exofítica, junto a pequena curvatura gástrica medindo cerca de 17,7 x 10,6 x 19,7cm, com realce predominantemente periférico ? sugestivo de tumor estromal da parede gástrica.O paciente mantinha CEA e alfa fetoproteína com dosagens dentro da normalidade no pré-operatório.O paciente foi submetido a uma laparotomia exploradora. No intraoperatório o achado foi uma grande lesão hepática comprometendo todo o lobo esquerdo associada a três lesões nodulares em lobo direito. Não houve sinal de doença metastática durante o procedimento. A tumoração foi removida através de uma hepatectomia esquerda associada a ressecção dos nódulos hepáticos à direita.O resultado final do histopatológico mostrou hemangiopericitoma hepático. Na análise imunohistoquímica, o tumor mostrou-se negativo para AE1/AE3, fortemente positivo para CD34, negativo para Desmina, EMA positivo e S100 negativo, concluindo que a imunomarcação associada aos achados morfológicos é compatível com hemangiopericitoma. O paciente recebeu alta hospitalar sem qualquer complicação e vem mantendo acompanhamento ambulatorial.O hemangiopericitoma é uma doença com quadro clínico e imagens radiológicas inespecíficas, por isso o diagnóstico preciso é dado mediante histopatológico e imunohistoquímica. Seu tratamento definitivo é sempre cirúrgico, com risco de recidiva é alta e seguimento clínico longo.

CODIGO DO TRABALHO: 2657

TÍTULO DO TRABALHO: HEMATOMA HEPÁTICO SUBCAPSULAR NO PUERPÉRIO - RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: NATHALYA DE SOUZA GONÇALVES; LIDIANE QUARESMA PINTO BEZERRA; MADALENA MARIA SILVA COUTINHO; ALANA D`AVILA REBELO; PATRÍCIA NOGUEIRA FERREIRA E SILVA. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O hematoma hepático subcapsular é uma complicação incomum, podendo ter evolução severa tanto para mãe quanto para o feto. Apresenta altas taxas de mortalidade materna em decorrência de ruptura e choque. O diagnóstico pode ser difícil por conta de manifestações inespecíficas como dor em quadrante superior direito, distensão abdominal e vômitos. RELATO: Mulher, 35 anos, 40º PO de parto cesáreo complicado, procurou serviço de pronto-atendimento com quadro de dor em andar superior do abdome e vômitos, com suspeita inicial de pancreatite aguda. Durante internação, foi submetida a tomografia de abdome superior que evidenciou volumoso hematoma subcapsular de 17 cm, ocupando todo o lobo direito hepático. Encaminhada para leito de UTI após piora do estado geral e queda progressiva dos níveis de hemoglobina, não responsiva a hemotransfusão, porém estável hemodinamicamente. Indicada laparotomia exploradora de urgência por suspeita de ruptura do hematoma. Transferida para o Hospital Universitário Walter Cantídio, foi submetida de imediato à cirurgia, a qual constatou volumoso hemoperitônio (cerca de 2000ML) e hematoma hepático subcapsular rôto. Realizada remoção dos coágulos e hemostasia com coagulador de argônio de superfície cruenta do fígado. Devido persistência de foco de sangramento em segmento VII, decidiu-se por empacotamento hepático e drenagem da cavidade com dreno tubular. Na reabordagem após 72h, manteve-se o empacotamento hepático por persistência do sangramento. 24 horas após, evoluiu com instabilidade hemodinâmica e drenagem súbita de 400ml de sangue vivo ? realizado reempacotamento e paciente foi deixada em ventilação mecânica e uso de drogas vasoativas. Retiradas as compressas 72 horas após, houve parada do sangramento, contudo novo hematoma agora em segmentos V/VI foi evidenciado. Realizada hemostasia com sucesso, contudo puérpera precisou ser reabordada em 4 ocasiões por síndrome compartimental abdominal, suspeita de coleção subfrênica e sangramento hepático. No pós-operatório, evoluiu com arritimia cardíaca, distúrbio de coagulção e coagulopatia de consumo, falecendo 3 semanas após primeira abordagem. CONCLUSÃO: Hematoma hepático subcapsular é uma complicação relacionada à pré-eclampsia, eclampsia e síndrome HELLP. 1 a cada 100.000 gestantes pode evoluir com hematoma hepático rôto. O tratamento pode variar de medidas conservadoras, embolização de artéria hepática até transplante hepático nos sangramentos agudos incontroláveis.

CODIGO DO TRABALHO: 2313

TÍTULO DO TRABALHO: HEPATECTOMIA EM PACIENTES PORTADORES DE HEPATOCARCINOMA MAIOR DE 10 CENTÍMETROS ? APRESENTAÇÃO DE 5 CASOS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FERNANDA RIBEIRO DANZIERE1; NILTON GHIOTTI DE SIQUEIRA2; MIGUEL YASUO TOMITA NICACIO2; ALBERTO PEREIRA FIRMINO FILHO2; EVERTON FELIPE DO VALE ARAUJO2; CIRLEY LOBATO2; MARCELO PEROSA DE MIRANDA1; TERCIO GENZINI1. 1. GRUPO HEPATO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DO ACRE, RIO BRANCO - AC - BRASIL.

RESUMO:
Introdução:O Hepatocarcinoma Celular ? HCC? é o principal tumor primário que acomete o tecido hepático, estando, frequentemente, relacionados com um quadro de cirrose hepática, estando a etiologia atribuída a uma variedade de patopatias que afligem o fígado. Seu melhor tratamento no longo prazo é o transplante de fígado (TF) mas sua aplicação restringe-se a estágios iniciais conhecidos como Critérios de Milão. Para tumores fora dos critérios de Milão, a ressecção hepática é a melhor opção de tratamento. Entretanto, existem dúvidas sobre até que tamanho da lesão primária vale a pena operar um cirrótico portador de HCC, diante dos riscos cirúrgicos e de recidiva da doença. Relato de série de caso: Neste estudo foram analisados 5 pacientes portadores de HCC com tumores maiores de 10 cm. A média de idade dos pacientes foi de 45,5 anos (34-84), sendo a maioria homens (n = 3; 60%) . O tamanho médio dos tumores foi de 12,7cm (10,7 a 16,2). Dentre as etiologias, infecção pelo Vírus da Hepatite B (n=1; 20%), Vírus da Hepatite C (n=2; 40%), VHB eVírus da Hepatite D (n=1; 20%) e 1 paciente (20%) sem causa definida. O seguimento médio dos pacientes foi de 33,4 meses (2 a 85). Dois (40%) pacientes apresentaram recidiva e estão sendo tratados, um com quimioembolização e Sorafenibe, e outro apenas com Sorafenibe. Todos os pacientes encontram-se vivos e a sobrevida livre de doença é de 60%. Conclusão: Pacientes com HCC avançados, maiores que 10 cm e portanto fora de critérios para transplante, podem ser beneficiados com tratamento cirúrgico, apresentando bons resultados a longo prazo.

CODIGO DO TRABALHO: 1984

TÍTULO DO TRABALHO: Hepatectomia para tratamento da Hidatidose Policística

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: NILTON GHIOTTI DE SIQUEIRA1; ELCIMAR DOS REIS DA SILVA2; LARISSA MARTINS PELUSO2; LOEMA DO AMARAL FIRMINO2; NATALI PIRES MENDES2; PEDRINHO DE OLIVEIRA LOPES2; RODRIGO DO AMARAL FIRMINO2. 1. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DO ACRE/UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE, RIO BRANCO - AC - BRASIL; 2. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DO ACRE, RIO BRANCO - AC - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A Hidatidose Policística é uma doença negligenciada, cujo agente etiológico é o Echinococcus vogeli. Provocam lesões principalmente hepáticas, policísticas com calcificações grosseiras periféricas, por vezes confundida com neoplasias. Pode se apresentar com lesões hepáticas extensas que por compressão podem provocar hipertensão portal, fístulas biliares e cirrose hepática. Relato do Caso: Paciente com epigastralgia em queimação há aproximadamente 15 anos. No último ano passou a ser de moderada intensidade a incapacitante chegando a interferir na qualidade do sono ao despertá-lo durante a noite. Realizou EDA 16/04/16 com diagnóstico de úlcera pré-pilórica de 0,5cm recoberta por fibrina (histopatológico: gastrite crônica). Mora em área rural e sua esposa tem o diagnóstico de hidatidose com grave acometimento hepático e em uso de albendazol. Foi solicitado US de abdome para rastreamento de hidatidose, que demonstrou formação expansiva multiloculada com septações grosseiras em segmentos hepáticos VII e VI medindo 8,2x7,4x5,9cm. A CT de abdome demonstrou lesão cística, multiloculada, com calcificações grosseiras de contornos regulares medindo 6,0x5,0cm não captante de contraste localizado no segmento VII. Foi realizado tratamento clínico para úlcera e iniciado Albendazol 800mg/dia. Em 24/06/16 foi sumetido a hepatectomia dos segmentos VI e VII englobando a lesão e colecistectomia sem intercorrências, com alta em 08/07/16. Conclusão: A despeito dos avanços tecnológicos, a anamnese permanece como a melhor ferramenta diagnóstica. A história familiar de Hidatidose Policísitica levou a realização de exame de rastreamento que se mostrou positivo. esse agravo faz parte do rol de doenças negligenciadas, porém os casos conhecidos são como a ponta do iceberg devido as características do ciclo biológico silvestre do Echinococcus vogeli que pode ocorrer desde o México até a Argentina. A maioria dos casos que tratamos no Estado do Acre, têm acometimento apenas hepático. O avanço nas técnicas da cirurgia hepática está proporcionando cirurgias cada vez mais seletivas e seguras, principalmente nas doenças benignas, que não necessitam de margem de segurança nas ressecções. Dessa forma, o maior desafio é o diagnóstico numa fase inicial da doença, que possibilite a cirurgia. Por outro lado, em casos avançados, já com hipertensão portal e sinais de insuficiência hepática grave, o transplante hepático pode ser indicado, apesar de ser uma experiência incipiente.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2199

TÍTULO DO TRABALHO: HEPATECTOMIA PARCIAL NA CALCULOSE INTRA-HEPÁTICA: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANDERSON CARLOS BRASIL VASCONCELOS; GLEYDSON CESAR DE OLIVEIRA BORGES; ALEXANDRA MANO ALMEIDA; ANA PAULA FARIA MAIA PORTUGAL; RENATO DE CASTRO PEREIRA ROBERTO; DOUGLAS RODRIGUES DE MACÊDO. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A Calculose Intra-hepática é uma doença rara no mundo ocidental, porém percebe-se um exponencial aumento do número de casos. No Brasil, mostrou-se que a Calculose Intra-hepática representou 2,1% de todas as doenças calculosas das vias biliares. Este trabalho tem o intuito de relatar um caso de uma paciente portadora de calculose intra-hepática e que foi submetida a uma Hepatectomia Parcial. RELATO DE CASO: L.M.S., feminino, 48 anos, admitida na Santa Casa de Fortaleza em 15/03/16, com icterícia progressiva há 1 mês, anorexia e dor abdominal.Além da icterícia, apresentou há 10 dias da internação quadro de dor abdominal intensa, febre, náuseas e vômitos (colangite). Apresentava-se emagrecida, ictérica, sem visceromegalias. Histórico de colecistectomia prévia com derivação biliodigestiva devido à complicação cirúrgica. TC abdome evidenciava dilatação difusa das vias biliares intra-hepáticas com sinais de litíase biliar intra-hepática e aumento de volume hepático esquerdo. No intra-operatório, evidenciou-se aumento de volume do lobo hepático esquerdo, presença de nodulações intra-hepáticas (litíase) e aumento das vias biliares.Realizado hepatectomia esquerda com retirada significativa de cálculos.A paciente evoluiu bem no pós-operatório e recebeu alta hospitalar com níveis de bilirrubinas normalizados e sem clínica de colangite. CONCLUSÃO: A Calculose Intra-hepática é uma condição que, devido à sua raridade, pode permanecer por muito tempo sem diagnóstico, trazendo consigo complicações clínicas com desfecho desfavorável. Seu diagnóstico requer atenção e tem vindo a tornar-se mais frequente devido à melhoria das técnicas de imagem diagnósticas. Tal condição deve ser avaliada e tratada em centros especializados com adequado suporte clínico e cirúrgico. A ressecção hepática é o tratamento escolha para a litíase intra-hepática e está associada a resultados satisfatórios a longo prazo.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2872

TÍTULO DO TRABALHO: HEPATOCARCINOMA INVASIVO: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANA MARIA GARCIA1; JULIANA GUNDIM BARROS GUIMARÃES2; JESSIKA RODRIGUES TAUHATA2; RAIZA VIEIRA DA SILVA2; OTÁVIO LIMA DE ARRUDA JÚNIOR2; RONE ANTONIO ALVES ABREU2; MARÍLIA ALVES ARAUJO FERREIRA2; FERNANDA VIANA RODRIGUES2. 1. ITPAC, ARAGUAINA - TO - BRASIL; 2. ITPAC/FAHESA, ARAGUAÍNA - TO - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Hepatocarcinoma representa quase 85% das neoplasias hepáticas primárias no Brasil. É um câncer derivado das principais células do fígado com índice de óbito alto. Os fatores de risco incluem a infeção pelo HVB e HVC, as doenças hepáticas derivadas do consumo de álcool, a exposição a aflatoxinas, principalmente, a esteatose hepática não alcoólica, juntamente aos dados de região geográfica, raça e grupo étnico. São importantes para diagnóstico os testes de função hepática, sorologias e exames de imagens USG, TC, RNM, marcadores tumorais. O tratamento dependerá do estadiamento geralmente sendo cirúrgico. Relato de caso: Paciente M.F.G, sexo feminimo,64 anos, procurou um cirurgião geral com queixa de dor lombar á direita há 2 meses, irradiada para hipocôndrio direito, associada á plenitude pós prandial, perda ponderal de 7kg, evoluindo com icterícia, e febre contínua baixa. Não etilista, ex-tabagista há 20 anos. Relatava diabetes mellitus e hipertensão sistêmica em tratamento. Uso de paroxetina. Paciente bom estado geral, ictérica 2+/4+,hidratada, sinais vitais estáveis. Apresentava massa palpável em hipocôndrio direito, sólida, bem delimitada. A Ultrassonografia com presença de colelitíase e nódulos hipoecogênicos no lobo hepático direito. A ressonância magnética evidenciava fígado com massa sólida, heterogênea, áreas acometendo os segmentos V e VI e lesão hepática de aspecto secundário no segmento VIII, linfonodomegalias no hilo hepático, interaortocaval, paraórtico, esquerdo e peripancreático, promovendo compressão extrínseca da veia cava inferior. Paciente encaminhado para cirurgia sendo estadiado o tumor. Presença de ascite volumosa, colhida amostra para histopatológico, e a presença de tumoração no lobo direito do fígado que invadia vesícula biliar, veia porta, retroperitôneo, rim direito, tumor irressecável. Resultado da biópsia sugestivo de hepatocarcinoma. Paciente após a cirurgia obteve alta hospitalar e aguardava histopatológico, evoluindo com óbito 2 semanas após a cirurgia, por possível encefalopatia bilirrubínica. Conclusão: Diante do caso confirma a elevada mortalidade quando diagnosticado tardiamente, exames preconizados pela literatura foram os utilizados no caso relatado. Os pacientes devem ser estratificados pelo estágio da doença na preconização do tratamento.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1863

TÍTULO DO TRABALHO: HEPATOCARCINOMA: APRESENTAÇAO ATIPICA DE TRES CASOS DE RUPTURA ESPONTANEA TRATADOS NA URGÊNCIA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CARLA MARIANA GONÇALVES CARVALHO E SILVA1; AUGUSTO CÉSAR BESERRA MARTINS2; ISADORA COSTA COELHO GAYOSO E ALMENDRA2; WELLIGTON RIBEIRO FIGUEIREDO2; MAYARA MAGRY ANDRADE DA SILVA2; ÁLISSON DUARTE MARTINS2; MAURO ANDRÉ GONÇALVES CARVALHO E SILVA3; ADNER ADMYS MARTINS REIS DOUDEMENT2. 1. CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI, TERESINA - PI - BRASIL; 2. FACULDADE INTEGRAL DIFERENCIAL, TERESINA - PI - BRASIL; 3. HOSPITAL SANTA MARIA, TERESINA - PI - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O carcinoma hepatocelular (CHC) está relacionado com fatores ambientais, tendo como agentes etiológicos: etanol, vírus das hepatites B e C. O diagnóstico por ultrassonografia (US) com Doppler, tomografia computadorizada (TC), possibilitam a identificação precoce do tumor. O tratamento é feito por ressecção, transplante, ablação percutânea por radiofrequência e a quimioterapia. A ruptura espontânea do CHC é uma complicação muito rara, em torno de 0,8%. O objetivo do trabalho foi relatar três casos de CHC rotos espontaneamente abordados na emergência de hospitais de referência de Teresina-PI. RELATO DE CASO: Três pacientes (1), (2) e (3) do sexo masculino com idades variando de 42 a 93 anos deram entrada no pronto socorro com quadro de dor abdominal súbita intensa. Ao exame físico apresentavam palidez acentuada, desidratação, hipotensão, taquicardia, abdome distendido e doloroso. Sinais de peritonite presentes apenas em (2). Exames laboratoriais: hematócrito variando entre 15 e 18%, hemoglobina variou entre 5,5 e 6,5g/dL e sorologia para hepatite B positiva apenas em (3). A US no (1) mostrou hemoperitôneo maciço com nódulo hepático em lobo esquerdo medindo 5,7cm. Já no (2) a ecografia evidenciou grande quantidade de liquido livre no abdome e lesão hipoecoica de 4,0cm no lobo hepático esquerdo. Enquanto no (3) a US e TC evidenciaram grande quantidade de liquido na cavidade abdominal e lesão hepática hipervascularizada medindo 4,1x3,8cm em segmento VIII. Todos foram submetidos à laparatomia de urgência onde foi verificado no (1) a presença de lesão tumoral rota em lobo hepático esquerdo com sangramento ativo; No (2) hemoperitoneo maciço com lesão rota no segmento II-III do fígado e no (3) lesão hepática rota no segmento VIII. Dois dos pacientes foram submetidos a técnicas radicais: hepatectomia esquerda de urgência (1) e segmentectomia lateral esquerda de urgência (2). O terceiro paciente foi optado pelo uso de agentes hemostáticos (selante de fibrina humana) com sucesso, sendo encaminhado para o transplante hepático, ao contrário dos outros que evoluíram pro óbito no pós operatório. O histopatológico confirmou CHC em todos pacientes. CONCLUSÃO: A evolução dos agentes hemostáticos tem possibilitado uma segurança maior no controle de hemorragias no intra-operatório ao contrário dos tratamentos radicais.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2812

TÍTULO DO TRABALHO: IMPORTÂNCIA DA CINTILOGRAFIA ÓSSEA NO ESTADIAMENTO DE PACIENTES COM HEPATOCARCINOMA DENTRO DOS CRITÉRIOS DE MILÃO UTILIZADOS NO BRASIL

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GIOVANNA RICCIOPPO DIEGUES; GABRIEL POMPERMAYER; RAPHAEL FEDERICCI HADDAD; YURI YAMADA; REGINA GOMES DOS SANTOS; HUDA MARIA NOUJAIM; MARCELO PEROSA DE MIRANDA; TERCIO GENZINI. HOSPITAL BANDEIRANTES, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
O carcinoma hepatocelular (HCC) é o sexto câncer mais prevalente no mundo e a terceira causa de óbito relacionada a câncer. A metástase óssea se manifesta como lesão osteolítica na cintilografia óssea. Nos estágios iniciais, dentro dos Critérios de Milão, a taxa de positividade na cintilografia óssea (CO) apresenta números bastante reduzidos e por esse motivo a United Network for Organ Sharing não a considera mais como parte do protocolo de estadiamento neste grupo de pacientes quando assintomáticos. No Brasil, a resolução SS-114 do ministério de Saúde, que regula a inscrição dos pacientes em lista de espera para transplante, indica a CO como obrigatória para exclusão de metástase óssea em pacientes com solicitação de inclusão em lista com situação especial pela presença do HCC. Objetivo: Avaliar a importância da cintilografia óssea nos pacientes com HCC dentro dos critérios de Milão. Métodos: Estudo retrospectivo, observacional através da análise de prontuários de pacientes inscritos em lista de espera para transplante de fígado com situação especial por HCC, e portanto dentro dos critérios de Milão adaptados ao Brasil. Resultados: Foram analisados prontuários de 160 pacientes, 21,87% (35) do sexo feminino e 78,13% (125) do sexo masculino com a idade média de 56 anos. A CO foi negativa em 86,25% (138), 13,74% (22) apresentaram resultado duvidoso e não houve nenhum caso positivo. A CO duvidosa levou à realização de uma série de exames para excluir metástases, gerando assim 66 radiografias simples, 10 tomografias computadorizadas e 5 ressonância nuclear magnética neste grupo, onerando as fontes pagadoras com valores entre R$ 3.758,33 (valores SUS) e R$ 33.392,45 (valores de planos de saúde). Conclusão: a CO, em pacientes assintomáticos do ponto de vista ósseo, com HCC dentro do Critério de Milão ? Brasil apresenta baixa sensibilidade. Neste estudo, 160 pacientes foram submetidos à cintilografia óssea, 86,25% (138) apresentaram resultado negativo para metástase óssea e não houve nenhum caso positivo. Entre os 13,74% (22) com resultado duvidoso, nenhum confirmou presença de HCC apesar da realização de vários exames complementares. Além do custo da CO, vários exames foram solicitados baseados em seus achados, onerando as fontes pagadoras, em média R$ 3.758,33 reais nos valores SUS e R$ 33.392,45 nos valores da rede privada. A CO mostrou-se um exame desnecessário como estadiamento de pacientes com HCC dentro dos critérios de Milão.

CODIGO DO TRABALHO: 617

TÍTULO DO TRABALHO: IMPORTÂNCIA DO ESTÁGIO NO SETOR DE TRANSPLANTE HEPÁTICO E ÓRGÃOS DO SISTEMA DIGESTÓRIO NO APRENDIZADO DE PRÁTICAS CLÍNICAS E CIRÚRGICAS PARA ACADÊMICOS DE DIFERENTES REGIÕES DO BRASIL.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PEDRO DEAK DE ALMEIDA1; RAFAEL ZELL2; CAIO HEIJI MATOBA3; CAROLINA FOLINI3; RENATA CALCIOLARI ROSSI E SILVA1. 1. UNIVERSIDADE DO OESTE PAULISTA, PRESIDENTE PRUDENTE - SP - BRASIL; 2. CENTRO UNIVERITÁRIO DO PARÁ, BELÉM - PA - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE BRASIL, FERNANDÓPOLIS - SP - BRASIL.

RESUMO:
Relato de experiência IMPORTÂNCIA DO ESTÁGIO NO SETOR DE TRANSPLANTE HEPÁTICO E ÓRGÃOS DO SISTEMA DIGESTÓRIO NO APRENDIZADO DE PRÁTICAS CLÍNICAS E CIRÚRGICAS PARA ACADÊMICOS DE DIFERENTES REGIÕES DO BRASIL. Introdução: Estágios extracurriculares ampliam o aprendizado, contribuindo para aplicação prática do conteúdo teórico e para a formação de conhecimentos que nem sempre são observados na matriz curricular. O objetivo deste estágio foi consolidar o conhecimento sobre patologias hepáticas, bem como aprimorar o aprendizado na área de Transplantes de Órgãos do Aparelho Digestivo. Relato de experiência: O estágio ocorreu no periodo compreendido entre 01 e 29/07/2016, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Diariamente, no período matutino, ocorriam visitas à enfermaria do setor, onde eram discutidos os casos clínicos de cada leito, e os estagiários tiveram a oportunidade de visitar e até mesmo realizar anamnese de alguns dos pacientes, podendo então conhecer diversas causas relacionadas às patologias do trato digestivo que necessitavam de transplante. No período vespertino, foi ofertado o acompanhamento ambulatorial no setor, permitindo aos acadêmicos conhecer a realidade epidemiológica da cidade de São Paulo, bem como aprender a abordagem ao paciente em diversos casos. Além destas atividades, frequentemente foi permitido o acompanhamento de procedimentos cirúrgicos de transplante de fígado, pâncreas e intestino delgado, permitindo o aprendizado de técnicas cirúrgicas para cada transplante, enfatizando a prática da diérese, hemostasia, da cirurgia propriamente dita e da síntese, bem como ressaltando conceitos de instrumentação e paramentação cirúrgica. Finalmente, todas as segundas-feiras os estagiários eram levados ao Serviço de Verificação de Óbitos da USP, podendo acompanhar necrópsias com médicos devidamente autorizados. Considerações finais: A convivência diária com a equipe e com os pacientes, e os temas estudados, proporcionaram tanto a sedimentação do conhecimento teórico-prático como uma visão humana sobre transplantes, o que é fundamental durante o processo de formação acadêmica, tanto técnico-científica social.

CODIGO DO TRABALHO: 2584

TÍTULO DO TRABALHO: Lesão Iatrogênica de Vias Biliares Pós-Colecistectomia

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RAPHAEL VICTOR CAMPOS FREIRE BARELA1; THIAGO ALEXANDRE MACEDO DE AZEVEDO2; MANUELA GOMES DE AGUIAR1; RENANNA LYRA LIMA BARBALHO COUTINHO1; MARCÍLIO CARDOSO DE QUEIROZ1. 1. UNIVERSIDADE POTIGUAR, NATAL - RN - BRASIL; 2. HOSPITAL MUNICIPAL SANTA ISABEL, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A lesão iatrogênica de vias biliares é uma complicação importante durante a cirurgia de colecistectomia. Mesmo com a introdução da cirurgia laparoscópica a partir de 1990, a sua incidência aumentou de 0,2% para 0,6%. As causas das lesões são múltiplas, como, por exemplo, as variações anatômicas da árvore biliar. Os pacientes podem evoluir com icterícia obstrutiva e uma síndrome colestática. Complicações como hipotensão e insuficiência renal aguda após procedimentos de desobstrução apresentam alta morbidade e contribuem para a alta mortalidade do paciente. Relato de caso: F.P.S., 31 anos, mulher, em jun/2016 apresentou-se com queixa de dor em hipocôndrio direito, de forte intensidade, associado a náuseas e vômitos biliosos. Evoluiu com piora do quadro e, após realização de USG abdominal total, foi detectado presença de cálculos biliares. Realizou colecistectomia aberta em ago/2016. No 3º dia pós operatório (DPO) evoluiu com icterícia +4/+4, colúria, acolia fecal e prurido difuso. Foi reabordada para colocação de dreno. Após um mês, o dreno foi retirado e a icterícia se manteve. Realizou TC de abdome que mostrou dilatação de vias biliares intra-hepáticas e colangiorressonância evidenciando estenose de ducto hepático comum. Foi submetida a nova abordagem com hepatocolitotomia do ducto hepático comum e derivação bilio-digestiva em Y de Roux a 30cm do ângulo de Treitz com anastomose latero-terminal da alça com hepático comum. No 2o DPO evoluiu com hematoma em borda lateral de ferida operatória (V=228mL), sendo submetida a 2 procedimentos de drenagem subcutânea e admitida na UTI por episódios de hipotensão. Recebeu alta após 8 dias com resolução do quadro. Conclusão: O paciente em questão, após sucessivas complicações pós colecistectomia, recebeu tratamento adequado para reparo da lesão e restabelecimento do fluxo biliar para o intestino como resolução definitiva. As variações anatômicas são uma grande barreira para realizações de cirurgias bem sucedidas. É preciso cautela e experiência para diminuição da incidência de lesões iatrogênicas e consequências graves para os pacientes.

CODIGO DO TRABALHO: 2438

TÍTULO DO TRABALHO: Ligadura da veia porta associada a bipartição hepatica para hepatectomia em dois estágios - ALPPS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: SAMELA NUNES ALECRIM DE SOUZA1; ROGÉRIO DARDENGO GLÓRIA2. 1. HOSPITAL EVANGÉLICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM, CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM - ES - BRASIL; 2. HOSPITAL EVANGELICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM, CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM - ES - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A técnica de ALPPS consiste na ressecção hepática extensa estagiada em dois tempos com a finalidade de promover rápida hipertrofia do remascente hepático, através da ligadura do ramo direito da veia porta associado a bipartição do parênquima. Permitindo hipertrofia superior a embolização num período muito mais curto. Resultado: M.A.C, masculino, branco, 52 anos. Deu entrada na emergência do HECI em 09/16 com síndrome de obstrução intestinal, sendo submetido a TC de abdômen que revelou neoplasia de cólon direito estenosante com obstrução intestinal e pequenas nodulações hepáticas sugerindo metástases múltiplas. Diante disso, foi realizada hemicolectomia direita com ileostomia terminal. Seguiu ambulatorialmente em tratamento pela oncologia, fez 4 ciclos de folfoxiri e reestadiado com RNM ABD (26/12/16) apresentando implantes hepáticos nos segmentos I, IVa, V, VI,VII e VIII. Frente ao diagnostico, foi programada hepatectomia ALPPS. Na volumetria pré- operatória, apresentava volume hepático total de 1319 cm^3e volume do remanescente hepático 247 cm^3 (18,8%). Realizado primeiro tempo do ALPPS em 24/01/17, com ligadura do ramo direito da veia porta, bipartição hepática a nivel da fissura principal e enucleação de metastase no segmento IVa, com duração de 4h e 30 min, sendo realizado manobra de Pringle total intermitente de 45 min e sem sangramentos significativos. Após 1 dia de CTI, ficou internado em enfermaria, realizou-se no D06 pos op TC de abdomen de controle apresentando hipertrofia do lobo esquerdo em 114%. Com 7 dias de intervalo, foi então realizada segundo tempo do ALPPS, com hepatectomia direita alargada para segmento I, sendo o tempo cirúrgico de 2h e 30 min, sem sangramento, sem manobra de Pringle e sem fistula. Após 5 dias de internação hospitalar, com melhora clínica, o paciente recebeu alta.Conclusão: A rápida hipertrofia do fígado induzida pela técnica ALPPS permitiu a ressecção hepática extensa com segurança e cirurgia R0, evitando insuficiência hepática pós operatória. O paciente segue assintomático e livre de doença, terminando a adjuvancia com folfoxiri.

CODIGO DO TRABALHO: 2183

TÍTULO DO TRABALHO: LIGADURA DA VEIA PORTA ASSOCIADA À TRANSECÇÃO HEPÁTICA COM HEPATECTOMIA EM DOIS TEMPOS (ALPPS): UMA ALTERNATIVA PARA PACIENTES COM METASTASE COLORRETAL

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RAFAELA BRITO CAPELLI; MARCELO ENNE DE OLIVEIRA; RENATO DE SOUZA CANO; LUIZA BASILIO RODRIGUES. HFI, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:
O câncer colorretal é o terceiro mais comum nas estatísticas mundiais, e metade dos pacientes com esse tipo de tumor irá desenvolver metástase hepática em algum momento da doença. O tratamento cirúrgico é o único considerado curativo e a diversificicação das técnicas cirúrgicas amplia a quantidade de pacientes que podem ser beneficiados e potencialmente curados. A técnica da ligadura da veia porta associada a transecção hepática em dois tempos (ALPPS), quando corretamente indicada tornou-se um recurso para pacientes antes considerados inoperáveis. Nossa experiência consiste em uma série de nove casos entre fevereiro de 2012 a outubro de 2015 de pacientes com metástase colorretal bilobar irressecáveis por outros métodos, com resultados de média de hipertrofia do remanescente hepático de 78%, com intevalo médio de 8 dias, tendo um paciente desenvolvido complicação grau IIIB pela classificação de Clavien-Dindo, cinco apresentaram recidiva hepática e um paciente encontra-se livre de doença até a presente data. A técnica mostrou-se segura e possui vantagens sobre as demais quando as indicações precisas são respeitadas e quando realizada por cirurgiões hepato-biliares experientes.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2430

TÍTULO DO TRABALHO: LIGADURA DA VEIA RENAL ESQUERDA NO TRANSPLANTE HEPÁTICO EXPERIÊNCIA DE 50 CASOS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GABRIELA TOMAZ MARTINHO1; FRANCISCO ANTONIO SERGI FILHO1; TERCIO GENZINI1; HUDA MARIA NOUJAIM1; LEONARDO TOLEDO MOTA1; JUAN RAFAEL BRANEZ PAREIRA2; BEIMAR EDMUNDO ZEBALLOS SEMPERTEGUI3; TIAGO GENZINI DE MIRANDA1; ANDRE LUIS CONDE WATANABE4; NADIA MIE TAIRA1; ALESSANDRO SILVESTRE1; MARCELO PEROSA DE MIRANDA1. 1. HOSPITAL BANDEIRANTES, SAO PAULO - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL BANDEIRANTES, COCHABAMBA - BOLIVIA; 3. HOSPITAL BANDEIRANTES, POTOSI - BOLIVIA; 4. INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DO DF, BRASILIA - DF - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A presença de grandes shunts esplenorrenais (>10mm) espontâneos (SERE) representa fator de risco ao fluxo portal pós-Transplante Hepático (TH). A ligadura da veia renal esquerda (LVRE) é alternativa aceita para a interrupção destes shunts durante o TH. Objetivo: Mostrar a eficácia e segurança da realização da LVRE na presença de SERE durante o TH. Métodos: Descreve-se experiência com 50 casos de LVRE de 2008 a 2016, seus resultados e impacto sobre a função renal a curto e longo prazo. Resultados: Trinta e três pacientes (66%) eram do sexo masculino, idade média de 48,3 anos (25-67) e como principais etiologias da doença hepática citam-se: vírus C - 12 (24%), vírus B - 9 (18%) e álcool - 7 (14%). O MELD médio foi de 21,2(10-42), sendo a encefalopatia o sintoma mais frequente em 36 pacientes (72%); a presença de grandes SERE foi confirmada no pré-operatório em 38 casos(76%) por algum método de imagem. Em 12 (24%) pacientes, a trombose de porta estava presente e a trombectomia cirúrgica foi necessária em 9 (18%). A creatinina sérica média no pré, PO1, PO7, dia de alta e seguimento tardio foi respectivamente de, 0,95 , 1,25 , 1,58 , 1,23 e 1,13mg/dl. A necessidade de diálise pós-TH ocorreu em 15 (30%) casos. Destes, 12 (80%) já apresentavam fatores de risco para insuficiência renal pós-TH como disfunção renal pré-TH, reoperações pós-TH, disfunção do enxerto, síndrome compartimental, sepsis, trombose de porta e infarto agudo do miocárdio. A trombose de porta no pósTH ocorreu em 2 pacientes (4%) e a sobrevida de paciente e enxerto de 1 ano foi de 78% e 74%, respectivamente. Conclusão: A LVRE mostrou-se manobra técnica oportuna para incremento do fluxo portal nos TH de pacientes com grandes SERE, determinando boa sobrevida de paciente e enxerto e índice baixo de trombose de porta. Tal recurso técnico não mostrou prejuízo à função renal a longo prazo.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 807

TÍTULO DO TRABALHO: Metástase hepática secundária a câncer colorretal: um enfoque diagnóstico

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FELIPE MATHIAS CARVALHO DE SOUZA; SÉRGIO CARDOSO RAMOS FILHO; JOILTON BONIFÁCIO DE SOUZA; RODRIGO JORGE DE SOUZA DA FONSECA; TOMAZ VELOSO ARCELINO DOS SANTOS; LUCAS DA SILVA BORDONI; VICENTE DE PAULA MAIA SIMÕES; JOÃO MARCELO SAMPAIO SANTANA. UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - FAMEB/UFBA, SALVADOR - BA - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O câncer colorretal se apresenta como uma das afecções malignas mais incidentes no território brasileiro. Estima-se que o câncer colorretal foi o 3º tipo de câncer mais incidente em homens e o 2º mais incidente em mulheres (excetuando-se os tumores de pele não-melanocíticos) no ano de 2016. Com relação ao sítio de metástase mais comum desse câncer, a metástase para o fígado chega a estar presente em até 80% dos casos. Com o objetivo de apresentar um caso de metástase hepática secundária a câncer colorretal, com enfoque na abordagem clínica e diagnóstica e suas correlações com a literatura, foi realizado um relato de caso com informações obtidas pela revisão do prontuário médico e entrevista com o paciente acompanhado em um hospital terciário na cidade de Salvador-BA, além de uma revisão de literatura.RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 61 anos, com história de empachamento pós-prandial, dor epigástrica e mudança no ritmo intestinal, foi diagnosticado com adenocarcinoma de cólon ascendente, tendo realizado hemicolectomia direita, com visualização de dois nódulos suspeitos em fígado, já visualizados em RMN anterior, no intraoperatório. Para confirmação do diagnóstico foi realizada uma PET-CT, que evidenciou lesão compatível com metástase em segmentos II e IV. Após a confirmação da lesão foi programada uma hepatectomia parcial para a remoção do tumor.CONCLUSÃO: A metástase hepática é um dos fatores mais importantes na avaliação do prognóstico do paciente, sendo a principal causa de mortalidade nestes, apesar de sua ocorrência possibilitar uma ressecção da própria metástase, ainda com objetivo curativo. Por isso, é preciso um diagnóstico precoce, tanto da lesão primária quanto da secundária, para que seja possível ofertar uma maior sobrevida ao paciente.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1315

TÍTULO DO TRABALHO: MODELO HEPÁTICO 3D COMO ADJUVANTE NO PLANEJAMENTO E TRATAMENTO CIRÚRGICO DE COLANGIOCARCINOMA INTRA-HEPÁTICO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RODRIGO DE OLIVEIRA VERAS1; KASSIA FERNANDA CORDOVA1; HENRIQUE DE AGUIAR WIEDERKEHR1; CAROLINE ARAGÃO DE CARVALHO1; BARBARA DE AGUIAR WIEDERKEHR2; JULIO CESAR WIEDERKEHR3. 1. FACULDADE EVANGÉLICA DO PARANÁ, CURITIBA - PR - BRASIL; 2. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO DE CURITIBA, CURITIBA - PR - BRASIL; 3. HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE, CURITIBA - PR - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O colangiocarcinoma intra-hepático é um tumor com quadro clínico inespecífico, o que torna o diagnóstico precoce difícil. A ressecção cirúrgica é a única possibilidade de cura. As imagens pré-operatórias são fundamentais para o planejamento cirúrgico, mas quando vistas em 2D não fornecem a perfeita compreensão da anatomia. A impressão 3D é um instrumento novo na cirurgia hepatobiliar. Nesse estudo relatamos o uso do modelo 3D no planejamento e tratamento cirúrgico de um colangiocarcinoma intra-hepático. Caso clínico: Paciente do sexo masculino, 70 anos, encaminhado para nossa equipe com história de dor abdominal e perda ponderal. Exames laboratoriais e de imagem foram realizados. Paciente foi diagnosticado com colangiocarcinoma intrahepático. Com base nos exames de imagens reproduzimos um protótipo com impressora 3D que permitia a visualização tridimensional da relação espacial entre o tumor, anatomia vascular e de vias biliares. O biomodelo foi utilizado no planejamento pré-operatório e na ressecção do tumor. O procedimento foi bem sucedido e a análise histopatológica evidenciou margens cirúrgicas negativas. Discussão: A taxa de mortalidade do colangiocarcinoma intra-hepático é alta. O tratamento depende das características do tumor, das comorbidades e condições do paciente. A margem cirúrgica livre do tumor após ressecção é o melhor preditor de sobrevida. Uma grande preocupação em relação a ressecção é o volume de fígado remanescente. A tecnologia 3D tem proporcionado grandes avanços nas ciências médicas, porém nas cirurgias biliares ainda é pouco relatada. Em nossa experiência, a impressão 3D permitiu um pré-operatório mais adequado e uma maior segurança na ressecção cirúrgica do tumor. Seu uso pode contribuir para prever e minimizar complicações intra-operatórias. Conclusão: A reprodução de um modelo hepático 3D é viável e permitiu melhor planejamento e procedimento cirúrgico, seu uso parece ser promissor para o desenvolvimento da cirurgia hepatobiliar.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 669

TÍTULO DO TRABALHO: MURCOMICOSE INTESTINAL COM COMPROMETIMENTO HEPÁTICO ?RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: WELLIGTON RIBEIRO FIGUEIREDO1; ROBSON DAVID DE ARAÚJO LIAL2; GUILHERME MEIRELES FERREIRA3; MAYARA MAGRY ANDRADE DA SILVA3; WILDSON SANTOS CRAVEIRO ROSA2; BRENDA PAULA BRITO LOBÃO2; LAYANE DUARTE SILVA2; ISABEL DE SOUSA MELO2. 1. HOSPITAL GETULIO VARGAS, TERESINA - PI - BRASIL; 2. FACID, TERESINA - PI - BRASIL; 3. HGV, TERESINA - PI - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A zigomicose ou mucormicose é uma infecção fúngica grave de caráter oportunista, acometendo principalmente pacientes com deficiência em sua resposta imunológica. As apresentações clínicas são variáveis com comprometimento cutâneo, rinocerebral, pulmonar, gastrointestinal ou disseminado. As lesões do trato grastrointestinal foram relatadas no estômago, íleo e cólon. Nenhum caso de comprometimento hepático foi reportado até agora na literatura. O Objetivo do trabalho foi relatar um caso de paciente portador de zigomicose gastrointestinal em hospital público de referência em Teresina, Piauí. RELATO DE CASO: A.M.T., 25 anos, procurou serviço médico queixando-se de dor abdominal difusa associada à massa palpável em região epigástrica e perda ponderal. Encontrava-se em REG e foi submetido à investigação com RNM de abdome que evidenciou lesão sólida infiltrativa medindo cerca de 9,0 x 6,0cm, acometendo paredes da vesícula biliar, região hilar e segmentos II, III e IV hepáticos. Marcadores tumorais (alfafetoproteína, CA 19-9 e CEA), endoscopia digestiva alta e colonoscopia apresentavam-se normais. Foi realizada laparotomia exploradora que evidenciou massa tumoral sólida infiltrando segmentos hepáticos II,III e IV , estômago, cólon transverso, grande omento e parede abdominal. Durante o ato operatório foi realizado tratamento conservador com retirada para histopatológico de tecidos da lesão no fígado, parede abdominal, omento, parede do estomago e colón. O histopatológico constatou presença de entomoftoromicose. CONCLUSÃO: O manejo destes pacientes ainda continua um desafio aos médicos devido à dificuldade de estabelecer um diagnóstico precoce e a escassez de recursos terapêuticos com eficácia comprovada para o tratamento adequado.

CODIGO DO TRABALHO: 793

TÍTULO DO TRABALHO: Nova técnica para reconstrução de veias hepáticas com prótese vascular

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RODRIGO CAÑADA SURJAN1; FABIO FERRARI MAKDISSI2; TIAGO BASSÈRES1; MARCEL AUTRAN CESAR MACHADO1. 1. DEPARTAMENTO DE CIRURGIA - FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - FMUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO - FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
A ressecção de tumores próximos à confluência das veias hepáticas é um grande desafio da cirurgia hepática. Geralmente são necessárias hepatectomias extendidas, com as trisegmentectomias. Entretanto, estes procedimentos estão associados com alta morbi-mortalidade pós-operatória, principalmente devido à disfunção e insuficiência hepática pós-oepratória. Um aoutra opção é a ressecção apenas dos segmentos hepáticos superiores junto com as veias hepáticas comprometidas, deixando parênquima hepático com drenagem venosa insuficiente dos segmentos hepáticos inferiores. Estudos recentes demonstraram que alterações no parênquima hepático secundárias à regeneração e disfunção tecidual decorrente de drenagem venosa insuficiente após hepatectomias maiores podem propiciar proliferação de células neoplásicas e auxiliar na formação de um microambiente favorável ao crescimento de células malígnas, resultando em piora do prognóstico oncológico.Relatamos a realização de uma ressecção isolada do segmento 8 hepático e de parte da veia hepática direita intra-hepática para o tratamento de um tumor envolvendo a veia hepática direita e em contato com as veias hepática média e cava-inferior retro-hepática. A veia hepática direita foi então imediatamente reconstruída com um enxerto vascular GORE® Hybrid Vascular Graft. Esta é a primeira vez em que este tipo de reconstrução foi realizada, e permitiu a preservação de todos os segmento hepáticos a não ser pelo segmento 8 (comprometido pelo tumor) com drenagem vascular normal. Nenhum segmento hepático apresentou sinais de atrofia em exames de imagem no segmento pós-operatório.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1869

TÍTULO DO TRABALHO: OPÇÃO DE DERIVAÇÃO BILIODIGESTIVA INTRA-HEPÁTICA - CIRURGIA DE LONGMIRE: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANDERSON CARLOS BRASIL VASCONCELOS; GLEYDSON CESAR DE OLIVEIRA BORGES; ALEXANDRA MANO ALMEIDA; RENATO DE CASTRO PEREIRA ROBERTO; ANA PAULA FARIA MAIA PORTUGAL; DOUGLAS RODRIGUES DE MACÊDO. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A indicação cirúrgica para pacientes com colangiocarcinoma e a escolha da técnica operatória para remoção desses tumores, com ou sem ressecção hepática, ainda é um grande desafio para o cirurgião sobretudo para as cirurgias paliativas em tais casos.Neste trabalho vamos relatar o caso de um paciente com icterícia obstrutiva causada por neoplasia de via biliar principal, tratada por anastomose hepatojejunal. RELATO DE CASO: J.E.A.S, masculino, 57 anos, admitido na Santa Casa de Fortaleza em 04/03/10, com icterícia obstrutiva há 04 meses, anorexia e perda ponderal. Apresentava-se emagrecido, ictérico, fígado palpável a 08 cm do rebordo costal direito e fundo da vesícula palpável. Histórico de gastrectomia parcial há 04 anos por adenocarcinoma gástrico. TC abdome evidenciava formação expansiva de contornos irregulares na confluência bilio-digestivo-pancreática, linfonodomegalias adjacentes, dilatação do Wirsung. No intra-operatório evidenciou-se colédoco distal e ducto cístico espessados, vesícula de paredes espessadas e necrosadas, cheia, sem cálculos, lesão em colédoco terminal, aderido a planos profundos e cabeça pancreática, sem plano de clivagem, status de gastrectomia parcial com reconstrução à Billroth II. Confeccionada derivação bilio-digestiva intra-hepática com anastomose dos segmentos II e III com alça de jejuno em Y de Roux. Evoluiu bem e recebeu alta hospitalar com níveis de bilirrubinas normalizados. CONCLUSÃO: O elevado risco cirúrgico tem levado pacientes com tumores de vias biliares a realizar procedimentos paliativos, como próteses endoscópicas, percutâneas ou drenagem biliar externa. Contudo, estes procedimentos apresentam elevadas taxas de insucesso e as próteses podem obstruir e se deslocar com facilidade, além de apresentarem mortalidade variável. Se a laparotomia for realizada em tumor considerado irressecável, a anastomose bilio-entérica ou intubação cirúrgica deve ser tentada. Em 1948, Longmire e Sandford descreveram o acesso ao ducto do segmento II do lobo esquerdo do fígado para ser utilizado quando o acesso ao hilo hepático não for possível, sendo este um procedimento viável para tratamento paliativo destes pacientes. A obstrução da àrvore biliar é uma urgência médica, devido à alta morbidade das complicações. Existem várias técnicas de drenagem das vias biliares (endoscópicas, percutâneas ou cirúrgicas). Estas são reservadas aos pacientes que não respondem ou têm dificuldade de acesso a procedimentos menos invasivos.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 3016

TÍTULO DO TRABALHO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE 9 PACIENTES PEDIÁTRICOS EM PÓS-TRANSPLANTE HEPÁTICO TARDIO EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA EM BELÉM/PA.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: VICTÓRIA WINKLER VASCONCELOS; JAMILLY ALVES PADILHA; BEATRIZ FERREIRA DIOGO; FELIPE LIMA ALCOLUMBRE TOBELEM; MÁRCIA DO SOCORRO FERREIRA IASI; MARCOS RAIMUNDO PEREIRA DA SILVA. UFPA, BELÉM - PA - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Analisar os dados epidemiológicos dos pacientes pediátricos em pós-transplante hepático de um centro de referência em Belém/PA, a fim de traçar um perfil deles. Método: O estudo foi conduzido no departamento de prontuários da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMP), por meio da análise de 9 prontuários de pacientes pediátricos que efetuaram transplante hepático no período de 2004 a 2014. A análise foi feita por intermédio de um questionário, da autoria dos próprios pesquisadores. No presente resumo, são compartilhados os dados referentes ao sexo, idade, indicação do transplante, tipo de transplante e incidência de rejeição, complicação cirúrgica, morbidades e infecções no pós-transplante. A avaliação estatística dos dados foi feita através do cálculo de média, moda, mínimo e máximo das informações coletadas. Resultados: Dentre os 9 pacientes, 4 eram do sexo feminino e 5 do sexo masculino. A média de idade entre eles foi de 8 anos, sendo a mínima 3 anos e a máxima, 17. A principal indicação para o transplante foi a atresia de vias biliares em 5 crianças, seguido da cirrose biliar e cirrose criptogênica, em 2 pacientes cada. Ademais, outras indicações foram descritas, como a hipertensão portal, síndrome de Carol, hepatite fulminante e cisto colédoco, presentes do prontuário de apenas 1 paciente cada. Dentre os pacientes, 4 receberam o enxerto de doador vivo (3 receberam da mãe e 1 do pai). 1 recebeu de doador falecido e 4 não especificaram o tipo de transplante realizado. Quanto à rejeição celular, nenhum sofreu rejeição crônica, mas houve 2 casos de rejeição celular aguda. As complicações cirúrgicas foram raras, sendo descrita em apenas 1 paciente estenose biliar, assim como a presença de morbidades no pós-transplante (apenas 1 criança apresentou doença linfoproliferativa). Houve 3 casos de infecções no pós-transplantes desses pacientes, onde 1 teve mononucleose, 1 apresentou pneumonia e 1 teve infecção urinaria por E. coli. Conclusões: A maioria dos pacientes analisados nessa pesquisa são do sexo masculino e apresentam idade de 3 a 17 anos. A principal indicação para o transplante foi a atresia das vias biliares, corroborando com os dados da literatura, e o enxerto mais utilizado (dentre os especificados) foi o de doador vivo, sendo predominante a doação materna. Quanto as complicações, estiveram presentes a rejeição aguda, estenose biliar, doença linfoproliferativa (responsável pelo falecimento do paciente) e infecções.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2197

TÍTULO DO TRABALHO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM METÁSTASE HEPÁTICA DE CÂNCER DE MAMA ATENDIDAS EM UM SERVIÇO TERCIÁRIO DE ONCOLOGIA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GILDA GUERRA1; RENAN TREVISAN JOST2; RODRIGO CAPRA1; FERNANDA GREINERT DOS SANTOS2; RAFAELA FRANCESCHI2; RODOLFO WERMANN2; RODRIGO DOS SANTOS FALCÃO3; PEDRO MARCHIORI CACILHAS2; ANDRÉ VICENTE BIGOLIN1. 1. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 2. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Avaliar o perfil epidemiológico dos pacientes com metástase hepática de câncer de mama. Métodos: Estudo descritivo a partir da análise retrospectiva de prontuários eletrônicos de pacientes com diagnóstico de câncer de mama vinculados ao Serviço de Oncologia do Hospital Santa Rita do complexo Instituto Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Foram revisados prontuários de 1000 pacientes entre os anos de 2013 e 2014. Resultados: A média de idade das pacientes foi de 56 anos. A prevalência de metástase hepática foi de 2,6% (26 pacientes), sendo que não houve ressecção da metástases em nenhuma das pacientes. 27% dos pacientes tiveram apenas 1 metástase hepática, 11% pacientes tiveram de 2 a 4 metástases hepáticas e 61,5% dos pacientes tiveram mais de 5 metástases hepáticas. 85% dessas metástases eram metacrônica e 15% eram sincrônica. 85% dos cânceres de mama se apresentaram como carcinoma ductal infiltrativo, 3,8% como carcinoma lobular infiltrativo, 3,8% como adenocarcinoma, 3,8% como carcinoma mucinoso e 3,8% não constavam no prontuário. Em relação a classificação molecular, 19% se apresentava como luminal A, 23% Luminal B, 15% Luminal HER 2; 19% Triplo Negativo e 23% não constavam no prontuário. 77% das pacientes realizaram quimioterapia 15% não realizaram e 8% não constava no prontuário. 61% das pacientes realizaram radioterapia, 30% não realizaram e 8% não constava no prontuário. A sobrevida global média foi de 39 meses e a sobrevida livre de doença foi de 14 meses. Conclusão: A prevalência de metástase hepática em pacientes com câncer de mama foi de 2,6%, sendo que nenhum dos pacientes foi submetido a cirurgia para ressecção da metástase, podendo-se, talvez, beneficiar-se desse tratamento.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2078

TÍTULO DO TRABALHO: Perfil epidemiológico de transplantados de fígado do estado Pará

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BEATRIZ FERREIRA DIOGO; FELIPE LIMA ALCOLUMBRE TOBELEM; MÁRCIA DO SOCORRO FERREIRA IASI; JAMILLY ALVES PADILHA; VICTÓRIA WINKLER VASCONCELOS; MARCOS RAIMUNDO PEREIRA DA SILVA. UFPA, BELÉM - PA - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: analisar os dados referentes a sexo e idade e traçar um perfil dos pacientes no pós-transplante hepático atendidos em um centro de referência do Pará, a fim de permitir a busca de estratégias que melhorem a terapêutica, ajustando-a à demanda mais frequente entre os pacientes. Método: O estudo foi conduzido no departamento de prontuários da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará por meio da análise de 29 prontuários de pacientes que efetuaram transplante hepático no período de 2003 a 2016. A análise foi feita por intermédio de um questionário, da autoria dos próprios pesquisadores. Neste resumo, são compartilhados os dados referentes ao sexo e idade dos participantes da pesquisa. A avaliação estatística foi feita através do cálculo de média, moda, mínimo e máximo. Resultados: dentre os 29 prontuários, 21 pertenciam a pacientes do sexo masculino e 8 a pacientes do sexo feminino. Logo, 72,41% dos indivíduos nessa amostra pertencem ao sexo masculino. Quanto a idade, a média observada entre as mulheres foi 25 anos, sendo a mais nova de 3 anos e a mais velha, 55 anos. Entre os homens, a média foi 42,1 anos. O mais novo tinha 4 anos e o mais velho, 64. A média geral de idade foi de 37,4. Dos 29 pacientes, 9 tinham menos de 18 anos e 15 tinham mais de 50 anos (51,7% do total). Conclusões: a maioria dos transplantados de fígado neste centro pertence ao sexo masculino e possui idade superior a 50 anos. Tal dado condiz com a literatura, onde a maior prevalência de transplantes ocorre em homens com idade acima de 50 anos, fator relacionado a cirrose alcóolica, comum entre indivíduos nessa faixa etária. Além disso, destaca-se o número de pacientes com idade inferior a 18 anos (31,03%), uma vez que em outros estudos admite-se o aumento considerável de pacientes nessa faixa etária (principalmente devido a atresia de vias biliares). Esse conhecimento permite que a equipe multiprofissional de saúde busque sempre se adequar às demandas próprias dos pacientes mais prevalentes, buscando um atendimento preciso e personalizado a cada indivíduo.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1472

TÍTULO DO TRABALHO: PERITONIECTOMIA COM HIPERTERMOQUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL EM COLANGIOCARCINOMA INTRAHEPATICO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANNE CAROLINE PAIVA BALDEZ1; CAIO MARCIO VIERA DE OLIVEIRA1; CAIO CESAR BIANCHI DE CASTRO1; STEFANO DO AMARAL FIUZA1; LEANDRO MOREIRA SAVATTONE PIMENTEL1; RONALDO DE OLIVEIRA ANDRADE1; FELIPE PEDREIRA TAVARES MELLO1; EDUARDO DE SOUZA MARTINS FERNANDES2. 1. HOSPITAL ADVENTISTA SILVESTRE, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; 2. HOSPITAL ADVENTISTA SILVESTRE/ UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:
RESUMOO colangiocarcinoma é caracterizado por seu comportamento agressivo, frequentemente diagnosticado em estágio avançado da doença. A ressecção cirúrgica completa corresponde à modalidade terapêutica mais efetiva e potencialmente curativa, sem a qual a maioria dos pacientes falece dentro de seis a 12 meses.A cirurgia citorredutora e hipertermoquimioterapia intraperitoneal (HIPEC) são consideradas método ideal para o tratamento da carcinomatose peritoneal originada de neoplasias malignas primárias do peritônio, assim como metastáticas de tumores de origem gastrointestinal e ovário. O sucesso obtido com tal modalidade terapêutica, principalmente nos tumores de origem colorretal, abre a possibilidade para o seu uso em casos excepcionais, ainda com resultados controversos.A seguir, relatamos um caso único da possibilidade do uso de tal modalidade terapêutica em colangiocarcinoma intrahepatico avançado. RELATO DE CASOPaciente, 63 anos, sexo masculino, hipertenso, admitido na emergência em 2014 por dor abdominal sendo então diagnosticada tumoração volumosa em lobo hepático esquerdo, sugestiva de hepatocarcinoma. Internado com proposta de hepatectomia esquerda; porém, durante o ato operatório foram evidenciados, além do tumor hepático, implantes peritoneais sugestivos de doença disseminada, havendo então mudança do plano cirúrgico para enucleação da lesão hepática no segmento IVB além de biópsias excisionais do peritônio acometido, linfadenectomia do hilo hepático, colecistectomia e ligadura da artéria hepática esquerda. O laudo histopatológico foi compatível com colangiocarcinoma intrahepático metastático, sendo então optado pelo controle da doença primária, no ano subsequente, com hepatectomia esquerda.Cinco meses após a cirurgia hepática, optou-se pela adjuvância com quimioterapia. No acompanhamento oncológico acordou-se entre a equipe de oncologia clínica e cirúrgica a realização de citorredução e HIPEC.Em 2015, realizou-se peritonectomia extensa, enterectomia segmentar, apendicectomia e posterior banho com gencitabina por uma hora. O paciente evoluiu adequadamente no pós-operatório tendo alta após sete dias de internação hospitalar.O mesmo se encontra clinicamente estável, havendo proposta de novo banho de quimioterápico.CONCLUSÃOO caso único relatado traz à tona a discussão referente ao possível potencial da complementação terapêutica com a citorredução aliada a HIPEC no tratamento de colangiocarcinoma intrahepático avançado.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2082

TÍTULO DO TRABALHO: Principais indicações para a realização do transplante hepático de pacientes transplantados de fígado em acompanhamento na Fundação Hospital Santa Casa de Misericórdia do Pará

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BEATRIZ FERREIRA DIOGO; FELIPE LIMA ALCOLUMBRE TOBELEM; MÁRCIA DO SOCORRO FERREIRA IASI; VICTÓRIA WINKLER VASCONCELOS; JAMILLY ALVES PADILHA; MARCOS RAIMUNDO PEREIRA DA SILVA. UFPA, BELÉM - PA - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: avaliar as principais indicações para transplante hepático entre os pacientes pós-transplantados de um centro de referência do Pará. Método: Os dados foram obtidos partir da análise de 28 prontuários de pacientes em acompanhamento do pós-transplante hepático. A análise foi feita através de um questionário, da autoria dos próprios pesquisadores, onde foi possível avaliar as principais indicações para realização do procedimento. A avaliação estatística dos dados ocorreu a partir do cálculo da moda, mínimo e máximo das informações coletadas. Resultados: a indicação mais observada foi a cirrose por hepatite C (HCV), vista em 8 pacientes, seguida de carcinoma hepatocelular (HCC), em 7 pacientes. A atresia de vias biliares e a cirrose alcóolica também foram prevalentes, ambas presentes no prontuário de 5 pessoas. Além dessas, outras causas foram relatadas, como cirrose criptogênica (3 pacientes) e hepatite B (2 pacientes). Ademais morbidades como hipertensão portal, cisto colédoco, hepatite fulminante idiopática, síndrome de Budd Chiari, síndrome de Carol, hepatite colestática, hepatite medicamentosa e fibrose congênita, foram indicadas em apenas 1 paciente cada. Dos 28 pacientes, 16 apresentaram mais de uma dessas doenças como indicação do transplante, com destaque para a associação HCV-HCC, em 5 indivíduos. Conclusões: neste centro, a indicação de transplante hepático mais comum é a cirrose por HCV (28,5%). Tal dado condiz com a literatura, que traz a HCV como a morbidade mais prevalente em indivíduos no pré-transplante. Os artigos mostram, ainda, alta incidência de indicações para transplante hepático devido a HCC e também pela associação HCV-HCC2, assim como observado no estudo. A cirrose alcóolica também obteve prevalência importante, assim como a atresia de vias biliares (principal indicação para transplante hepático em menores de 19 anos). A partir desse resumo é possível montar um perfil dos pacientes transplantados, a fim de buscar melhorias no acompanhamento desses indivíduos, adequando o atendimento de forma eficaz.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2437

TÍTULO DO TRABALHO: RELATO DE CASO: DOENÇA CÍSTICA DE VIAS BILIARES TIPO IC EM MULHER NA SEXTA DÉCADA DE VIDA.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: EDSON GONÇALVES FERREIRA JÚNIOR; LARISSA DE MELO FREIRE GOUVEIA SILVEIRA; GIOVANNI ANGERAMES VARGAS GOULART; ADALBERTO CAMPINHO CLEMENTINO FILHO; BRENO CARVALHO CAVALCANTE; THIAGO JARDIM PEREIRA; SANDRA LUCIA LODI PERES; HUGO ALESSI LIMA MARTINS SOARES. UNIVASF, PETROLINA - PE - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOAs dilatações císticas extra-hepáticas atingem diversos tamanhos e são classificadas segundo sua forma e localização. São elas: fusiforme, divertículos e dilatações saculares. O quadro clínico mais comum é a colestase neonatal, correspondendo a 80% dos pacientes. Na idade adulta, podem ser assintomáticos ou apresentar apenas sintomas inespecíficos como náuseas e vômitos.CASOPaciente do sexo feminino, 54 anos de idade, deu entrada com queixas de dor abdominal de moderada intensidade em andar superior de abdome, acompanhada de náuseas e vômitos, hiporexia, perda ponderal e relatos de icterícia flutuante, com início há cerca de 2 anos. Negava hipertensão, diabética sem tratamento. Ao exame físico encontrava-se em bom estado geral e sem icterícia. Marcadores tumorais negativos, (CEA, CA 125 e CA 19.9). Colangiorresonância e ressonância de abdome superior com evidência de dilatação de via biliar sacular com coledocolitiase e litiase intrahepática. Diagnosticada com doença cística de vias biliares tipo IC. Submetida à derivação biliodigestiva na placa hilar com jejuno e recontrução em Y de Roux, com achado de dilatação importante de vias biliares intra e extra-hepática e cálculo em colédoco de cerca de 8 cm ocupado todo lúmen, além de múltiplos cálculos em vesícula biliar e intra-hepáticos. Anatomopatológico sem evidências de neoplasias. Assintomática em seguimento ambulatorial há 7 meses. CONCLUSÃOApresentamos um caso de doença incomum, diagnóstico pré operatorio baseado em achados de imagens que possui associação com colangiocarcinoma. Portanto deve ser considerada em paciente com dilatação de vias biliares mesmo em fase adulta.

CODIGO DO TRABALHO: 1188

TÍTULO DO TRABALHO: Relato de caso: Hepatolitíase primária

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JÉSSICA BAMPI STRINGARI MÜLLER1; CAROLINA POMPERMAIER1; CLARISSA PIERESAN WINKELMANN1; DANIELE MARCHET2; FERNANDO DE MARCO DOS SANTOS1; RAFAEL FONTANA1. 1. UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL, CAXIAS DO SUL - RS - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, SANTA MARIA - RS - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoA hepatolitíase primária é caracterizada pela formação de cálculos biliares intra-hepáticos. No Brasil, incide em 2% dos casos de litíase biliar. É mais prevalente entre 30-40 anos, em populações rurais com sanitarismo precário e desnutrição.É sugerido que estase biliar e infecção são fatores determinantes na formação dos cálculos. A produção resulta em obstrução, predispondo à estase e infecção recorrentes, com inflamação epitelial e estenose biliar.A clínica inclui colangite, podendo evoluir com abscessos e cirrose. Leucocitose e aumento de bilirrubinas são comuns. A investigação é feita com ecografia ou tomografia e avalia o número de cálculos, alterações na via biliar, grau de dano hepático e complicações. A colangiografia é o exame padrão-ouro. O manejo visa tratar complicações agudas, a desobstrução biliar e prevenir complicações futuras.RelatoPaciente feminina, 19 anos, 13 semanas de gestação, atendida em nosso serviço com vômitos e perda de 2,5kg em menos de um mês, sem mais sintomas. A ecografia evidenciou dilatação das vias biliares intra-hepáticas e imagens hiperrefringentes, com sombra acústica posterior, no lobo hepático esquerdo. Laboratório: amilase 180, fosfatase alcalina 170, gama-GT 188, lipase 133, TGO 54 e TGP 73. ColangioRNM evidenciou múltiplos nódulos com hipossinal em T2 localizados no interior do ducto colédoco, hepático comum e via biliar intra-hepática direita e esquerda, os maiores medindo 3cm diâmetro; importante dilatação das vias biliares intra e extra-hepática, ducto colédoco medindo 2,2cm diâmetro. Orientado manejo clínico; tratamento cirúrgico se complicações e cirurgia após o fim da gestação. Paciente evolui com vômitos, icterícia +2/+4 e perda de 7kg, leucocitose com desvio à esquerda, bilirrubinas totais 3,0, amilase 204 e lipase 159. Devido descompensação, foi optado por cirurgia: realizando-se clareamento hepático e hepatectomia dos segmentos 2 e 3, sem complicações.ConclusãoO tratamento requer controle da infecção, descompressão biliar e remoção dos cálculos, podendo ser necessária ressecção hepática e derivação biliodigestiva. É dependente da localização, tamanho dos cálculos, presença de litíase extra-hepática, dilatação/estenose das vias biliares, grau de dano hepático e complicações.A remoção de cálculos por colangioscopia mostra-se eficaz em casos não complicados. Quando cálculos grandes ou numerosos, a cirurgia é indicada. A ressecção hepática é reservada para doenças localizadas e para complicações.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2416

TÍTULO DO TRABALHO: RELATO DE CASO: SÍNDROME DE CAROLI EM MULHER DE MEIA IDADE TRATADA COM HEPATECTOMIA SEGMENTAR E DERIVAÇÃO BILIODIGESTIVA HEPATOJEJUNAL

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: EDSON GONÇALVES FERREIRA JÚNIOR; LARISSA DE MELO FREIRE GOUVEIA SILVEIRA; ERIC QUILLIS MARTINS; THIAGO JARDIM PEREIRA; ADALBERTO CAMPINHO CLEMENTINO FILHO; BRENO CARVALHO CAVALCANTE; HUGO ALESSI LIMA MARTINS SOARES; SANDRA LUCIA LODI PERES. UNIVASF, PETROLINA - PE - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOA síndrome de Caroli é uma síndrome congênita caracterizada pela mal formação da lâmina ductal do ducto biliar intra-hepático com dilatação cística segmentar com acúmulo de bile e fluxo prejudicado. Geralmente manifesta na infância, porém apresenta segundo pico na terceira década de vida afetando homens e mulheres na mesma proporção geralmente na ausência de cirrose mas na presença de cistos renais, parecem possuir perfis etiológicos distintos. Os sintomas mais frequentes incluem febre, calafrios e dor abdominal. Aproximadamente 33% dos pacientes desenvolvem litíase biliar e 7% colangiocarcinoma. O método diagnóstico mais comum inclui a colangiopancreatografia por ressonância magnética.RELATO DO CASOPaciente do sexo feminino, 34 anos de idade, admitida no Hospital Universitário da Universidade Federal do Vale do São Francisco ? Petrolina/PE, com história de dor em hipocôndrio direito, sem irradiação, que piorava com alimentação, associada à perda ponderal de 4kg no período de 2 semanas, referindo febre e calafrios, apresentando-se com icterícia e colúria. Negava comorbidades porém apresentou episódios prévios no passado, último há 2 anos. Ao exame físico apresentava-se ictérica 3+/4+, taquipneica, taquicárdica, abdome doloroso à palpação com sinal de Murphy+. Na ultrassonografia (USG) foi evidenciada dilatação de vias biliares extra-hepáticas com coledocolitíase associada à dilatação de vias intra-hepáticas com prováveis dilatações císticas associadas e alteração morfoestrutural da vesícula biliar com conteúdo espesso e coleção pericolecística e pequena quantidade de líquido livre na cavidade abdominal. Na colangiopancreatografia e ressonância magnética de abdome foi confirmada a presença de dilatações saculares em vias biliares intra-hepáticas, principalmente à esquerda, além de dilatação de vias extra-hepáticas, sem alterações cisticas renais. Paciente foi submetida à hepatectomia segmentar esquerda, derivação biliodigestiva hepático-jejunal em Y de Roux e colecistectomia. O anatomo patológico mostrou alterações inflamatórias cônicas dos segmentos hepáticos II e III, vesícula biliar e biópsia hepática, sem alterações neoplásicas ou outros achados. Em seguimento ambulatorial há 6 meses sem recorrência assintomática.CONCLUSÃOA síndrome de Caroli é uma doença incomum em adultos, com tratamento multiprofissional, composto por equipe de cirurgia hepatobiliar, radiologia intervencionista e possibilidade de transplante hepático.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2014

TÍTULO DO TRABALHO: RELATO DE CASO: USO DA VEIA GÁSTRICA ESQUERDA COMO UMA ALTERNATIVA PARA A RECONSTRUÇÃO DO FLUXO PORTAL EM TRANSPLANTE HEPÁTICO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: UIRÁ FERNANDES TEIXEIRA1; AUGUSTO NATORF GOTUZZO2; RODRIGO DE PIERI COAN2; TATIANA MIE MASUKO2; FERNANDO JOSÉ SAVÓIA DE OLIVEIRA2; MARCOS BERTOZZI GOLDONI1; FABIO LUIZ WAECHTER2; PAULO ROBERTO OTT FONTES2. 1. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: A trombose da veia porta permanece um desafio no transplante de fígado. É diagnosticada em aproximadamente 10% dos pacientes em lista de espera durante a avaliação pré-operatória. A trombectomia da veia porta (VP), o uso de enxerto vascular artificial, a anastomose da veia cava ou anastomose da veia renal e arterialização da VP estão entre as opções. Embora laboriosas, essas técnicas têm mostrado resultados encorajadores, e a trombose de VP deixou de ser contraindicação para o transplante hepático. Já o uso de grandes varizes colaterais para a reconstrução do fluxo portal no transplante hepático ainda é incipiente, com poucos relatos clínicos descritos. Apresentamos a experiência do nosso grupo utilizando a veia gástrica esquerda (VGE) para o influxo portal durante o transplante hepático em dois pacientes com trombose de VP. Método: Em nossos relatos, o uso da VGE dissecada cranialmente preencheu os requisitos necessários para uma boa anastomose vascular: otimização de aberturas anastomóticas em tamanho e preparação, grande mobilidade do enxerto vascular e isenção de enxertos artificiais. Além de permitir também a drenagem esplâncnica, assegurando o fluxo de fatores hepatotróficos, e a regularização da hipertensão esplâncnica. Como a VGE tem poucas tributárias e está anterior na região retroperitoneal, sua dissecção é simples e segura em relação às opções convencionais de anastomose. No entanto, a manipulação deve ser cautelosa, já que suas paredes são frágeis e finas, podendo rasgar, particularmente, durante as suturas. Resultado: A reconstrução do fluxo portal através da veia gástrica esquerda em transplante hepático, ainda é pouco usual, mas sua implementação sugere não causar diferença na morbimortalidade. Esta técnica apresenta-se como uma excelente opção na presença de trombose ou hipoplasia. Conclusão: A trombose da veia porta é uma complicação do fígado em fase terminal e pode se estender até a veia esplênica e veias mesentéricas inferiores, assim como o leito esplâncnico. Em outrora foi considerada contraindicação para o transplante hepático, porém novas e modernas técnicas cirúrgicas trouxeram a resolução desta complicação. A pesquisa e a refinação dos métodos sugerem tornar tal resolução mais factível, sem ocasionar desfechos indesejáveis.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2391

TÍTULO DO TRABALHO: RESSECÇÃO HEPÁTICA PARA CARCINOMA HEPATOCELLULAR EM PACIENTE CIRRÓTICO CHILD B

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: KAROLINE JACOB CASAROTI; ISABELA RIBEIRO BIGLIASSI; MARIANA STORINO CONTE; GIULIA SESTINI; ANA LAURA ARROYO TEIXEIRA; CARLOS DARIO DA SILVA COSTA; PAULO EDUARDO ZERATI MONTEIRO; RAPHAEL RAPHE. FACERES, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O carcinoma hepatocelular (CHC) é a 5ª neoplasia maligna mais comum no mundo. Duas opções terapêuticas são: ressecc?a?o ciru?rgica e transplante. A primeira é indicada em: cirrose hepa?tica (CH), CHILD-PUGH (C-P) A, tumor u?nico 3 cm, ause?ncia de invasa?o vascular macrosco?pica e de meta?stases. RELATO DE CASO: DGS, 58 anos, masculino, portador de CH por álcool. Antecedentes: DM, HAS, dislipidemia, alcoolismo e tabagista. Ao EF: anictérico, fígado há 3 cm do RCD, rombo, endurecido e indolor, ausência de ascite e flapping. Alfa-fetoproteína (AFP): 659,0 ng/mL. Hb: 10,8 g/dL, HT: 34.2%, Plaq: 121.000 mm³, INR: 1,16, GGT: 431 U/L, BT: 1,28 mg/dL, Alb: 2,5 g/dL, Cr: 0,8 mg/dL e Glic: 226 mg/dL, apresentando C-P=B(7) e MELD=9. US de abdome superior com Doppler: CH, nódulo no seguimento VII de 2,4 cm de diâmetro, fluxo hepatofugal e colelitíase. RM e TC de abdome: hipertensão portal, veia porta de 15 mm, esplenomegalia, vasos colaterais, nódulos com discreto wash out (segmento VI/VII 2,5 cm e segmento VIII de 2,5). EDA: varizes esofágica de fino calibre e cicatriz pós-ligadura elástica. Estadiamento: TC de tórax e cintilografia óssea: ausência de metástase. Indicada ressecção dos nódulos. Pós-operatório (PO) sem intercorrências ou complicações. Anatomopatológico revelou CHC moderadamente diferenciado, margens livres, sem invasão linfo-vascular e peri-neural. No 15º PO, ictérico (+/4), sem flapping e saída de ascite pela ferida. Clavien-Dindo: Grau I. No 30º PO: secreção purulenta na ferida, iniciando Clindamicina. No 56º PO encefalopatia grau I e ausência de secreção e ascite. Nova TC de abdome evidenciou opacificação incompleta do ramo E da veia porta, interrogando-se trombose. Duas imagens nodulares hipodensas de 5,8 e 3,7 cm, correspondentes às áreas de ressecção, associadas à CH e hipertensão portal e ascite mínima. Os exames de re-estadiamento não mostravam recidiva e APF normal. CONCLUSÃO: Embora os critérios apresentados, de acordo com as diretrizes, não consideravam a ressecção como tratamento de escolha, esta decisão foi tomada analisando-se critérios como opinião do paciente, localização e tamanho das lesões, bilirrubinas normais, tempo de espera em fila para transplante e opção de transplante em possível resgate.

CODIGO DO TRABALHO: 2576

TÍTULO DO TRABALHO: Ressecção hepática por carcinoma de células escamosas metastático: Relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ISABELA SOARES FONSECA BATISTA1; RENATO GOMES CAMPANATI1; FRANCISCO NOLASCO1; CLARA ANTUNES FERREIRA1; GUSTAVO GOMES GRATEKI2; ATHOS MIRANDA1; JOAO BERNARDO SANCIO R. RODRIGUES1; VIVIAN RESENDE1. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA DE BARBACENA, BARBACENA - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A ressecção de metástases hepáticas colorretais e de tumores neuroendócrinos apresenta considerável benefício de sobrevida. Entretanto, é incerto o impacto oncológico da ressecção de metástases provenientes de neoplasias de outros sítios primários. Metástases hepáticas de carcinomas de células escamosas (CCE) são incomuns e normalmente diagnosticadas em contexto de doença disseminada. Dessa forma, pouco se sabe a respeito da indicação cirúrgica em pacientes com tal diagnóstico e doença metastática hepática exclusiva.Caso clínico: Trata-se de paciente do sexo masculino, de 57 anos de idade, com história prévia de carcinoma espinocelular de nasofaringe em 2009, tratado com quimioterapia e radioterapia exclusivos. Durante acompanhamento ambulatorial, evoluiu com surgimento de lesão nodular hepática incaracterística de cerca de 2 cm. Após 2 anos, observou-se crescimento expressivo da lesão. Ressonância magnética de abdome revelou tumoração de 11,5 x 10 x 8 cm, localizada nos segmentos II, III e IV do fígado, sem sinais de acometimento vascular do hilo hepático. Após revisão de material proveniente de biópsia do nódulo e análise imunohistoquímica, foi diagnosticado carcinoma de células escamosas. Não foram encontrados sinais de doença extra-hepática, sendo considerado tratar-se de provável lesão metastática isolada em fígado. O paciente foi submetido a abordagem cirúrgica com achado de volumosa massa tumoral com expressão subcapsular nos segmentos II, III e IV do fígado. Evidenciados, ainda, linfonodos aumentados no hilo hepático. Realizada colecistectomia e hepatectomia esquerda sob a técnica de kelly-clasia. Ato operatório com duração de 7 horas, sem intercorrências. Paciente recebeu alta hospitalar no 4o DPO. O estudo anatomopatológico da peça cirúrgica confirmou o resuldo da biópsia anterior. Apenas 1 de 15 linfonodos retirados no hilo hepático estava comprometido. O paciente segue em acompanhamento ambulatorial, sem sinais de recidiva tumoral.Conclusão: Estudos apontam benefícios de sobrevida após ressecção de metástases de tumores primários não-colorretais e não-neuroendócrinos. Mas, uma vez que a abordagem cirúrgica de metástases hepáticas possui morbidade e mortalidade inerentes ao procedimento, a seleção criteriosa dos pacientes se faz necessária. Especialmente na metástase hepática de carcinomas de células escamosas, carecem estudos que apontem o real ganho de sobrevida e principais fatores prognósticos que orientem a ressecção.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 749

TÍTULO DO TRABALHO: Ressecção laparoscópica de Carcinoma hepatocelular cístico multilocular

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DANIELLE NUNES BRIZA; MAURICIO ALVES RIBEIRO; LUCIANO GUILHERME TASTALDI; ARTHUR CASTELLO BACHERELLI NUNES; EDUARDO SEIJI TAKEUSHI; JOÃO PEDRO PAULILO SILVA TAVARES; FABIO GONÇALVES FERREIRA; LUIZ ARNALDO SZUTAN. FCMSCSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOO cisto hepático é uma lesão que apresenta uma prevalência de 4-7%, com um pequeno aumento com a idade. Pode ser classificado em congênito e parasitário, simples e complexo.O carcinoma hepatocelular (CHC) é um tumor epitelial que surge a partir da malignização do hepatócito. É a câncer primário mais comum no fígado, caracteristicamente observado como uma complicação de doença hepática crônica (hepatites virais, cirrose, NASH).A apresentação cística do CHC é extremamente rara, sendo um dos casos atípicos dos tumores hepáticos, com poucos dados na literatura.RELATO DE CASOPaciente feminino, 69 anos, encaminhada de outro serviço com queixa de vômitos frequentes, e em investigação de dor crônica em hipocôndrio direito por provável de cisto hepático. Apresentava perda ponderal (aproximadamente 10% do peso em 3 meses), sem sintomas colestáticos. Antecedente de hipotireoidismo, diabetes mellitus, hipertensão arterial e doença diverticular. Exames gerais sem alterações. Tomografia de abdome que apontava volumosa formação expansiva, de contornos bem definidos e cápsula espessa, com conteúdo de aspecto cístico, medindo 11,1 x 8,6cm ocupando segmentos V/VI.Na admissão apresentava-se em regular estado geral, hipocorada, emagrecida, anictérica, abdome doloroso à palpação profunda em hipocôndrio direito e hepatomegalia a 3 cm do rebordo costal direito. Ressonância nuclear magnética com formação expansiva exofítica multiloculada, heterogênea, bem delimitada, área central apresenta hipersinal em T2 e hipossinal em T1, aparente cápsula espessa em lobo hepático direito em segmento VI, medindo 9,0 x 8,5 x 8,4cm.Avaliada pelo nosso grupo com hipótese diagnóstica de cisto hepático complexo sendo submetida a hepatectomia não regrada videolaparoscópica de segmento VII com ressecção em bloco do cisto hepático cujo conteúdo apresentava aspecto necrótico. Anatomopatológico evidenciadou carcinoma hepatocelular, bem diferenciado grau II de Edmondson-Steiner, 10% de esteatose em nódulo tumoral, necrose presente em 80%, sem indícios de invasão angiolinfática ou perineural com margem cirúrgica livre de neoplasia.Apresentou boa evolução pós-operatória. Atualmente em acompanhamento ambulatorial. ConclusãoO CHC com apresentação cística deve ser diagnostico diferencial das lesões císticas complexas, principalmente se o paciente apresentar fatores de risco para CHC.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1001

TÍTULO DO TRABALHO: Ressecções hepáticas no tratamento de tumores benignos do fígado

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MAÍRA DA CRUZ GONÇALVES LEAL; BRUNO CESAR SABINO DE FIGUEIREDO; THAÍSSA MENDONÇA MOREIRA; CLAUDIANE DIAS ABREU; ANDRE GEORGE SAUL RONAY; MARCO ANTONIO CORREA GUIMARAES FO; MARCOS BETTINI PITOMBO. UERJ, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:
Os tumores hepáticos benignos são achados frequentes na prática clínica. As indicações de tratamento cirúrgico vêm sendo modificada nas últimas décadas como resultado do melhor entendimento do comportamento biológico destas lesões. À exceção do adenoma, o tratamento cirúrgico dos tumores benignos está reservado para os casos em que a lesão esteja causando sintomas significativos. Assim, em grande parte dos casos, o tratamento é conservador. Objetivo ? Avaliar o perfil de pacientes submetidos a ressecções hepáticas por tumores benignos no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), bem como o nível de concordância entre os diagnósticos pré-operatórios (radiológicos) o laudo histopatológico. Métodos ? Estudo retrospectivo, baseado na revisão dos prontuários de pacientes com diagnóstico clínico de tumor benigno do fígado submetidos à ressecção hepática, no período de 2006 a 2016, pelo Serviço de Cirurgia Geral do HUPE. Resultados ? Foram identificados 10 pacientes, sendo a maioria mulheres (n=8). A idade variou de 23 a 70 anos (média 44 anos). Todos os pacientes foram submetidos à tomografia computadorizada com contraste trifásico para avaliação pré-operatória. Os achados foram: adenoma, cinco casos, hemangioma, quatro casos e HNF um caso. Os marcadores tumorais (CEA, alfafetoproteína e CA 19-9) estavam elevados em apenas um caso, no entanto, a análise histopatológica confirmou a hipótese pré-operatória de adenoma. Em quatro casos foi necessária a realização de ressecção de grande porte (uma hepatectomia direita extendida para o segmento IV e uma trissegmentectomia direita e duas hepatectomias esquerdas). Somente em um caso houve discordância entre o diagnóstico radiológico pré-operatório e o laudo histopatológico: uma suspeita de adenoma cujo laudo histopatológico mostrou tratar-se de HNF. Foram registradas duas complicações: uma deiscência de ferida operatória e uma coleção subfrênica, que resultaram em duas reoperações. Não houve registro de óbitos intra-hospitalares. Conclusão ? A tomografia computadorizada mostrou-se confiável na avaliação pré-operatória destes pacientes. O tratamento cirúrgico das lesões benignas, quando indicado, tem um ótimo resultado, com baixa morbidade.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2070

TÍTULO DO TRABALHO: Resultados iniciais da análise de qualidade de vida no pós-transplante hepático tardio de pacientes atendidos no Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMP)

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BEATRIZ FERREIRA DIOGO; FELIPE LIMA ALCOLUMBRE TOBELEM; MARCOS RAIMUNDO PEREIRA DA SILVA; JAMILLY ALVES PADILHA; VICTÓRIA WINKLER VASCONCELOS; MÁRCIA DO SOCORRO FERREIRA IASI. UFPA, BELÉM - PA - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: determinar as implicações do transplante hepático na vida do paciente, em relação à sua saúde física e mental, a fim de mostrar a importância dessa terapêutica no resgate à qualidade de vida do paciente. Método: os dados são obtidos por meio do teste WHOQOL-Bref, versão abreviada do instrumento WHOQOL-100, elaborado pelo grupo de saúde mental da Organização Mundial da Saúde (OMS). O WHOQOL-Bref avalia quatro domínios de qualidade de vida (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente). É composto de 26 itens, onde os 2 primeiros mostram a percepção geral da qualidade de vida e os 24 refletem as facetas que compõem os domínios. Até o presente momento, foram entrevistadas 18 pessoas. A avaliação estatística dos dados é feita pelo do cálculo do escore de cada paciente, através do software Microsoft Excel 2010, que gera valores de 0 a 100 para cada domínio e para a qualidade de vida global. Os valores foram avaliados através do cálculo da media, mínimo e máximo. Resultados: a média dos pacientes no domínio físico foi 78,9. O maior resultado foi 85,7 e o menor, 50,0. Para o psicológico, a média foi 85,8. O maior valor foi 100,0 e o menor 66,7. A média do terceiro domínio (relações sociais) foi 87,5. Os valores máximo e mínimo foram, respectivamente, 100,0 e 66,7. Para o último (meio ambiente), a média foi 81,4. O valor máximo foi 100,0 e o mínimo 46,9. O resultado global teve como média o valor 83,4. Os valores máximo e mínimo foram, respectivamente 94,0 e 59,6. Conclusões: todos os pacientes apresentaram escore global superior a 59,6. Ou seja, todos têm condições de saúde física e mental em níveis satisfatórios. Esse feedback é importante, uma vez que a qualidade de vida em pacientes no pré-transplante hepático é sabidamente mais baixa. Um estudo utilizando o WHOQOL-Bref para avaliar a qualidade de vida de pacientes com hepatite C crônica mostrou um número significativo de pacientes com resultados insatisfatórios, em especial no domínio das relações sociais.

CODIGO DO TRABALHO: 1253

TÍTULO DO TRABALHO: REVISÃO DAS RESSECÇÕES HEPÁTICAS CONVENCIONAIS REALIZADAS NO HOSPITAL ERNESTO DORNELLES NOS ÚLTIMOS 4 ANOS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LUCAS ALESSIO PEREIRA; ALOYSIO ENCK NETO; BETINA FRANCIOSI; CAROLINE MARCELE MACIEL BERGER; CHRISTIAN FERREIRA; GIOVANNA SORGATO TESSMANN; LUCAS GONÇALVES MATTE; NORBERTO MARTINS. HOSPITAL ERNESTO DORNELLES, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Mundialmente, as ressecções hepáticas têm sido utilizadas para tratamento de causas benignas e malignas, primárias ou secundárias do fígado, sendo a única opção terapêutica potencialmente curativa. A aceitação e indicação destes procedimentos nas últimas décadas tem aumentado, devido a melhores taxas de sobrevida e menores taxas de morbidade associadas aos procedimentos.Objetivo: identificar o perfil da população submetida a ressecção hepática convencional no Hospital Ernesto Dornelles entre 2012 e 2016 e indicar suas principais etiologias.Métodos: estudo retrospectivo descritivo, com dados coletados prontuários eletrônicos dos pacientes a partir de códigos cirúrgicos que contemplem todas as modalidades de ressecções hepáticas no período estudado.Resultados: Foram revisadas 34 ressecções hepáticas, destas, vinte e quatro pacientes eram do sexo feminino (70.6%) e dez do sexo masculino (29,4%), e a idade média foi de 59,14 (31-91).As cirurgias realizadas foram divididas em segmentectomias e trissegmentectomias. Dos procedimentos estudados, as segmentectomias (1 ou 2 segmentos hepáticos ressecados) corresponderam a 20 (70,5%) do total, e as trissegmentectomias (3 ou 4 segmentos, hepatectomia D ou E), 14 (29,5).As causas malignas apresentaram a maior frequência, 25 (73,5%) casos, sendo que entre elas, as doenças metastáticas foram a causa mais comum de cirurgia 15 (60%). Das causas benignas, se destacaram os adenomas 3 (33,3%) seguidos pelos cistos simples 2, e hemangiomas 2 (22,2%).Discussão: Encontramos nesta série de 34 ressecções um predomínio importante do sexo feminino 70,6%, a indicação mais comum para cirurgia foram as doenças malignas, principalmente as metástases hepáticas de carcinoma colo-retal (20,5% de todas as ressecções) já doenças benignas representaram 26,5% da população estudada, dados que vão ao encontro da literatura.Conclusão: A partir do estudo podemos conhecer melhor a população submetida a cirurgia hepática em nossa instituição e saber que apesar do nosso serviço não se tratar de um hospital universitário ou ser referência em cirurgia hepática, o Hospital Ernesto Dornelles, apresenta uma série de casos que parece ser equiparada as de hospitais referência e de ensino, tanto em quantidade de procedimentos quanto na etiologia identificada.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 673

TÍTULO DO TRABALHO: SINDROME DE KASABACH-MERRIT EM HEMAGIOMA HEPATICO ? RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: WELLIGTON RIBEIRO FIGUEIREDO1; ROBSON DAVID DE ARAÚJO LIAL2; GUILHERME MEIRELES FERREIRA3; IARA SANTOS SILVA2; SABRINA JALES CUNHA BRANDAO2; VIVIANNE CARVALHO SOARES DE ARAÚJO2; CARLA CECILIA DA COSTA ALMEIDA2; LAÍS KRISTYNA ROCHA DE OLIVEIRA2. 1. HOSPITAL GETULIO VARGAS, TERESINA - PI - BRASIL; 2. FACID, TERESINA - PI - BRASIL; 3. HGV, TERESINA - PI - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O hemangioma hepático é o tumor benigno mais recorrente do fígado, que tem como causas prováveis lesões hamartomatosas congênitas hepáticas. O diagnóstico, frequentemente, é incidental, e a diferenciação entre tumores benignos e malignos, geralmente, pode ser feita apenas com base nos dados clínicos e de exames de imagem. O tratamento cirúrgico é considerado com base no tamanho (>4 cm), nos sintomas clínicos, na incerteza diagnóstica, na natureza e na localização das lesões, em casos de pacientes refratários ao tratamento clínico, de crescimento da lesão, de pacientes submetidos a atividades com riscos de traumatismos abdominais e de acometimento pela Síndrome de Kasabach?Merritt (SKM), uma associação de hemangioma capilar e trombocitopenia. O objetivo do trabalho foi descrever um caso de tratamento cirúrgico de hemangioma gigante, sintomático, submetido à hepatectomia direita RELATO DE CASO: C.R.A, sexo feminino, 30 anos, com relato de petétquias, sangramento espontâneo da mucosa oral após escovar os dentes e dor abdominal em quadrante superior direito. Os exames laboratoriais mostraram anemia e hipofibrinogenemia (177mg). Ressonância magnética de abdome e tomografia evidenciaram hemangioma gigante 13,6cm em lobo hepático direito.Foi optado pela ressecção da lesão em dois tempos, com embolização prévia da artéria hepática direita e quatro dias depois a cirurgia definitiva, onde foi realizado hepatectomia direita regrada com colecistectomia, com duração de quatro horas, sem necessidade de transfusão de hemoderivados. O histopatológico da lesão confirmou hemangioma. CONCLUSÃO: A maioria dos tumores hepáticos é benigna, e a conduta expectante é a observação clínica. As indicações de tratamento operatório ficam restritas a casos de complicações diretamente relacionadas com a lesão: dor abdominal, sintomas compressivos, crescimento atípico, ruptura, hemorragia, SKM e dúvida diagnóstica quanto à malignidade. As indicações de hepatectomia têm aumentado devido ao aperfeiçoamento das técnicas cirúrgica e anestésica e seus resultados têm se mostrado cada vez melhores.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1311

TÍTULO DO TRABALHO: TRATAMENTO CIRURGICO DA DOENÇA DE CAROLI ? RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: WELLIGTON RIBEIRO FIGUEIREDO1; ROBSON DAVID DE ARAÚJO LIAL2; ANA BEATRIZ SILVA LIMA3; ANA CLARA ALVES FERREIRA3; ILLOMA ROSSANY LIMA LEITE2; LAÍS KRISTYNA ROCHA DE OLIVEIRA2; IARA SANTOS SILVA2; FRANCISCO VITOR PEREIRA DE SOUSA2. 1. HOSPITAL GETULIO VARGAS, TERESINA - PI - BRASIL; 2. FACID, TERESINA - PI - BRASIL; 3. UESPI, TERESINA - PI - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A doença de Caroli é uma má formação congênita rara caracterizada por dilatações saculares multifocais dos ductos biliares intra-hepáticos, que podem cursar com formação de litíase intra-hepática e episódios de colangite recorrentes. Em 20% dos casos existe envolvimento de apenas um dos lobos hepáticos, geralmente o esquerdo. O diagnóstico é estabelecido pela suspeita clínica associada a métodos de imagem, como colangiorressonância. Nos casos de doença de Caroli segmentar limitada a um lobo hepático, a hepatectomia parcial pode oferecer tratamento definitivo, com morbidade aceitável e completo alívio dos sintomas. O objetivo do trabalho foi relatar um caso de paciente portadora de Doença de Caroli submetida ao tratamento cirúrgico em hospital público de referência em Teresina, Piauí. RELATO DE CASO: E.M.L, sexo feminino, 67 anos procurou serviço médico de referência com relato de icterícia e febre recorrente há 2 meses. Durante a investigação os exames de imagem (colangiorressonância) evidenciaram dilatação sacular das vias biliares no lobo esquerdo do fígado associado a presença de cálculos e coledocolitíase. Foi submetida a hepatectomia esquerda com anastomose biliodigestiva hepaticojejunostomia em Y-roux. O procedimento durou 240min sem intercorrências. A paciente obteve alta no 4o DPO. O histopatológico confirmou Doença de Caroli e ausência de malignidade. CONCLUSÃO: A doença de Caroli é uma afecção rara que pode apresentar-se confinada a um lobo hepático. Dentro desse contexto, a hepatectomia parcial é uma proposta terapêutica com bons resultados no controle sintomático e redução do risco de malignidade na doença de Carolli segmentar.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1351

TÍTULO DO TRABALHO: TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS METÁSTASES HEPÁTICAS DO ADENOCARCINOMA COLORRETAL ? ALPPS-p (Associating liver partition and portal vein ligation for staged parcial hepatectomy) - RELATO DE CASO.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARIANA MEDRADO GONDIM; MATEUS PITOMBEIRA ARAÚJO; WESKLEY SOUZA DOS SANTOS; KAROLINE GONZAGA DA COSTA; GUSTAVO REGO COELHO; JOSÉ FRANCISCO RÊGO E SILVA FILHO; LÁZARO LAVOISIER DE ALMEIDA CEZÁRIO; JOSE HUYGENS PARENTE GARCIA. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: a ressecção cirúrgica é o único procedimento com potencial curativo de alguns tumores malignos primários do fígado e de alguns tipos de tumores malignos que cursam com metástases hepáticas, entre eles o adenocarcinoma colorretal. Entretanto, ao realizar tal procedimento, deve-se levar em conta o volume hepático residual, aspecto significativo na recuperação e sobrevida do paciente no período pós-operatório precoce e de longo prazo.OBJETIVO: Relatar caso clínico acerca da utilização de um procedimento recente e inovador como solução para ressecções hepáticas extensas.RELATO DE CASO: G.A.F., 52 anos, masculino, etilista pesado até 2006, tabagista. Após realização de colonoscopia por quadro de dor abdominal inespecífica, foi evidenciado um adenocarcinoma moderadamente diferenciado de cólon direito, tendo sido submetido a colectomia direita, com retirada conjunta do apêndice, revelando estadiamento patológico T3N0 em maio de 2015. Durante acompanhamento clínico, foi evidenciado com ressonância magnética diversos nódulos hepáticos bilaterais, sugerindo metástases. A indicação terapêutica após a ressecção tumoral foi a realização de duas sessões de quimioterapia no esquema FLOX, alternadas com a cirurgia de ressecção das metástases hepáticas. Em janeiro de 2016, o paciente foi submetido a ressecção hepática em dois tempos com ligadura do ramo portal direito e hepatectomia parcial ao nível ligamento falciforme (ALPPS-p). A primeira cirurgia sendo realizada em 21/01 e a segunda em 28/01, sendo evidenciando importante aumento volumétrico do fígado nesse período. Paciente teve alta hospitalar no 15º dia de internamento, sem complicações, seguindo em acompanhamento há mais de um ano sem sinais de recidiva da doença.CONCLUSÃO: O procedimento ALPPS-p mostrou-se grande aliado na tentativa de alcançar ressecções hepáticas maiores, permitindo tratamento de pacientes com metástase hepática bilateral.LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO- TORRES, Orlando Jorge Martins et al . Ligadura da veia porta associada à transecção para hepatectomia em dois estágios (ALPPS): uma nova abordagem nas ressecções hepáticas. ABCD, arq. bras. cir. dig., São Paulo , v. 25, n. 4, p. 290-292, Dez. 2012 . Disponível em . accesso a 11 Fev. 2017.

CODIGO DO TRABALHO: 857

TÍTULO DO TRABALHO: TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA O ADENOMA HEPÁTICO ROTO: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANA PAULA FARIA MAIA PORTUGAL; ALEXANDRA MANO ALMEIDA; GLEYDSON CESAR DE OLIVEIRA BORGES; RENATO DE CASTRO PEREIRA ROBERTO; ANDERSON CARLOS BRASIL VASCONCELOS. SANTA CASA DE MISERICORDIA DE FORTALEZA, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: (você deve definir o adenoma; falar um pouco sobre a incidência e os sintomas de forma resumida, mas explicativa, pois é a parte que chama a atenção para o trabalho). Objetivo: relatar o caso de uma paciente com adenoma hepático rôto e o seu tratamento cirúrgico. Material e Métodos: paciente (colocar as iniciais), sexo feminino, 49 anos, procurou atendimento no serviço de Cirurgia Geral/Digestiva da Santa Casa de Fortaleza em maio de 2016, com história de dor abdominal súbita de forte intensidade que cedia a uso de analgésicos, sem outros sintomas associados. Informava também uso de contraceptivos orais de longa data (17 anos). Realizada USG abdominal que evidenciou aumento do lobo hepático esquerdo, apresentando massa heterogênea, irregular, envolvendo os seguimentos II e III, medindo 11,6 X 6,8 X 11,26 cm com vascularização interna. A TC com contraste revelou coleção hipodensa subcapsular no lobo esquerdo do fígado, ântero-superior e inferior-posterior, assim como área nodular focal hipodensa com captação heterogênea pelo meio de contraste no seguimento II do fígado. Diante da suspeita de rotura do adenoma, realizou-se ressonância magnética do abdômen que mostrou formação expansiva do lobo esquerdo e múltiplos nódulos hipervasculares hepáticos de aspecto inespecífico e coleção hemorrágica subcapsular no lobo hepático esquerdo. Resultados: paciente foi submetida à cirurgia (colecistectomia e hepatectomia esquerda não- anatômica dos seguimentos II, III e parte dos seguimentos IVa/IVb) sob anestesia geral sem intercorrências. Evoluiu hemodinamicamente estável e assintomática. Apresentou boa aceitação da dieta e recebeu alta hospitalar no 5o dia de pós-operatório. Conclusão: O adenoma hepático é uma proliferação benigna do fígado, relativamente rara. Acomete principalmente mulheres em idade fértil e possui associação com uso prolongado de contraceptivos orais e em homens há correlação com esteróides e doenças metabólicas raras. A incidência vem aumentando por razões desconhecidas. Embora seja rara, esse tipo de lesão possui dois maiores riscos de complicações, como a ruptura espontânea e a transformação maligna. Baseado nessas complicações, o tratamento cirúrgico com ressecção da área hepática acometida (hepatectomia e segmentectomia) está indicado em todo adenoma com tamanho > 4 cm.

CODIGO DO TRABALHO: 2627

TÍTULO DO TRABALHO: TRATAMENTO CONSERVADOR DE VOLUMOSO HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPÁTICO PÓS TRAUMÁTICO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GLÍCIA CAMPANHARO MALHEIROS; GABRIELA PORTAL MONTEIRO; ISABELA BARRETO DE SOUZA ALMEIDA; LEONARDO SANTOS MONTEIRO. FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS, CAMPOS DOS GOYTACAZES - RJ - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Com objetivo de descrever um caso de volumoso hematoma subcapsular hepático pós traumático com enfoque no seu tratamento conservador foi feito um estudo descritivo constando de relato de caso e revisão de literatura nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde. Foram obtidos artigos originais científicos na LILAC, SciELO, Scopus e PubMed. Opção de busca por palavras-chave com os descritores: ?bruise?, ?subcapsular? e ?liver?. O limite temporal foi 2010 e os idiomas escolhidos foram inglês e português. O trabalho respeitou a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Relato do Caso: Feminino, 40 anos, com relato de dor de forte intensidade em região epigástrica e hipocôndrio direito de início súbito, após trauma, associada a vômitos sem presença de sangue. Ao exame: hemodinamicamente estável; abdome flácido com dor à palpação profunda em regiões epigástrica e hipocôndrio direito, sem sinal de irritação peritoneal. Ultrassonografia de abdome total evidenciou fígado de dimensões aumentadas apresentando duas imagens contínuas respectivamente de 11cm e 12cm, sugerindo processo expansivo. Tomografia computadorizada de abdome superior evidenciou lesão hepática volumosa, de caráter misto, com hematoma subcapsular envolvendo menos que 50% da superfície hepática e lesão no segmento VI do fígado de 7,5cm a qual pode ser o ponto de ruptura do parênquima hepático ou uma lesão tumoral (adenoma, carcinoma hepatocelular, hemangioma?). Arteriografia de aorta, tronco celíaco e artéria hepática normais. Laboratório: Hb 9,5 / Ht 28,9 / leucócitos 10.600 / plaquetas 264.000 / TAP 71,8 / INR 1,2 / PTT 27 / TGO 187 / TGP 194. Paciente com lesão hepática estratificada como uma lesão grau II de acordo com a escala de pontuação de lesões da Associação Americana para Cirurgia do Trauma (AAST). Foi adotada conduta expectante com antibioticoterapia profilática (ciprofloxacino por 7 dias) e tomografia computadorizada de controle. Paciente permaneceu internada por 34 dias, sendo 16 dias na Unidade de Terapia Intensiva. Exames da alta hospitalar sem alterações dignas de nota. Conclusão: Trata- se de uma patologia cuja avaliação clínica é essencial para suspeitar o diagnóstico, confirmado através de exames complementares. Diversas modalidades terapêuticas têm sido tentadas, porém o tratamento conservador e observação a nível ambulatorial foram as melhores escolhas para esse caso.

CODIGO DO TRABALHO: 2413

TÍTULO DO TRABALHO: TRATAMENTO VIDEOLAPAROSCÓPICO DE CISTO HEPÁTICO SIMPLES SINTOMÁTICO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PEDRO VICTOR LAZARETTI MENECHINI1; LUCAS EDUARDO SAVÓIA DE OLIVEIRA2; JULIANA PATRICIA SANTOS DE OLIVEIRA2; NICKSON DELLA GIUSTINA2; MURILO MASANOBU TOMIYOSHI2; AGNALDO SÉRGIO VIVAN FILHO2. 1. HOSPITAL SANTA RITA - MARINGÁ - PR, MARINGÁ - PR - BRASIL; 2. HOSPITAL SANTA RITA, MARINGÁ - PR - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOCistos hepáticos são lesões simples, císticas (ovaladas) e comuns encontradas no parênquima hepático, geralmente apresentam uma parede fina, celular e fibrosa,um epitélio cuboide simples preenchido por liquido claro. Sua prevalência varia, na população geral, em torno de 1,6% a 18%. São achados incidentais em exames de imagem, pois a maioria se apresenta assintomáticos ou oligossintomáticos. (1, 2) A Ultrassonografia Simples Abdominal (USG) é o método de escolha para diagnóstico. Quando sofrem complicações, a mais frequente sangramento intracístico, outras complicações possíveis são: ruptura, infecção e obstrução de vias biliares. Grande parte dos cistos não necessitam acompanhamento ou tratamento.RELATO DE CASO M.Y.M.S., Sexo feminino, 58 anos, encaminhada pelo médico ginecologista por dor abdominal com ultrassonografia com achados sugestivos de lesão ovariana esquerda compatível com fibroma de aproximadamente 7 cm e múltiplos cistos hepáticos sendo o maior de 15 cm em lobo direito. CA-125 com resultado de: 9,2 U/ml sendo indicado oforectomia e destelhamento de cisto hepático. Abordagem videolaparoscópica foi realizada em 13 de Junho de 2016, sendo realizado destelhamento de cisto hepático associada à colecistectomia. Na revisão da cavidade abdominal, visualiza-se mioma uterino de aproximadamente 7 cm e ausência de lesão ovariana. Paciente retorna à consulta após 2 meses assintomática com resultado de anatomo-patológico evidenciando colecistite crônica e cisto hepático simples. CONCLUSÃOO tratamento videolaparoscópico tem sido altamente recomendado para cistos solitários e ou com numero limitado de cistos localizados preferencialmente no segmento ântero lateral do fígado. (3) A experiência da equipe em cirurgia videolaparoscópica bem como a escolha adequada do paciente são fatores fundamentais para o resultado do tratamento.
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS1. JEISMANN, V. B. et al. Cisto hepático simples: o que todo cirurgião geral precisa saber. In: CURSO DE ATUALIZAÇÃO EM CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO, COLOPROCTOLOGIA, TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS DO APARELHO DIGESTIVO, 43., 2016, São Paulo. Artigo Original. São Paulo: Gastrão, 2016. p. 224 - 232.2. Noerregaard, C.L., Ainswort A.P. Good results after laparoscopic marsupialisation of simple liver cysts. Dan Med J. 2014 Jun;61(6).3. Szabó LS, Takács I, Arkosy P, Sápy P, Szentkereszty Z. Laparoscopic treatment of nonparasitic hepatic cysts. Surg Endosc. 2006; 20(4):595-7. .

CODIGO DO TRABALHO: 1537

TÍTULO DO TRABALHO: Variações anatômicas da Veia Porta Intrahepática

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: EDMUNDO VIEIRA PRADO NETO1; ORLANDO DE CASTRO E SILVA2; SAMUEL AZENHA GREGORIO1. 1. UNIVERSIDADE DE MARÍLIA (UNIMAR), MARÍLIA - SP - BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (FMRP-USP), RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVO: As Variações anatômicas na Veia Porta (VP) são relativamente comuns. Apresentam um papel crítico na avaliação pré-operatória hepática. Por isso, os autores buscaram a freqüência das variações da VP intrahepática.MÉTODOS: Revisão sistemática de estudos primários por meio de busca no Pubmed. A estratégia de busca ?(formation OR variant anatomic) AND portal AND vein? com filtro para pesquisa em humanos resultou 2912 artigos. Os critérios de exclusão foram: animais, estudos secundários, relatos de caso, veias tributárias da VP, VP extrahepática e ausência de comparação estatística das variações encontradas. Os critérios de inclusão foram: publicações a partir de 2001 (últimos 15 anos), artigos completos em inglês, espanhol ou português, humanos, comparação estatística das variações, n > 100 pacientes. Após a primeira seleção por meio de título ou título e resumo, 66 artigos foram lidos na íntegra. RESULTADOS: Após a seleção, 6 trabalhos foram incluídos nesta revisão, totalizando 3890 pacientes. A taxa de variações encontradas foi de 11% a 35%. A trifurcação da VP foi a mais comum (6,1 ? 20%) e o ramo direito da VP como o primeiro ramo da VP foi a segunda mais encontrada (4,7 ? 13%).CONCLUSÃO: Os valores consideráveis de variações apontam para a necessidade do conhecimento anatômico da VP intrahepática. A avaliação de exames de imagem é pertinente e se faz justificada antes de procedimentos intervencionistas no fígado. O desconhecimento da VP pode ser nocivo durante os procedimentos, mas sua conscientização pode contribuir para a redução das complicações.
BIBLIOGRAFIA:Sureka, B., Patidar, Y., Bansal, K., Rajesh, S., Agrawal, N., & Arora, A. (2015). Portal vein variations in 1000 patients: surgical and radiological importance. The British journal of radiology, 88(1055), 20150326.Takeishi, K., Shirabe, K., Yoshida, Y., Tsutsui, Y., Kurihara, T., Kimura, K., ... & Yoshizumi, T. (2015). Correlation between portal vein anatomy and bile duct variation in 407 living liver donors. American journal of transplantation: official journal of the American Society of Transplantation and the American Society of Transplant Surgeons, 15(1), 155-160.

CODIGO DO TRABALHO: 1413

TÍTULO DO TRABALHO: A IMPORTÂNCIA DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS NO CONTROLE DAS INFECÇÕES EM SERVIÇOS CIRÚGICOS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BRUNA BERNARDES VIEIRA MAIA; DANIELA CRISTINA ENDRES; MARCIO BARBOSA DE OLIVEIRA; GABRIEL GOMIDES VASCONCELOS; WASHINGTON DE MELO BENTO JÚNIOR; DIEGO SIMÃO MORAIS SILVA; CELSO ROCHA DA SILVA; CLARA REBECA MENESES MOURA. UNIRG, GURUPI - TO - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: As manifestações de preocupação com a necessidade de higienização das mãos na assistência se iniciaram no século XI, com Maimonides defendendo a lavagem das mãos pelos praticantes da medicina. Mesmo centenas de anos depois, em meados do Século XIX, quando Semmelweis produziu a primeira evidência científica de que a higienização das mãos poderia evitar a transmissão da febre puerperal, esta prática não foi compreendida em sua importância e tampouco aceita pelos profissionais de sua época. Todavia hoje diversas são as publicações científicas que demonstram a correlação entre a higienização das mãos e a redução na transmissão de infecções.OBJETIVOS: Esse trabalho visa através de uma observação histórica, demonstrar e a importância da lavagem correta de mãos para a o controle de infecções e não disseminação de patógenos virulentos responsáveis pelas complicações conhecidas no âmbito cirúrgico.METODOLOGIA: Foram analisados uma sequência de artigos, publicações e livros, totalizando em torno de 35 fontes disponíveis nos bancos de dados SciELO, LILACS e PubMed.RESULTADOS: Estudos bem conduzidos têm mostrado a importância da implementação de práticas de higienização das mãos na redução das taxas de infecções e a maioria absoluta dos especialistas em controle de infecções concorda que a higienização das mãos é o meio mais simples e eficaz de prevenir a transmissão de microrganismos no ambiente assistencialCONCLUSÃO: Nota-se evidencias da lavagem correta de mãos como alternativa obrigatória para o devido controle de infecções, a qual os profissionais devem estar sempre imbuídos de realiza-la da melhor maneira possível, tendo em vista o bem estar do paciente.

CODIGO DO TRABALHO: 2132

TÍTULO DO TRABALHO: A IMPORTÂNCIA DA IDENTIFICAÇÃO DOS FATORES DE RISCO DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO EM PACIENTES CIRÚRGICOS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JADER TAVARES DE MENDONÇA FILHO1; ANDRÉ LUIZ SANTOS DE MORAES2; MATHEUS OLIVEIRA FERREIRA2; RURICK CHUMACERO VANDERLEI2; MARIA CLARA PIRES D`OLIVEIRA2; RAVENA ALVES MARTINS2; SÉPHORA VERÔNICA ALVES SÁTIRO2; CARLA SUNALLY MACÊDO ALVES2. 1. FAMENE, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Afirmar a importância da identificação dos fatores de risco para desenvolvimento de Tromboembolismo venoso (TEV) em pacientes operatórios. Métodos: Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo documental e aspecto descritivo, baseada no estudo de artigos datados de 2013 a 2015 obtidos através de literatura em saúde impressa. Resultados e Discussão: O tromboembolismo venoso, especificamente a trombose venosa profunda e a embolia pulmonar, é uma importante causa de morbimortalidade para pacientes submetidos a processos operatórios, sobretudo cirurgias abdominais e cirurgias ortopédicas de grande porte. Nesse sentido, as diretrizes do American College of Chest Physicians (ACCP) recomendam que cada hospital ponha em prática estratégias para identificar o risco de TEV em pacientes clínicos e cirúrgicos a fim de evitar a morbidade e a mortalidade causadas por essa importante condição clínica. Alguns dos fatores de risco relacionados ao TEV são: idade avançada; imobilidade ou mobilidade reduzida; história prévia pessoal ou familiar de trombose venosa profunda; obesidade; traumatismos graves; e grandes cirurgias abdominais e ortopédicas, especialmente as reparadoras de fraturas de quadril, fêmur e joelho. Além disso, os cirurgiões devem estar atentos aos pacientes que estão sob anticoagulação profilática, por exemplo através do uso de Enoxaparina, uma vez que não é comum que esses desenvolvam sangramento significativo. Conclusão: O TEV é uma complicação importante relacionada a procedimentos cirúrgicos, sendo necessário uma maior atenção por parte dos profissionais médicos à identificação dos fatores de risco para desenvolvimento dessa condição, além da adoção correta de tromboprofilaxia farmacológica com anticoagulantes, para garantia de uma maior sobrevida a esses pacientes. Bibliografia: OKUHARA, Alberto et al . Incidência de trombose venosa profunda e qualidade da profilaxia para tromboembolismo venoso. Rev. Col. Bras. Cir., Rio de Janeiro, v. 41, n. 1, p. 02-06, 2014.AKPINAR, Evrim Eylem et al. A tromboprofilaxia evita o tromboembolismo venoso após cirurgia ortopédica de grande porte?. Jornal Brasileiro de Pneumologia, v. 39, n. 3, p. 280-286, 2013.FIGUEIREDO, Sérgio et al. Artroplastia total do joelho Tempo total de internamento, complicações e reinternamentos a 30 dias. Revista Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia, v. 21, n. 2, p. 191-199, 2013.

CODIGO DO TRABALHO: 1321

TÍTULO DO TRABALHO: A IMPORTÂNCIA DA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA NO DIAGNÓSTICO DA APENDAGITE EPIPLÓICA: UM RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DORIS MEDIANEIRA LAZZAROTTO SWAROWSKY1; DANIELA DE MORAES1; THOMAS DIAS SOUTO GRAVI1; MANOELA SUZANA PERSCH2; RAFAEL LUIZ DONCATTO2; INÁCIO SWAROWSKY1; GUSTAVO LAZAROTO SWAROWSKY3; FÁBIO JOSÉ PAVAN1. 1. UNISC, SANTA CRUZ DO SUL - RS - BRASIL; 2. HOSPITAL SANTA CRUZ, SANTA CRUZ DO SUL - RS - BRASIL; 3. PUCRS, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A apendagite epiplóica (AE) é uma causa rara de dor abdominal e é causada por uma inflamação do apêndice epiplóico por torção ou trombose venosa espontânea da drenagem apendicular.[1] Clinicamente, o paciente apresenta-se com dor abdominal focal, sendo o diagnóstico frequentemente confundido com diverticulite e apendicite aguda.[2] A AE foi relatada em 2-7% dos pacientes com suspeita de diverticulite e em 0,3-1% daqueles com suspeita de apendicite[1]. Observa-se que muitos pacientes acabam recebendo antibioticoterapia ou tratamento cirúrgico equivocadamente, visto que a AE é uma condição autolimitada e seu tratamento é conservador com analgésicos[1,2,3]. Nesse sentido, a tomografia computadorizada (TC) pode revelar achados característicos da AE, além de auxiliar no diagnóstico diferencial de outras causas de dor abdominal. Dessa forma, segue o relato de casos de dor abdominal aguda elucidados por tomografia computadorizada.RELATO DE CASO: Analisados quatro casos de pacientes com quadro de dor abdominal aguda atendidos na Emergência do Hospital Santa Cruz ? Santa Cruz do Sul ? RS, sendo 3 do sexo masculino e 1 feminino, com idade média de 40 anos. Dois pacientes masculinos e 1 paciente feminino apresentavam quadro clínico compatível com diverticulite aguda e o outro paciente masculino apresentava quadro sugestivo de apendicite aguda. Pacientes realizaram TC de abdome e confirmado diagnóstico tomográfico de apendagite epiplóica. Pacientes foram tratados com anti-inflamatórios não-esteroidais e apresentaram boa evolução, recebendo alta breve.CONCLUSÃO: Apesar da apendagite ser uma causa rara de dor abdominal, ela deve ser sempre considerada no diagnóstico diferencial de dor abdominal aguda. Nesse sentido, a TC é fundamental para o diagnóstico diferencial de abdome agudo, a fim de reduzir as internações hospitalares, o uso de antibióticos e as cirurgias desnecessárias. Akinosoglou K, Kraniotis P, Thomopoulos K, Assimakopoulos SF. Epiploic appendagitis: A non-surgical cause of acute abdomen. Ann Gastroenterol. 2015;28(2):296?8. Hwang JA, Kim SM, Song HJ, Lee YM, Moon KM, Moon CG, et al. Differential diagnosis of left-sided abdominal pain: primary epiploic appendagitis vs colonic diverticulitis. World J Gastroenterol 2013. Oct;19(40):6842-6848. Patel NB, Wenzke DR. Evaluating the Patient with Right Lower Quadrant Pain. Radiol Clin North Am. 2015 Nov;53(6):1159-70.

CODIGO DO TRABALHO: 1301

TÍTULO DO TRABALHO: A IMPORTÂNCIA DA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE APENDICITE AGUDA: UM RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DORIS MEDIANEIRA LAZZAROTTO SWAROWSKY1; DANIELA DE MORAES1; THOMAS DIAS SOUTO GRAVI1; MANOELA SUZANA PERSCH2; RAFAEL LUIZ DONCATTO2; INÁCIO SWAROWSKY1; GUSTAVO LAZAROTO SWAROWSKY3; JESSICA EBERT1. 1. UNISC, SANTA CRUZ DO SUL - RS - BRASIL; 2. HOSPITAL SANTA CRUZ, SANTA CRUZ DO SUL - RS - BRASIL; 3. PUCRS, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A apendicite aguda é uma doença que tem as maiores taxas de erros diagnósticos, sendo que idosos e mulheres em idade fértil podem apresentar maior inconsistência entre a gravidade e os achados da doença.[1] Ela deve ser considerada em pacientes com dor em fossa ilíaca direita (FID), porém deve se levar em conta outros diagnósticos diferenciais como divertículo de meckel, diverticulite aguda, doença inflamatória intestinal, apendagite epiplóica e causas ginecológicas.[2] Dessa forma, segue um relato de caso de uma suspeita de apendicite elucidada por tomografia computadorizada (TC).RELATO DE CASO: Paciente E.S, masculino,branco, 63 anos, previamente hígido, encaminhado ao serviço de Emergência do Hospital Santa Cruz em Santa Cruz do Sul ? RS para avaliação cirúrgica por suspeita de apendicite aguda. Paciente referia dor em FID iniciada há 4 dias, sem outros sintomas associados. Sem alteração de hábito intestinal e urinário, sem náuseas, vômitos e perda de peso. Paciente trouxe laudo de US realizado 3 dias antes sugerindo considerar processo inflamatório do segmento distal do apêndice, visto que não havia sido visualizado segmento o distal ao exame. Hemograma e demais laboratoriais sem particularidades. Realizada TC de abdome para elucidar o caso, confirmando o diagnóstico de apendagite epiplóica. Paciente recebeu sintomáticos e ficou em observação. Paciente teve melhora da dor e recebeu alta hospitalar após 4 dias de internação.CONCLUSÃO: O diagnóstico da apendicite aguda é baseado na história, exame físico e laboratoriais do paciente, contudo, os erros diagnósticos e apendicectomias negativas podem ser evitados por meio de exames radiológicos como a TC. Nesse sentido, a TC é fundamental para o diagnóstico diferencial de abdome agudo, especialmente em idosos e quando o quadro não possui uma clínica tão evidente. Hatipoglu S, Hatipoglu F, Abdullayev R. Acute right lower abdominal pain in women of reproductive age: Clinical clues. World J Gastroenterol 2014 Apr;20(14):4043-9 Patel NB, Wenzke DR. Evaluating the Patient with Right Lower Quadrant Pain. Radiol Clin North Am. 2015 Nov;53(6):1159-70.

CODIGO DO TRABALHO: 2656

TÍTULO DO TRABALHO: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DEBORAH MACÊDO RIGONI PRANDINI; YASMIN BIONE DINIZ; MAFIRA PEREIRA SAFT; PATRÍCIA ALVES MANGUEIRA; CAMILA MONTEIRO DA ROCHA. INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS, ARAGUAÍNA - TO - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVO: O objetivo deste estudo é relatar as características epidemiológicas dos pacientes acometidos com carcinoma de células de Merkel, as características clínicas da neoplasia, os fatores para o estadiamento da doença e a melhor terapêutica.MÉTODO: Estudo descritivo e bibliográfico que teve a coleta de dados baseada em Artigos Científicos indexados nas fontes de Pesquisa online: Pubmed, LILACS e Scielo. Sendo os termos chaves utilizados na busca: Carcinoma de células de Merkel, carcinoma neuroendócrino.RESULTADOS: O Carcinoma de células de Merkel (CCM) é um câncer neuroendócrino de pele raro, agressivo. Ocorre principal-mente em áreas expostas ao sol e em pacientes idosos, maioria dos acometidos é de origem caucasiana, e há discreto predomínio no sexo masculino. Inicialmente atua como uma lesão nodular, menor que 2 cm, aderida, de rápido crescimento e com coloração vermelho-azulada. Radiação ultravioleta e imunossupressão podem ser consideradas fatores de risco para essa neoplasia. É mais encontrada em cabeça e o pescoço, seguidos por tronco e membros. A disseminação linfonodal é precoce e frequente, com aproximadamente 20% dos casos apresentando linfonodos positivos. Quando desenvolve doença sistêmica os sítios mais comuns são o fígado, pulmão, ossos e o cérebro. A elaboração diagnóstica inicial deve incluir uma radiografia de tórax para excluir um tumor pulmonar primário, que é diagnostico diferencial da CCM, e TC de tórax e abdome que ajudam a identificar as metástases a distância em pacientes com doença mais avançada. O CCM é passível de tratamento com cirurgia associada ou não a terapia adjuvante com radio e quimioterapia, sendo feito de acordo com o estadiamento clínico. Nos casos de tumor primário local sem metástase para os linfonodos regionais, recomenda-se excisão com margens amplas de 1-3 cm para evitar recorrência tumoral. Quando há invasão de cadeia linfática regional, indica-se também a excisão radical da cadeia ganglionar seguida de radioterapia. Em casos onde há metástases à distância, está indicada a quimioterapia. Contudo, esta estratégia nem sempre é possível, principal-mente quando ocorre na região da cabeça e pescoço. Nenhum tratamento tem mostrado eficácia quando já há metástase e sobrevida média desses pacientes é de 10 meses.CONCLUSÃO: Daí a importância de colocar essa patologia como um diagnóstico diferencial em casos semelhantes. Para que com diagnóstico precoce haja maior chance de sobrevida nesses doentes.

CODIGO DO TRABALHO: 911

TÍTULO DO TRABALHO: A PRIMEIRA CIRURGIA: EXPERIÊNCIA COM SIMULADOR DE VIDEOCIRURGIA PARA RESIDENTES

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DIEGO INÁCIO GOERGEN1; TATIANA MIE MASUKO2; FERNANDO JOSÉ SAVÓIA DE OLIVEIRA1; RODRIGO DE PIERI COAN1. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 2. SAUNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVOS: Descrever a experiência do treinamento de residentes em Cirurgia Geral no uso do simulador cirúrgico de videolaparoscopia, com o intuito de apresentar detalhes da técnica aos R1 e aperfeiçoar técnicas dos R2. RELATO DE EXPERIÊNCIA: Foram convidados todos os 18 médicos residentes do Serviço de Cirurgia Geral da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Os residentes compareceram a uma sessão de treinamento, acompanhados de preceptores do serviço, que fizeram o papel de tutores durante o treinamento. Foram utilizados dois módulos de simulação no Centro de Simulação recém-inaugurado da UFCSPA, um para colecistectomia e outro para apendicectomia. DISCUSSÃO E CONCLUSÃO: Empiricamente, após uma sessão de treinamento, os residentes saíram satisfeitos com o resultado e entenderam que houve aprendizado útil sobre a videolaparoscopia. Há, porém, ainda a necessidade de ser elaborado um currículo padronizado, que permitirá ao residente de cirurgia geral a aquisição de habilidades essenciais em videolaparoscopia. A literatura atual indica, de maneira geral,que os seguintes módulos devem ser dominados por um cirurgião iniciante na videolaparoscopia, nesta ordem: navegação de câmera, pegar e transferir objetos, habilidade de corte de objetos, clipagem, lise de aderências, manuseio de alças intestinais e realização de colecistectomia. Faarvang & Ringsted (2006) desenvolveram um método de treinamento que considera seis passos para implantação de um treinamento simulado em cirurgia: Passo 01: Avaliar os alunos de acordo com conhecimento prévio e experiência em cirurgia ou videocirurgia; Passo 02: O tutor demonstra o procedimento no simulador; Passo 03: O tutor repete o procedimento explicando para o aluno detalhadamente cada ação; Passo 04: O estudante instrui o tutor enquanto este repete o procedimento; Passo 05: O aluno assume o simulador e demonstra o procedimento e explica ao tutor o que está fazendo; Passo 06: O tutor avalia o desempenho do aluno.

CODIGO DO TRABALHO: 332

TÍTULO DO TRABALHO: Abdome agudo perfurativo e abcesso hepático secundários à corpo estranho: Espinha de Peixe - Relato de Caso.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CLAUDIO FRANCO DO AMARAL KFOURI1; CLAUDINEI DA SILVA2; CLEIBE NICACIO DA SILVA2; GUILHERME PAULO CARVALHO DE AMORIM2; MARIA CLARA FERREIRA NONATO ROMANIA3; YULSEF FERREIRA4; MARCOS ANTONIO MARTON FILHO5; JAICER GONÇALVES ROLO6. 1. FACULDADE DE MEDICINA DE ARARAQUARA, MATÃO - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL CARLOS FERNANDO MALZONI - DEPARTAMENTO DE CIRURGIA, MATÃO - SP - BRASIL; 3. FACULDADE DE MEDICINA DE ARARAQUARA, ARARAQUARA - SP - BRASIL; 4. DOCENTE DA DISCIPLINA DE CLÍNICA MÉDICA DA FACULDADE DE MEDICINA ESTÁCIO RIBEIRÃO PRETO, RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL; 5. DOCENTE DA DISCIPLINA DE CLÍNICA CIRÚRGICA DA FACULDADE DE MEDICINA ESTÁCIO RIBEIRÃO PRETO, RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL; 6. HOSPITAL CARLOS FERNANDO MALZONI - DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA, MATÃO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O abdome agudo perfurativo é uma das síndromes mais frequentes dentre as urgências não-traumáticas abdominais, tendo sua prevalência inferior aos quadros inflamatórios e obstrutivos. A perfuração das vísceras ocas pode ocorrer por processos inflamatórios, neoplásicos, infecciosos e por fim, pela ingestão por via alta ? boca ? de corpos estranhos. Já o abcesso piogênico hepático é uma entidade rara e está associado à elevado índice de gravidade, sendo responsável por cerca de 1% das internações hospitalares. Recentemente observa-se uma mudança na epidemiologia dessa patologia, pois dentre os fatores associados, os causados por corpo estranho são uma condição ainda mais rara e cujo desfecho geralmente é fatal devido às dificuldades em se estabelecer o diagnóstico precoce. A dificuldade na suspeita diagnóstica e a inespecificidade dos sintomas são fatores que levam ao diagnóstico tardio e consequente piora no prognóstico, resultando em um elevado número de óbitos.O objetivo deste estudo é relatar esta associação incomum de perfuração do trato gastrointestinal e formação de abcesso piogênico hepático secundários à ingestão de corpo estranho, como uma espinha de peixe, que deu origem a esta emergência cirúrgica. Vale ressaltar que existem apenas cerca de cinquenta e nove relatos como este na literatura médica, fato que reforça a importância do presente estudo.Relato de Caso: Paciente do sexo feminino em pós-operatório de cirurgia ortopédica refere dor abdominal de início súbio, sem fatores de melhora ou piora. Foi encaminhada para a cirurgia geral que indicou a laparotomia exploradora após realização da anamnese, exame físico e exames complementares laboratoriais e de imagem. No intra-operatório descobriu-se uma perfuração antral gástrica e abcesso hepático secundários a ingesta de corpo estranho, no caso, uma espinha de peixe.Conclusão: Por fim, com o relato deste caso, concluí-se que apesar de sua raridade, deve-se considerar a formação de abcesso hepático secundário à perfuração do trato gastrointestinal por corpo estranho um diagnóstico diferencial para fortes dores abdominais com sintomatologia inespecífica e confirmar o alojamento do objeto no fígado através da procura por sinais radiográficos que visualizem o objeto ou, ainda, ante a impossibilidade de se visualizar o objeto, encaminhar o paciente à cirurgia com finalidade diagnóstica e terapêutica, garantindo um bom prognóstico ao mesmo.

CODIGO DO TRABALHO: 2433

TÍTULO DO TRABALHO: ABORDAGEM DA APENDICITE AGUDA NO IDOSO: A SUSPEITA DE OBSTRUÇÃO TUMORAL NORTEIA O TRATAMENTO OPERATÓRIO?

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JULIANA MUNIZ FERREIRA1; SARAH STERPHANE FERNANDES1; ROBERTO MARCELLUS DE BARROS SENA2; MANOEL SIQUEIRA NETO3; MARINA DE OLIVEIRA NUNES IBRAHIM4; CARLOS ROCHA MAIA3; HELOISA MAGDA RESENDE3. 1. UNIFOA, VOLTA REDONDA - RJ - BRASIL; 2. UNIFOA E HOSPITAL VITA VOLTA REDONDA, VOLTA REDONDA - RJ - BRASIL; 3. HOSPITAL VITA VOLTA REDONDA, VOLTA REDONDA - RJ - BRASIL; 4. LABORATÓRIO PASTEUR, VOLTA REDONDA - RJ - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A apendicite aguda (AA) é a emergência cirúrgica mais comum no nosso meio. Resulta de obstrução, infecção e trauma do apêndice vermiforme e é responsável por cerca de 2% das admissões hospitalares. Sabe-se que 2,75% dos casos de AA ocorrem em pacientes com mais de 60 anos, e que nesses pacientes é comum o tumor se manifestar como AA devido a obstrução maligna da luz apendicular. Dentre os tumores de apêndice é possível destacar três principais classificações: Carcinoide, Adenocarcinoma e adenocarcinoide. O tratamento é cirúrgico, podendo ser realizada apendicectomia ou procedimento ampliado de acordo com a histologia do espécime ou mesmo conforme inventário cirúrgico. Relato do Caso: O presente trabalho apresenta um caso de paciente de 69 anos com queixa de dor abdominal recorrente no quadrante inferior direito há meses. Evoluiu com quadro de AA confirmado pela TC que evidenciou sinais de aumento global do apêndice, inflamação periapendicular e obstrução por tecido de partes moles. Suspeitou-se de etiologia tumoral; realizada exploração da cavidade por meio da laparoscopia e a paciente foi submetida a hemicolectomia direita oncológica. O estudo anátomo-patológico concluiu como adenocarcinoma moderadamente diferenciado; a paciente evoluiu em bom estado geral e com acompanhamento oncológico, com dosagens seriadas de marcadores tumorais. Conclusão: A partir da análise de critérios como: tamanho, extensão do tumor no mesoapêndice, localização na base do apêndice, invasão linfática subserosa e idade do paciente, a cirurgia deixa de ter o escopo local e a ressecção ampliada passa a ser imperiosa, inclusive com ressecção de mesocólon. Analisando a literatura atual, concluímos que a apendicite aguda pode ser secundária a obstrução tumoral, principalmente nos idosos, a despeito de sua baixa prevalência; faz-se mister a atenção do cirurgião quanto aos critérios de invasividade/malignidade durante o inventário operatório, pois estes norteiam a tática cirúrgica e determinam a evolução do ponto de vista oncológico do paciente.

CODIGO DO TRABALHO: 1713

TÍTULO DO TRABALHO: Abscesso de Músculo psoas por Mycobacterium tuberculosis: Apresentação de caso raro e revisão de literatura?

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOSÉ FRANCISCO F. LIMA SIMÃO DE SOUSA; CAMILA CERDEIRO AGUIAR; DAN EDWY CARNEIRO GUIMARÃES FAJARDO; MAYARA SANAE FUJIMOTO; CELIO CORTINHAS FILHO; WALLACE HOSTALACIO AVELAR MARTINS; ROSANA SIQUEIRA BROWN; HELENA MANFRINATO KASTANOPOULOS. UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOAbscesso de psoas consiste numa condição clínica caracterizada por coleção de pus no compartimento do músculo iliopsoas. Sua clínica é inespecífica e cursa geralmente com febre, dor em flanco ou região lombar e limitação do movimento do quadril. Em indivíduos imunocompetentes o agente etiológico mais frequente é o Staphylococcus aureus. No entanto, o Brasil possui área endêmica para tuberculose, sendo Mycobacterium tuberculosis um agente comum. Não há dados epidemiológicos de incidência significativos em literatura.RELATO DE CASO Paciente masculino, DN:25/01/1999, apresentando abscesso supraclavicular esquerdo em Março/2016. Acompanhamento inicial através de Clínica da Família. Prescrita Cefalexina por 7 dias, não havendo resolução completa do quadro. Posteriormente realizou-se primeira drenagem ambulatorial do abscesso e prescrição de Amoxicilina-Clavulanato, sem melhora efetiva.Paciente encaminhado ao serviço de Cirurgia Geral da sexta enfermaria do HUGG, permanecendo internado durante 20 dias.Exame físico evidenciou abscessos axilar e supraclavicular esquerdos drenando espontâneamente e área de flutuação em topografia de musculatura reto abdominal à esquerda. Exames de imagem evidenciaram abscessos de psoas bilateralmente. Realizada nova drenagem com coleta de material para cultura em centro cirúrgico, totalizando 700mL em psoas direito e 300mL em psoas esquerdo de secreção purulenta, além de antibioticoterapia empírica com doxiciclina por 14 dias. Análise laboratorial do material descartou crescimento de bactérias e fungos, porém positivou para Mycobacterium tuberculosis. Sorologias para HIV e Hepatites Virais negativas. Apresentava febre, dor lombar pouco específica à direita e perda ponderal.Paciente segue em investigação de imunodeficiência e Mal de Pott. CONCLUSÃOO abscesso em músculo psoas é uma comorbidade rara e quando presente é frequentemente associado com imunodeficiências. O relato descrito apresenta uma ocorrência incomum dessa condição clínica, visto que o paciente possuía abscesso no músculo psoas bilateralmente, associado a infecção por Mycobacterium tuberculosis, sem sinais de doença ativa em outro sítio, fato pouco relatado na literatura. Abscesso prima?rio e? mais frequente em pacientes portadores de diabetes mellitus, de HIV ou imunossupressa?o. Já o secundário dependerá da presença de doença de base, sendo a Doença de Crohn causa mais comum. Outras possi?veis causas são Mal de Pott, diverticulite e osteomielite.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 3112

TÍTULO DO TRABALHO: Abscesso de Pâncreas assintomático secundário à corpo estranho: relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CAROLINA VERTEMATI CAVALIERI1; ANA CLÁUDIA DA CUNHA FERREIRA1; ELAINE CRISTINA MARINHO DA FONSECA2; TICIANE DA COSTA MARTINS3; RODOLFO PORTO REGO2; GABRIELA FERREIRA CORREA2; DENISSON GUEDES PONTES4. 1. CHECK UP HOSPITAL, MANAUS - AM - BRASIL; 2. FUNDAÇÃO HOSPITAL ADRIANO JORGE, MANAUS - AM - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS, MANAUS - AM - BRASIL; 4. UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS, MANAUS - AM - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A ingesta de corpo estranho é patologia comum, a maioria passando pelo trato gastrointestinal sem consequências. A perfuração apresenta quadro clínico variável com dor abdominal, febre, vômitos, peritonite ou abscessos, sendo geralmente necessária intervenção cirúrgica de urgência. RELATO DE CASO: Homem, 51 anos, diabético descompensado, procurou pronto atendimento com quadro de dispneia leve. Realizou tomografia de tórax que mostrou corpo estranho próximo ao duodeno. Tomografia e ressonância de abdome confirmaram corpo estranho linear denso de 3cm na junto à parede medial do duodeno associada à imagem heterogênea em corpo do pâncreas sugestiva de abscesso. Endoscopia mostrou lesão cicatricial no duodeno. Paciente assintomático do ponto de vista abdominal. Optamos por abordagem eletiva videolaparoscópica pela retrocavidade dos epíplons, sendo identificado e retirado o corpo estranho (espinha de peixe) e drenado o abscesso com dreno de silicone. Paciente teve boa evolução no pós operatório, sem débito no dreno, recebendo alta no 3o dia. Sem queixas no retorno ambulatorial. Tomografia de controle mostrou densificação da gordura local, sem coleções. CONCLUSÃO: A perfuração intestinal geralmente é ocasionada por corpos estranhos alimentares alongados e pontiagudos, ocorrendo principalmente nas alças ileais. Os pacientes geralmente não relatam a ingesta de um corpo estranho, o que, associado a um quadro clínico muitas vezes confuso, faz com que o diagnóstico seja difícil e tardio. Os mais suscetíveis à ingestão de corpo estranho são idosos, usuários de dentaduras, alcoólatras e pacientes psiquiátricos. A conduta terapêutica depende da localização do corpo estranho no trato digestivo e da presença de complicações como perfuração, hemorragia e obstrução. O paciente apresentado era assintomático. Optamos por procedimento cirúrgico eletivo, pela localização do abscesso e por ser paciente diabético, sendo a técnica utilizada a menos invasiva possível, por videolaparoscopia. REFERÊNCIA: NICOLODI, Gabriel Cleve et al . Perfuração intestinal por ingestão de corpo estranho alimentar. Radiol Bras, São Paulo , v. 49, n. 5, p. 295-299, out. 2016

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2064

TÍTULO DO TRABALHO: Abscesso esplênico espontâneo: um relato de caso.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: KATHARINNE INACIO VAZ LAURIANO; KAROL SOTELO CORTES; LIZANDRA OLIVEIRA ROSADO; LUDMILA CASTRO ALVES TEIXEIRA; YASSER MOURA HAMIDAH; DEBORA GOMES VIEIRA; VITOR VARJAO CHIANG; DANIELLA SILVA MENA. HOSPITAL REGIONAL DO GAMA - DF, GAMA - DF - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O abscesso esplênico é um processo supurativo que envolve o parênquima esplênico ou o espaço subcapsular, apresenta inespecificidade de achados clínicos, resultando em altas taxas de mortalidade. É uma doença rara, ainda com poucos casos publicados na literatura. Na maioria dos pacientes podem ser identificados fatores de risco como imunossupressão, trauma, infecção metastática e uso de drogas injetáveis. Quando o abscesso esplênico desenvolve-se na ausência de fatores de risco, o caso torna-se ainda mais raro e escasso em informações científicas. Tradicionalmente, o tratamento de escolha é a esplenectomia. Entretanto, a drenagem percutânea pode ser uma alternativa útil em casos selecionados, já que evita disfunções imunológicas e está relacionada a menor morbidade. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de abscesso esplênico em que não foram identificadas condições predisponentes que pudessem justifica-lo.RELATO DO CASO: Paciente do sexo masculino, 57 anos, com quadro clínico de dor abdominal em hipocôndrio e flanco esquerdos associada a dor torácica ventilatório-dependente e dispneia, com evolução de 5 dias e febre não aferida com início há 1 dia. Previamente hígido, sem história de traumas, infecções recentes, doenças crônicas ou uso de medicações. Ao exame encontrava-se em regular estado geral, afebril, taquipneico. O abdome era globoso, flácido, doloroso à palpação superficial e profunda, sem sinais de irritação peritoneal. Realizada tomografia computadorizada de abdome, que evidenciou coleção com gás de permeio, localizada no terço superior do baço, associada a áreas hipoatenuantes de permeio no parênquima esplênico e densificação dos planos adiposos. AngioTC de tórax mostrando consolidações/atelectasias com broncogramas aéreos na língula e no lobo inferior esquerdo, e pequeno derrame pleural bilateral com atelectasia passiva do parênquima. Diagnosticado abscesso esplênico e pneumomia secundária, sendo conduzidos com esplenectomia, antibioticoterapia e vacinação para Neisseria meningitides e Streptococcus pneumoniae.CONCLUSÃO: O abscesso esplênico é condição rara e ameaçadora à vida. Deve ser suspeitado em pacientes febris com dor em abdome superior esquerdo, na presença ou não de fatores de risco, já que pode ocorrer em pacientes imunocompetentes e sem outra fonte de infecção.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 978

TÍTULO DO TRABALHO: Abscesso hepático como manifestação inicial de apendicite aguda.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANA CELIA DINIZ C. BARBOSA ROMEO1; BRUNA DE JESUS QUEIROZ2; GABRIELA OLIVEIRA BARBOSA2; MAÍRA DE CASTRO FERNANDES2; MARIA MARTINEZ KRUSCHEWSKY2; VENANDRA RIBEIRO E ANDRADE2; ANDRE GUSMAO CUNHA1; MARCIO RIVISON SILVA CRUZ1. 1. HOSPITAL DO SUBÚRBIO, SALVADOR - BA - BRASIL; 2. ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, SALVADOR - BA - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Relato de caso de paciente atendida no Serviço de Cirurgia do Trauma do Hospital do Subúrbio, Salvador-Ba, com quadro inicial de abscesso hepático, como manifestação inicial de apendicite aguda. Relato do Caso: Paciente M.L.S.C., sexo feminino, 59 anos, admitida com abdominal em abdome superior há 12 dias com piora relacionada à ingesta alimentar, associada a vômitos e febre. Realizou ultrassonografia do abdome total que revelou nodulações hepáticas parenquimatosas. Prosseguiu-se a investigação com tomografia computadorizada de abdome que mostrou imagem sugestiva de abscesso hepático em lobo esquerdo. Foi submetida a drenagem transparietal da lesão principal guiada por ultrassonografia e iniciada antibioticoterapia. Evoluiu clinicamente estável, com dreno produtivo. Após uma semana de tratamento, houve piora da dor e da leucocitose. Realizada tomografia computadorizada de controle que evidenciou persistência dos abscessos, sendo escalonado antibiótico e realizada nova drenagem dos abscessos por videolaparoscopia. Após 22 dias recebeu alta para acompanhamento ambulatorial. Retorna ao nosso serviço após um mês, com quadro de dor abdominal em fossa ilíaca direita, com novo exame de imagem evidenciando redução das imagens hepáticas, e apêndice cecal de calibre aumentado, densificação de planos adiposos adjacentes e pequenos linfonodos mesentéricos na região de fossa ilíaca direita. Devido ao quadro prévio foi aventada a suspeita de neoplasia de apêndice cecal ou apendicite com manifestação inicial de abscesso hepático. Realizada apendicectomia videolaparoscópica que revelou aumento do volume do apêndice cecal com aderências a órgãos adjacentes, sugerindo apendicite aguda. Conclusão: O abscesso piogênico é o mais comum no nosso meio dentre os abscessos hepáticos. Recentemente o perfil epidemiológico dos pacientes com abscesso hepático tem se modificado para pacientes mais idosos. Esta mudança pode ser devida à diminuição da freqüência da apendicite aguda como fator etiológico na gênese do abscesso hepático, em virtude da maior rapidez do diagnóstico e maior efetividade no tratamento. No caso relatado a demora por procurar atendimento pode ter levado ao surgimento do abscesso hepático como primeira manifestação da apendicite aguda.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2563

TÍTULO DO TRABALHO: Abscesso perinefrético com fístula para tórax: relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BHEATRIZ RESOLEM SILVA SANCHES1; NATHAN UEHARA LIRA2; MARCO AURÉLIO ORNELLAS1; ADORÍSIO BONADIMAN1. 1. UNINGÁ, MARINGÁ - PR - BRASIL; 2. HOSPITAL MEMORIAL -UNINGÁ, MARINGÁ - PR - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Um abscesso perinefrético é uma coleção purulenta ao redor dos rins. É raro em comparação a outras infecções do trato genitourinário, porém pode ter morbimortalidade significativa. Seu curso clínico insidioso e sintomas inespecíficos podem dificultar seu diagnóstico em primeiro momento.CASO: N.D.S., 45 anos, feminino, admitida em enfermaria com dor retroesternal, dispneia e cefaleia, tosse seca, dorsalgia e febre. Internamento há 3 semanas por pielonefrite. Ao exame físico, apresentava-se dispneica, com estertores crepitantes bilateralmente e murmúrios vesiculares ausentes em hemitórax direito à ausculta pulmonar. USG compatível com pielonefrite aguda à direita, além de esplenomegalia homogênea. Evoluiu com piora da dispneia, saturação de O2 de 89%, febre e rebaixamento de nível de consciência. Foi transferida para UTI. Análise de líquido pleural revela exsudato. RX de tórax apresentando derrame pleural importante à direita. Realizado drenagem de tórax à direita, mantendo débito diário de aproximadamente 800ml. TC de abdome total com alterações do rim direito e dos espaços perinefréticos e paranefréticos adjacentes, sugestivos de pielonefrite com abscessos perinefréticos. Realizado toracotomia aberta com drenagem de empiema, decorticação pulmonar e limpeza de cavidade torácica e dreno de tórax, evidenciando presença de fistula drenando produto de abcesso perinefrético. Administrado metronidazol 500 mg por 5 dias, cefepime 1g EV 8/8h e clindamicina 600mg EV 6/6h por 10 dias. No 8º pós-operatório (PO), foi retirado dreno de tórax anterior, paciente permanecia estável com melhora clínica e dreno com débito zero. Paciente recebeu alta da UTI para enfermaria no 13º PO, evoluindo com melhora clínica, recebendo alta hospitalar no 21º PO, com programação de retorno em 15 dias ao ambulatório.CONCLUSÃO: Devemos considerar o diagnóstico de abscesso perinefrético em pacientes com dor em flanco unilateral associada a febre e sem resposta ao tratamento para pielonefrite aguda. A tomografia computadorizada é padrão-ouro para diagnóstico. O tratamento dos abscessos perinefréticos é a drenagem. Antibioticoterapia é adjuvante no controle da sepse e prevenção da disseminação da infecção. A demora no diagnóstico e a presença de comorbidades levam a uma taxa de mortalidade de até 22%. Sendo assim, o diagnóstico imediato e o uso de antibioticoterapia apropriada em conjunto com a drenagem permitem um bom resultado clínico na abordagem de abscessos perinefréticos.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1946

TÍTULO DO TRABALHO: ACELERAÇÃO DA RECUPERAÇÃO TOTAL PÓS-OPERATÓRIA EM PACIENTES SUBMETIDOS A COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA PARAÍBA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: EVELINE DE ABRANTES SILVA1; PATRÍCIA MAIA BARRETO MEDEIROS1; VANESSA MOREIRA SOUSA1; FELLIPE EDUARDO DE MEDEIROS NUNES1; FELLYPE ALVES DOS SANTOS1; VALESKA MOREIRA SOUSA2; CRISLANNY REGINA SANTOS DA SILVA3; MARCELO GONÇALVES SOUSA1. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS, CAMPINA GRANDE - PB - BRASIL; 3. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVO: avaliar os resultados parciais da implantação do protocolo de Aceleração da Recuperação Total Pós-Operatória (ACERTO) na clínica cirúrgica do HULW na abreviação do jejum pré-operatório e suas relações com a resposta endócrino-metabólica perioperatória. MÉTODO: estudo quantitativo, transversal, prospectivo e de natureza exploratória, com uma amostra de 33 pacientes submetidos a Colecistectomia Vídeolaparoscópica, no período de Outubro a Dezembro de 2016 no HULW, divididos em dois grupos: intervenção, submetidos as rotinas do protocolo ACERTO de abreviação do jejum pré-operatório; e controle, submetidos as rotinas do serviço. Foram analisados os níveis de glicemia e da Proteína C Reativa (PCR) no perioperatório. A base estatística R Core Team (2016) foi utilizada para a avaliação dos dados. RESULTADOS: Dos 33 participantes do estudo, 57,6% pacientes foram excluídos do trabalho, 42% com IMC>30. Os demais (42,4%) foram divididos no grupo intervenção (57,1%) e grupo controle (42,9%). Nos pacientes submetidos a abreviação do jejum pré-operatório não foi relatado caso de aspiração de conteúdo gástrico para árvore respiratória durante indução anestésica ou no pós-operatório. A média da glicemia pós-operatória no grupo intervenção foi 109,5mg/dl, a do grupo controle foi 134,2 mg/dl. Com relação à análise da resposta inflamatória perioperatória por meio da PCR, a média pós-operatória do grupo intervenção foi 4,3 mg/dl, sem variação significativa nos valores da PCR pré e pós-operatória. Já a média da PCR pós-operatória do grupo controle foi 10,7 mg/dl e todos os pacientes obtiveram valor da PCR pós-operatória maior que o valor pré-operatório. CONCLUSÕES: a abreviação do jejum pré-operatório, com a oferta de carboidrato via oral, é segura e capaz de diminuir a gliconeogênese e a resposta endócrino-metabólica perioperatória de forma significativa, observada pela redução dos valores da glicemia pós-operatória e da PCR, mesmo em amostras pequenas.
BIBLIOGRAFIA: COSTA, H.C.B.A.L., et al. Resultados clínicos antes e após a implantação do protocolo ACERTO. Rev. Col. Bras. Cir. 2012;40(3):174-179.; NASCIMENTO, D.B.D., et al. Ingestão de glutamina e maltodextrina duas horas no pré-operatório imediato melhora a sensibilidade à insulina pós-operatória: estudo aleatório, duplo-cego e controlado. Rev. Col. Bras. Cir. 2012; 39(6):449-455.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 306

TÍTULO DO TRABALHO: ACIDENTES E PRÁTICAS DE BIOSSEGURANÇA ENTRE ESTUDANTES DA ÁREA DA SAÚDE

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOSE ANTONIO CHEHUEN NETO; MARIANA RODARTE FREIRE; RENATO EROTHILDES FERREIRA; MATHEUS GUIDINI LIMA; LUCAS ASSIS COSTA; GABRIELA MAZORQUE ESTEVANIN; JOÃO LUIS CARVALHO TRICOTE DOS SANTOS; PAULA LIZIERO. UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: a biossegurança abrange ações para prevenir, controlar, reduzir ou eliminar os riscos inerentes às atividades de prestação de serviços, dentre outras. É essencial na área da saúde pela vulnerabilidade à contaminação por fluidos biológicos. Cerca de 7,6% dos acidentes ocorrem entre estudantes no curto período da graduação. O estudo investigou o conhecimento e a adesão dos estudantes da área da saúde às Medidas de Precaução Padrão (MPP) e a percepção dos riscos a que se expõem. Método: pesquisa transversal e quantitativa com 343 estudantes a partir do 4º período dos cursos de enfermagem, medicina e odontologia. Utilizamos o programa SPSS para análise estatística, considerando o Teste do Qui-Quadrado de Independência, com p-valor?0,05 e IC=95%. Resultados: importante distinção quanto ao conhecimento das MPP e dos equipamentos de proteção individual (EPIs) dentre os estudantes de medicina (31,6% e 80,3%), enfermagem (85,5% e 98,3%) e odontologia (67% e 100%) (p=0,001). Renda familiar inferior a cinco salários mínimos relacionou-se com maior conhecimento sobre as MPP, segurança no contato com pacientes, utilização dos EPIs e adesão na troca das luvas entre os procedimentos (menor renda é um fator de risco para conhecer as medidas, aumentando a chance em 161,2%, OR = 2,612; IC: 1,672-4,081). Em relação à transfixação percutânea por agulha, responderam corretamente apenas 29,1% dos estudantes de enfermagem, 30,8% da medicina e 43,8% da odontologia. Se num mesmo paciente fariam outro procedimento após contato com material biológico infectado, responderam corretamente que se deve trocar as luvas 99,1% dos entrevistados do curso de enfermagem, 88,9% entre os da medicina e apenas 65,2% entre os da odontologia. Quanto às informações sobre vacinação, consideram suficientes 87,2% dos entrevistados do curso de enfermagem, 84,8% entre os da odontologia e 67,5% entre os da medicina. O cartão de vacinação estava atualizado em 97,4% na enfermagem, 95,5% na odontologia e 89,7% entre os estudantes de medicina. Conclusões: cerca de 80% da amostra realiza práticas saudáveis de biossegurança, porém os entrevistados demonstram pouca instrução sobre o tema. Consideramos os índices quanto ao conhecimento, adesão aos EPIs e percepção dos riscos abaixo do ideal entre estudantes da área da saúde, principalmente entre os estudantes de medicina em comparação aos de enfermagem e odontologia. Sugerimos incluir o tema biossegurança no currículo médico.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 953

TÍTULO DO TRABALHO: ADENOCARCINOMA APÓCRINO DE GLÂNDULAS SUDORÍPARAS: PRIMEIRO RELATO BRASILEIRO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ARTHUR PAREDES GATTI; FERNANDO JOSÉ SAVÓIA DE OLIVEIRA; WILLIAM PFAFFENZELLER; LUIZA TONELLO; TATIANA MIE MASUKO; DIEGO INÁCIO GOERGEN; RODRIGO DE PIERI COAN; RACHID EDUARDO NOLETO DA NOBREGA. UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O Adenocarcinoma de Glândulas Sudoríparas (AGS) tipo apócrino é uma neoplasia extremamente rara, com menos de 50 relatos de caso no mundo, sendo este o primeiro no Brasil. Apesar das características que aparentam benignidade por seu lento crescimento, este câncer gera metástases rapidamente. A única terapia conhecida na luz da medicina atual é a excisão com margens livres do tumor, esvaziamento axilar quando positivo para metástases linfonodais e adjuvância, sendo esta contrastante na pequena literatura. CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 67 anos com massa axilar esquerda de crescimento lento há 6 meses foi investigado através de Ressonância Nuclear Magnética, demonstrando massa sólido cística com hipercaptação, sem invasão vascular ou nervosa. A ressecção cirúrgica evidenciou, após análise imunohistopatológica, AGS tipo apócrino, papilar e acinar, com margens livres e linfonodos positivos para metástase através de marcadores tumorais (CK7 automated (SP52) e GCDFP-15 automated (23 A3) positivos). Foi realizado esvaziamento axilar com 8/17 linfonodos comprometidos. O paciente foi encaminhado à quimioterapia para adjuvância, sem presença de novas lesões após 1 ano. CONCLUSÃO: Apesar da escassa literatura atual, foi utilizado o consenso atual para tratamento da AGS, sendo este tipo específico o primeiro caso relatado no Brasil. A análise imunohistopatológica foi fundamental para a decisão da complementação cirúrgica e nosso serviço recomenda, pautado nos estudos atuais, adjuvância neste tipo de neoplasia.

CODIGO DO TRABALHO: 438

TÍTULO DO TRABALHO: Adenocarcinoma Primário do Retroperitôneo Gigante em Adolescente

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARINA LUIZA PIMENTA; ALBERTO BUGE STEIN; ELIZA MIRANDA PEREIRA. UFES, VITÓRIA - ES - BRASIL.

RESUMO:
Introdução:As neoplasias císticas mucinosas retroperitoneais são muito raras e pouco se sabe sobre sua etiologia. Os tumores medem entre 5 e 35 cm, com formações uni ou multiloculares. Cortes histológicos dentro do mesmo tumor geralmente apresentam áreas benignas que alternam com áreas anaplásicas. Há cerca de 75 relatos na literatura, sendo cerca de 70 pacientes mulheres e 5 pacientes homens, com uma média de idade de 43 anos. O presente caso segue um padrão de raridade, visto que acomete homem de 17 anos e o tamanho da lesão é maior do que encontrado nos demais estudos.Relato do Caso:Paciente de 17 anos, sexo masculino, referiu aumento da circunferência abdominal com evolução progressiva em 5 meses. Associou ao quadro dor diária em região lombar e escapular direita. Durante internação foi feita TC de abdome sendo vista volumosa formação cística com conteúdo líquido hipodenso, multisseptado, intraperitoneal, medindo 38 x 24 x 18 cm. O líquido abdominal da paracentese apresentava-se espesso e achocolatado, com citologia oncótica para CEA: 4,9 e Alfa-fetoproteína: 40. Paciente foi submetido a exérese de lesão cística volumosa. Foi aspirado cerca 6 litros de secreção. Feito frenorrafia, com raíz da lesão próxima ao hiato esofágico, aderida ao pilar diafragmático direito. Devido a pneumotórax espontâneo diagnosticado no pré-operatório, foi feita drenagem de tórax em selo d?água antes da cirurgia. A peça anatômica foi enviada para anatomo-patológico que constatou presença de células atípicas compatíveis com adenocarcinoma. A imunohistoquímica evidenciou positividade para CDX2, favorecendo o trato gastrointestinal como provável sítio. Durante ato cirúrgico o apêndice apresentava-se normal e a TC evidenciou pâncreas sem alteração, o que descarta tais órgãos como possíveis focos primários do tumor, reforçando a hipótese de origem retroperitoneal. Paciente teve alta hospitalar no 16° pós-operatório, estável clinicamente.Conclusão: A clínica e tratamento desta neoplasia ainda são controversos. A remoção cirúrgica é o tratamento padrão, enquanto o papel da radioterapia ou quimioterapia ainda são discutidos, estas são recomendadas em caso de ter ocorrido ruptura no intra-operatório ou existência de invasão de estruturas vizinhas. Acredita-se que nosso presente relato pode ajudar na definição de novas condutas, definindo a necessidade de tratamento adjuvante ou apenas seguimento pós-operatório.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2295

TÍTULO DO TRABALHO: Adrenalectomia Bilateral na Síndrome de Cushing por Hiperplasia Nodular de Adrenais: relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: STELLA D`ÁVILA DE SOUZA RAMOS; PAULA CAROLINA DE OLIVEIRA ANDRADE; CARINA OLIVEIRA FREIRE MATIAS; ANA CAROLINE LEMOS ROSÁRIO DE AZEVEDO; DOMINGOS ANDRE FERNANDES DRUMOND. HOSPITAL FELÍCIO ROCHO, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOA Hiperplasia Nodular Primária (HNP) de suprarrenais não dependente de ACTH é causa rara da Síndrome de Cushing (SC), sendo responsável apenas por pequena porcentagem dos casos. Sua ocorrência se deve à expressão aberrante de um ou mais receptores de proteínas, o que leva à proliferação anormal de células, resultando na formação de nódulos e descontrole na regulação da síntese de esteróides. A ocorrência da HNP pode ser esporádica ou apresentar caráter familiar. Em casos familiais é comum que todos os indivíduos afetados expressem anormalidades nos mesmos receptores, bem como eventos genéticos adicionais relativos à regulação do ciclo celular que corroboram com a formação de nódulos. Nesses casos, por tratar-se de doença não dependente do ACTH, pacientes apresentam má resposta ao tratamento farmacológico, sendo indicada a adrenalectomia das glândulas afetadas.RELATO DE CASOPaciente do sexo feminino, 31 anos, referida ao serviço de cirurgia geral em 2016 após diagnóstico de Síndrome de Cushing e presença de múltiplos nódulos bilaterais nas glândulas suprarrenais. Apresentava, há 07 anos, transtorno depressivo grave refratário (uso de fármacos e eletrochoqueterapia prévios), ganho de 20 kg, fáscies cushingóide e estrias violáceas em abdome, sem outras comorbidades. História familiar positiva para Síndrome de Cushing, tendo a mãe da paciente sido submetida à adrenalectomia bilateral devido ao mesmo diagnóstico. Exames laboratoriais confirmaram hipercortisolemia independente de ACTH (13,9 ug/dL após estímulo com dexametasona; ACTH 1,0 pg/mL), sem alterações significativas em outros parâmetros. Tomografia computadorizada (TC) de abdome em maio de 2016 revelou múltiplas formações nodulares de limites bem definidos em ambas as adrenais, que tiveram sua forma relativamente preservada, mas apresentaram aumento de volume.Foi realizada adrenalectomia bilateral em dois tempos devido a condições psicológicas da paciente, sendo a glândula direita ressecada outubro de 2016 e a esquerda, em março de 2017. Ambas foram realizadas via laparoscopia, sem intercorrências.CONCLUSÃOÉ importante reconhecer as raras ocasiões em que a adrenalectomia é recomendada na Síndrome de Cushing, como no caso apresentado. A adrenalectomia, principalmente quando realizada por laparoscopia, é um tratamento pouco invasivo, definitivo, seguro e eficaz para SC refratária ou recorrente.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2546

TÍTULO DO TRABALHO: Adrenalectomia videolaparoscópica de leiomiossarcoma primário de adrenal

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: SAMELA NUNES ALECRIM DE SOUZA; ROGÉRIO DARDENGO GLÓRIA. HOSPITAL EVANGÉLICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM, CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM - ES - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O leiomiossarcoma da glândula adrenal é uma neoplasia maligna extremamente rara e de etiologia desconhecida. Sabe-se apenas que seu crescimento ocorre a partir de estruturas que contenham músculo liso e que sua origem provém da veia central da adrenal ou de suas tributárias. Inicialmente pode apresentar-se assintomático ou com sintomas inespecíficos. Relato: Paciente feminina, 58 anos, branca, em seguimento há 4 anos de tumor de adrenal esquerda, apresentou, em 1 ano (TC em 07/14 e 07/15), aumento importante no volume e mudança no aspecto homogêneo para irregular e heterogêneo, com captação errática de contraste, sem linfonodomegalia ou sinais de invasão de estruturas adjacentes. Diante dos resultados, em 20/07/15, a paciente foi submetida a adrenalectomia videolaparoscópica com linfadenectomia retroperitoneal, sem intercorrências. A peça foi submetida a análise histopatológica, medindo 6,9 x 6,1 x 2,8, revelando padrão morfológico observado no leiomiossarcoma, apresentando margens cirúrgicas comprometidas pela neoplasia. Dois meses após a cirurgia, foi submetida ao resgate cirúrgico com esplenectomia, nefrectomia esquerda, pancreatectomia caudal e linfanedectomia paraortica. Recebeu alta após 7 dias de internação hospitalar com importante melhora clínica.Conclusão: Paciente segue em acompanhamento ambulatorial há 1 ano, livre de doença. Apesar da raridade desta neoplasia, a adrenalectomia é o tratamento de escolha, não sendo necessários radioterapia ou quimioterapia em doenças não metastáticas.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 730

TÍTULO DO TRABALHO: Amputação Interescápulo-Umeral no Sarcoma Epitelióide de Membro Superior

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MYRA JUREMA DA ROCHA LEÃO1; ALDO VIEIRA BARROS2; MARIA CLARA MOTTA BARBOSA VALENTE3. 1. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ, MACEIO - AL - BRASIL; 2. SCMM, MACEIÓ - AL - BRASIL; 3. UNCISAL, MACEIO - AL - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O sarcoma epitelioide é um subtipo histológico raro de sarcoma de partes moles que apresenta características tanto epiteliais quanto mesenquimatosas. Pode acometer qualquer parte do corpo, mas incide principalmente sobre as extremidades de pacientes jovens. A apresentação clínica inicial é variável, podendo surgir como uma úlcera ou nódulos subcutâneos sem sianis de malignidade, fato que retarda o diagnóstico. Não existe uma abordagem terapêutica bem definida para o sarcoma epitelioide, sendo a recidiva local comum após a ressecção. Apesar de raro, o sarcoma epitelioide é um subtipo importante de sarcoma por seu caráter agressivo, dificuldade diagnóstica e consequente retardo do tratamento. Relato de caso: Paciente do sexo M, 36 anos, com história de formação tumoral em terço médio de antebraço de crescimento rápido e extremamente doloroso. Ao exame físico: Regular Estado Geral com a presença de volumosa tumoração em face medial do terço médio do antebraço direito, associada a edema moderado em todo o antebraço e adenomegalias suspeitas em axila direita. Paciente tabagista, etilista, sem histórico de cirurgias prévias e com história de avô paterno falecido por câncer. RNM sem contraste visualizou lesão em antebraço medindo 13,0x5,0x5,0 cm3. O Radiografia de tórax e USG de abdome total mostraram-se sem alterações. O exame histopatológico evidenciou neoplasia maligna indiferenciada, padrão epitelioide com extensa necrose. Ao exame imuno-histoquímico confirmou sarcoma epitelioide variante proximal, cT2bN+. Foi programada neoadjuvância e indicada a amputação em nível de braço associada a linfadenectomia axilar direita. Dois meses depois, paciente evoluiu com lesão em região proximal do braço direito, com hiperemia e edema de pele. O PET TC evidenciou aumento do metabolismo em braço direito e região axilar, foram vistos ainda pequenos nódulos não calcificados esparsos nos pulmões. Devido a progressão da doença em axila direita foi indicada amputação interescápulo-torácica com rotação de retalho miocutâneo.Realizada abordagem da equipe multidisciplinar,paciente recebeu alta no quarto dia pós-operatório.Conclusão: A amputação interescápulo-torácica, inicialmente descrita para tratar injúrias traumáticas, hoje está sendo reproduzida no manejo de neoplasias malignas de extremidades superiores. Apesar de mutilante, é um procedimento seguro e factível para alívio da dor e melhora na qualidade de vida dos pacientes com tumores irressecáveis.

CODIGO DO TRABALHO: 2200

TÍTULO DO TRABALHO: Análise comparativa da qualidade de vida entre médicos recém formados e estudantes de medicina

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PHILLIPE GERALDO T. DE ABREU REIS1; ADONIS NASR2; FLAVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASICH3; IWAN AUGUSTO COLLACO2; ANA LUISA BETTEGA4; GEOVANNA LABRES DE SOUZA5; BRENO LOPES PORTO4; MARCIO CANEVARI FILHO6. 1. HOSPITAL ERASTO GAERTNER, CURITIBA - PR - BRASIL; 2. HOSPITAL DO TRABALHADOR, CURITIBA - PR - BRASIL; 3. HC-UFPR, CURITIBA - PR - BRASIL; 4. UFPR, CURITIBA - PR - BRASIL; 5. PUC-PR, CURITIBA - PR - BRASIL; 6. UFPR, CURITI A - PR - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: A residência é um período de grande crescimento para o médico recém formado, com inicio das longas jornadas de trabalho excessivas, e uma mudança radical no estilo de vida do recém graduado. Dessa forma realizamos esse estudo como uma forma de comparar a qualidade de vida dessa fase com outros períodos da formação médica, o estágio pré-vestibulando, pré- internato e doutorandos.Métodos: Um estudo transversal foi realizado durante o período de fevereiro a abril de 2016, residentes, pré-vestibulandos de medicina, doutorandos e estudandes de medicina pré-internato e foram submetidos a um questionário voluntário , com o enchimento online. Um questionário validado da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre a qualidade de vida, consistiu de 26 questões foi usado: os dois primeiros na qualidade de vida geral , e os outros 24 que abrange quatro domínios, psicológico, relações sociais físicas e ambiente). A análise dos dados foi realizada com percentuais estatísticos simples . As variáveis ??contínuas foram analisadas com o teste t de Student e as variáveis ??discretas com o teste do qui -quadrado. Resultados: 819 responderam os questionários entre residentes, pré-vestibulando, pré-internato e doutorandos. Quando comparamos a qualidade de vida dos residentes com os demais períodos da formação médica, ela se manteve regular em todos os domínios: físico, psicológico, relações sociais, meio ambientes, ficando todos entre 3 ? 3,9 (de 5).Conclusão: Quando comparamos a qualidade de vida dos residentes, médicos recém-formados, com os estudantes em formação médica ela se mantem constante. Dessa forma, concluímos que apesar a graduação não há melhora em nenhum dos domínios.

CODIGO DO TRABALHO: 750

TÍTULO DO TRABALHO: ANÁLISE DAS TÉCNICAS DE RECONSTRUÇÃO DO URETER NO TRANSPLANTE RENAL EM ADULTOS: UM ESTUDO RETROSPECTIVO COM 212 PACIENTES

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CECÍLIA ARAÚJO CARNEIRO LIMA; MARIA LUÍSA MONTEIRO DE OLIVEIRA; GUSTAVO SANTOS DE CARVALHO; MARIA EDUARDA PEREIRA CARNEIRO DE ALBUQUERQUE; ANGELO SILVA GOMES; CLARISSA SOARES PORTO; GEORGE FELIPE BEZERRA DARCE; CRISTIANO DE SOUZA LEAO. IMIP, RECIFE - PE - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Analisar a freqüência das complicações urológicas em pacientes adultos transplantados renais, correlacionando com a técnica usada para a reconstrução do ureter (ureterovesical ou ureterourereteral) e os fatores que influenciaram as complicações e a evolução clínica dos pacientes. Métodos: Foram incluídos 212 pacientes adultos de ambos os sexos submetidos ao procedimento cirúrgico para transplante de rim no Serviço de Transplante do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira ? IMIP no período de janeiro de 2014 a maio de 2015. Todos os pacientes foram acompanhados até o sexto mês após a cirurgia. Trata-se de uma coorte observacional, retrospectivo e descritivo, com abordagem quantitativa, no modelo de coorte histórica, com delineamento a partir da divisão em três grupos de pacientes diferenciados pela técnica cirúrgica a que foram submetidos considerando apenas a reconstrução do ureter: uretero vesical (UV), uretero-ureteral término-terminal (UUTT) e uretero-ureteral termino-lateral (UUTL). Resultados: Dentre os 212 pacientes analisados, as anastomoses ureterais realizadas foram: UUTL em 163 pacientes (76,9%); UUTT em 36 pacientes (17%) e UV 13 pacientes (6,1%). Complicações urológicas estiveram presentes em 22 pacientes (10,4%). As complicações cirúrgicas não urológicas presentes foram: Trombose venosa, hemorragia, infecção do sítio cirúrgico. Foi necessário realizar reoperações em 35 pacientes (16,5%). A perda do enxerto por complicações clínicas e cirúrgicas ocorreu em 26 pacientes (12,6%). Conclusões: O transplante renal é reconhecido como o padrão-ouro no tratamento de pacientes com insuficiência renal terminal por assegurar maior sobrevida e melhor qualidade de vida aos transplantados. É importante ressaltar que complicações urológicas no pós-operatório resultam em morbidade, aumento do tempo de internamento, aumento dos custos e, em alguns casos, infecção com perda precoce do enxerto. Complicações urológicas ainda podem contribuir com a falência renal mesmo após a recuperação inicial adequada do enxerto. Portanto, conhecer e trabalhar para o desenvolvimento de mecanismos para a prevenção de complicações urológicas é fundamental para o sucesso do transplante. No presente estudo o tipo de anastomose realizada (UV, UUTT ou UUTL) não interferiu no desenvolvimento de complicações urológicas e não identificamos entre as variáveis analisadas um fator de risco.

CODIGO DO TRABALHO: 935

TÍTULO DO TRABALHO: Análise do perfil epidemiológico de casos de câncer em um Hospital Universitário em Alagoas

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: EMANOELA DA SILVA GONÇALVES1; BRUNA DE ALMEIDA ALVES2; NAIARA REBOUÇAS TERRA NOVA2; JUNYELLE DE ANDRADE CARDOSO FRAGOSO2; MARIANA RÊGO FREITAS2; GABRIELA SERPA PEIXOTO MENEZES2; ANA CAROLINA PASTL PONTES3. 1. CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES - UNIT, MACEIÓ - AL - BRASIL; 2. CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES- UNIT, MACEIÓ - AL - BRASIL; 3. MÉDICA CIRURGIÃ DE CABEÇA E PESCOÇO. PROFESSORA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES., MACEIÓ - AL - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Analisar o perfil epidemiológico referente aos portadores de câncer do Estado de Alagoas e registrados no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (CACON-HUPAA/UFAL). Método: Estudo retrospectivo, analítico, quantitativo, transversal com os dados secundários sobre localização primária, sexo, faixa etária, procedência e ocupação, obtidos no Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) no período de janeiro a dezembro de 2015. Resultados: Foram registrados 653 casos de câncer, desses a localização primária mais incidente foi a pele com 150 casos (22,97%), seguido pelo de mama, com 107 (16,39%), próstata, com 80 (12,25%) e colo do útero, com 49 (7,50%). Quanto ao sexo, o feminino é o mais acometido com 378 (57,88%), sendo mama a localização mais frequente com 104 (27,51%), ao passo que o masculino apresentou 275 (42,11%), com predomínio dos casos de próstata 80 (29,09%). Em relação à faixa etária, as mulheres apresentaram mais casos entre 50 a 54 anos, enquanto os homens, a dominância foi entre 70 a 74 anos. Demonstrou-se que Maceió foi o município de maior índice, com 366 (56,05%), União dos Palmares, em segundo, com 27 (4,13%), e, logo após, Rio Largo, com 22 (3,37%). No que se refere à ocupação, 137 (21%) do casos não foi possível aplicação, e em 125 (19%), não foram classificados, e com 106 (16%), estão os agricultores. Conclusão: Dessa forma, observou-se que a localização primária de maior incidência foi o câncer de pele, porém o de mama é destaque na população feminina, com previsão de 57.960 novos casos, enquanto nos homens, a neoplasia maligna mais prevalente é a da próstata que devido a melhoria e a evolução dos métodos diagnósticos é cada vez mais encontrada, com estimativa de 61.200 novos episódios no Brasil neste ano. A ocupação somado à procedência são considerados fatores de risco para o desenvolvimento de câncer nas diversas localizações primárias. Diante disso, é fundamental que haja um monitoramento da morbimortalidade por câncer incorporado a gestão da saúde, tornando-se um instrumento para realização de ações de prevenção, diagnóstico e controle do câncer, bem como seus fatores de risco. Bibliografia: Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva ? Rio de Janeiro: INCA, 2015.

CODIGO DO TRABALHO: 2093

TÍTULO DO TRABALHO: ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS FATORES RELACIONADOS À SUSPENSÃO DE CIRURGIAS ELETIVAS EM UM HOSPITAL DE MÉDIA COMPLEXIDADE

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CHARLES OLIVEIRA DA SILVEIRA1; FELIPE PEÇANHA VENTO1; ANA JULIA DE JESUS CANDEA1; NAYARA FALCÃO RODRIGUES1; TADEU JOSÉ FONTENELE LEITE CAMPOS1; DANILO DE ANDRADE LIMA1; YURI NÓBREGA ROCHA1; MANOEL AIRTON LAVOR FILHO2. 1. HOSPITAL GERAL DR WALDEMAR ALCÂNTARA, FORTALEZA - CE - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Determinar a taxa de suspensão de cirurgias eletivas em um hospital de média complexidade, definindo os fatores específicos relacionados a tal evento. Método: Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo e de caráter descritivo desenvolvido em um hospital secundário da rede pública de saúde. Foram incluídos 5662 pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos eletivos, programados no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2016. Resultados: Na ocasião, foram agendadas 7391 cirurgias, sendo 1729 urgências (23,39%) e 5662 cirurgias eletivas (76,61%). Do total de cirurgias eletivas, foram suspensas 780, resultando em uma taxa de suspensão global de 13,78%. As principais causas de suspensão estavam relacionadas ao paciente (42,82%), tais como condição clínicas desfavoráveis (22,30%) e preparo pré-operatório inadequado (16,53%); e à alocação de recursos humanos (38,59%), destacando o tempo cirúrgico excedido (22,44%) e a prioridade para cirurgias de urgência (11,67%). Conclusão: Infere-se deste estudo que há uma frequência equivalente de fatores evitáveis e não evitáveis no que se relaciona às causas de suspensão cirúrgica no serviço analisado. Todavia, medidas gerenciais de impacto sobre os fatores preventivos de suspensão são necessárias a fim de diminuir essa taxa de perdas.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2094

TÍTULO DO TRABALHO: ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS FATORES RELACIONADOS À SUSPENSÃO DE CIRURGIAS ELETIVAS EM UM HOSPITAL DE MÉDIA COMPLEXIDADE

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CHARLES OLIVEIRA DA SILVEIRA1; FELIPE PEÇANHA VENTO1; ANA JULIA DE JESUS CANDEA1; NAYARA FALCÃO RODRIGUES1; TADEU JOSÉ FONTENELE LEITE CAMPOS1; DANILO DE ANDRADE LIMA1; YURI NÓBREGA ROCHA1; MANOEL AIRTON LAVOR FILHO2. 1. HOSPITAL GERAL DR WALDEMAR ALCÂNTARA, FORTALEZA - CE - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Determinar a taxa de suspensão de cirurgias eletivas em um hospital de média complexidade, defininindo os fatores específicos relacionados a tal evento. Método: Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo e de caráter descritivo desenvolvido em um hospital secundário da rede pública de saúde. Foram incluídos 5662 pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos eletivos, programados no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2016. Resultados: Na ocasião, foram agendadas 7391 cirurgias, sendo 1729 urgências (23,39%) e 5662 cirurgias eletivas (76,61%). Do total de cirurgias eletivas, foram suspensas 780, resultando em uma taxa de suspensão global de 13,78%. As principais causas de suspensão estavam relacionadas ao paciente (42,82%), tais como condição clínicas desfavoráveis (22,30%) e preparo pré-operatório inadequado (16,53%); e à alocação de recursos humanos (38,59%), destacando o tempo cirúrgico excedido (22,44%) e a prioridade para cirurgias de urgência (11,67%). Conclusão: Infere-se deste estudo que há uma frequência equivalente de fatores evitáveis e não evitáveis no que se relaciona às causas de suspensão cirúrgica no serviço analisado. Todavia, medidas gerenciais de impacto sobre os fatores preventivos de suspensão são necessárias a fim de diminuir essa taxa de perdas.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2136

TÍTULO DO TRABALHO: Análise Sobre a Profilaxia da Doença de Raiva Humana Em Um Hospital da Secretaria de Saúde do Distrito Federal

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RHANIÉLLEN SILVA FERREIRA1; KARLA DE SOUSA CORREIA2; BRUNO MOREIRA OTTANI2; BRUNO MARQUES CHAVES2; OSVALDO DE ALCÂNTARA BRAGA AIDAR2. 1. HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA, BRASILIA - DF - BRASIL; 2. HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA, BRASÍLIA - DF - BRASIL.

RESUMO:
A raiva é uma zoonose infecciosa viral, transmitida pela inoculação do agente infeccioso presente na saliva/ secreções de mamíferos infectados. Considerando o atual cenário da saúde pública do Brasil e sendo essa uma prevenção de financiamento público, o presente estudo objetiva analisar atendimentos prestados no Hospital Regional de Taguatinga(HRT)/DF no período de janeiro/2014 a dezembro/2015. Trata-se de estudo do tipo transversal retrospectivo descritivo analítico, sem intuito de testar hipóteses. Foram analisados os dados notificados ao Sistema de Informações de Agravos de Notificação pela Vigilância Epidemiológica do HRT no período informado, referente aos casos que realizaram primeiro atendimento no HRT. Foram excluídos casos notificados pela unidade, mas que o atendimento foi executado noutro estabelecimento de saúde. Foram considerados 746 atendimentos para 2014 e 1007 em 2015. Maior demanda de atendimento é para caninos, seguido pelos felinos e quirópteros. Houve casos de execução de profilaxia para acidentes envolvendo roedores. Foram 206 vacinas antirrábicas prescritas a mais em 2014 e, em 2015, 230 unidades vacinais. Quando avalia-se o quesito soro antirrábico, chega-se a valores de 52 prescrições equivocadas em 2014 e 64 prescrições com erro em 2015. Calcula-se um prejuízo de R$ 13.664,24 pelas vacinas a mais e de R$ 7.234,11 pelos soros excedentes. O estudo possui como fator limitante o mal preenchimento da ficha de notificação. Há custos além dos descritos, como empenho da equipe de Vigilância Epidemiológica para localizar o paciente. O estudo não objetivou criticar os profissionais que trabalham naquela unidade e sim sensibilizá-los para maior atenção à profilaxia indicada.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 3129

TÍTULO DO TRABALHO: Aneurisma de Esplênica - Série de Casos

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MAURICIO ALVES RIBEIRO1; ANDRE SOARES GALLO2; VANESSA CRUZ AFONSO2; TIAGO FARIAS DE ALMEIDA2; CAROLINE PETERSEN DA COSTA FERREIRA2; SANSIRO DE BRITO2; ELISA MARIA DE C. ARANZANA2. 1. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO CRISTÓVÃO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
O aneurisma de esplênica é relativamente raro, esta associado com hipertensão portal, arteriosclerose e gestação. Seu tratamento pode ser endovascular ou cirúrgico.Relatamos nossa experiência no tratamento do aneurisma de esplênica bem como as características epidemiológicas e tratamento realizado.No período de 2005 ate 2017, nosso grupo operou 4 pacientes com aneurisma de artéria esplénica. Os pacientes eram do gênero feminino em 75% dos casos. A média de idade foi de 51,5 anos variando de 38-79 anos. Dois pacientes eram hipertensos, sendo que um deles apresentava aneurisma cerebral e outro tinha antecedente de AVC hemorrágico. Duas pacientes apresentavam hipertensão portal: uma paciente era gestante e cirrótica por álcool e outra esquistossomotica.O tamanho do aneurisma de esplênica variou de 4 a 8 cm no maior diâmetro com média de 5,5 cm. A cirurgia foi eletiva em todos os casos, sendo realizada aneurismectomia e esplenectomia aberta em 75% dos casos. Em um caso a cirurgia foi por via laparoscópica. Uma paciente foi submetida a cesárea na mesma intervenção e uma paciente teve diagnostico de linfoma esplênico de células da zona marginal no anatomopatológico. Nenhum paciente morreu.Nossa experiência de 12 anos apresenta características semelhantes aos da literatura.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 3103

TÍTULO DO TRABALHO: Angiosarcoma de baço: diagnóstico pós esplenectomia videolaparoscopica

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BRUNA DO NASCIMENTO SANTOS1; NELSON DE SOUZA LIBONI2; JULIANO FERNANDES DA COSTA2; MARCIO CARMONA MARQUES2; OTAVIO SCHMIDT DE AZEVEDO2. 1. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Tumores esplênicos não são frequentes. Neoplasias vasculares são uma rara categoria de tumores e tem uma incidência extremamente baixa no baço, são descritos cerca de 150 casos de angiosarcoma de baço em toda a literatura. A sobrevida em 6 meses é de 20%.Relato de caso: Esse relato tem por objetivo descrever uma mulher de 57 anos, cujos exames de imagem de rotina evidenciaram cistos esplênicos. Em seu seguimento, os cistos se tornaram maiores e em maior número. Uma esplenectomia diagnóstica foi realizada e sua análise anatomopatológica revelou um raro angiosarcoma de baço. Um ano e dois meses depois apresentou recidiva tumoral na vértebra C7. Foi submetida à radioterapia e quimioterapia com paclitaxel e panzopanib. A sobrevida da paciente foi de 3 anos após o diagnóstico. Conclusão: Esse relato de caso corrobora muitos aspectos encontrados na literatura, embora outros desafiem os números e dados estatísticos conhecidos. Isso nos mostra que a etiologia, sobrevida e tratamento do angiosarcoma de baço permanece incerto e que não há consenso.

CODIGO DO TRABALHO: 2504

TÍTULO DO TRABALHO: Antissepsia, Paramentação, Instrumentação e Visita ao Centro Cirúrgico

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LUCAS SCARANELLO; TÁBATA PAOLA MALTA DE ARAÚJO; CLARA HELENA BELIZÁRIO RAPOSO; CAMILA MARTINS FERNANDES PEREIRA; ANNA CLARA ASCENDINO CORRÊA; ROSSANO KEPLER ALVIM FIORELLI. UNIRIO - UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVOS Relatar a experiência da LATeC em ensinar aos alunos da graduação médica a técnica de antissepsia, paramentação e instrumentação cirúrgica, mostrar os instrumentos básicos usados em cirurgia e apresentar o centro cirúrgico (CC), tendo em vista a importância desses conhecimentos no âmbito da graduação, na qual o aluno passa por práticas dentro do CC, e, dessa forma, entra em contato com pacientes da unidade, devendo ter responsabilidade no tocante à contaminação, transmissão de infecções, além de estar apto a auxiliar os procedimentos quando requisitado. MÉTODO Recebemos 25 alunos em três dias, divididos em dois grupos de oito e um de nove. Cada grupo tinha dois monitores capacitados. A capacitação dos monitores ocorreu dentro da Escola de Medicina e Cirurgia da UNIRIO, onde os próprios alunos de períodos mais avançados ensinaram os monitores como fazer a lavagem das mãos e a preparação do campo cirúrgico. Foram apresentados os instrumentos básicos usados em cirurgia, uma vez que nem todos os monitores tinham passado pela disciplina de técnica operatória e cirurgia experimental. A oficina iniciou dentro do CC do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG), hospital escola da UNIRIO, com orientações gerais sobre a visitação. Os envolvidos trocaram suas roupas pelos pijamas cirúrgicos e foram orientados sobre a colocação de touca, máscara e propé. Em seguida, fez-se uma visita guiada às salas para conhecer a estrutura e equipamentos usados em procedimentos cirúrgicos. Os participantes realizaram sua própria paramentação cirúrgica com instruções sobre antissepsia, lavagem de mãos, instrumentação, colocação do capote e luva estéril. Além disso, foram orientados de como se portar dentro do ambiente cirúrgico. Foram avaliados então, os conhecimentos prévios dos alunos participantes, através das perguntas por estes feitas aos monitores, além de um questionário oral sobre o número de vezes em que os participantes haviam estado em um CC. RESULTADOS Dos vinte e cinco alunos 32% (oito alunos) não conheciam as técnicas ministradas e dois nunca haviam entrado no CC, representando 8% do total. A atividade teórico-prática proporcionou conhecimento aos alunos que não possuíam vivência de centro cirúrgico, diminuindo a insegurança ao entrar em campo. CONCLUSÕESOs participantes tornaram-se aptos a frequentar, seguir as normas de segurança e as regras de comportamento recomendadas. Portanto, podem contribuir com o bom funcionamento do serviço hospitalar.

CODIGO DO TRABALHO: 1108

TÍTULO DO TRABALHO: Apendagite Epiploica. Relato de caso e Revisão de literatura.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CRISTHIAN JAILLITA MENESES; FELIPE MARTINS DEVAI; HANA RAYSSA MATTOS DE LOSSIO E SEIBLITZ; LUCIO RAVEL SILVA ANDRADE COSTA; EDUARDO DOS PASSOS MARIM; JOÃO CARLOS FALONE NUNES; CAMILA ABELHA BINATTO; HISASHI AOYAGI. HOSPITAL MUNICIPAL DOUTOR CARMINO CARICCHIO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução. Os Apêndices Epiploicos aparecem descritos na literatura como pequenas projeções de gordura, variando seu comprimento entre 0,5 e 5 cm com diâmetro de 1-2 cm, em relação com a tênia livre do colón. Apresentam vascularização terminal, contendo seu pedículo um feixe vascular que faz eles susceptíveis a torção e consequente isquemia, desencadeando assim um processo inflamatório. Comumente a Apendagite Epiploica se apresenta com dor abdominal localizada, podendo estar acompanhado de defesa e irritação peritoneal, febre, anorexia, náuseas e vômitos, diarreia e obstipação, com contagem de leucócitos e PCR variável, simulando desta forma outros processos intra-abdominais agudos como apendicite e diverticulite, sendo causa muitas vezes de intervenções cirúrgicas desnecessárias, considerando que o tratamento conservador com analgésicos e anti-inflamatórios em geral é suficiente na abordagem terapêutica. Relato de caso. Paciente de sexo feminino de 68 anos, hipertensa, cursando pós-operatório tardio de colecistectomía videolaparoscopia e laparotomia exploradora por biloma, evoluindo com dor abdominal de piora progressiva, inicialmente difuso que focaliza em quadrante inferior esquerdo, com irradiação para dorso. Abdômen globoso, pouco tenso, ruídos hidroaereos pouco audíveis, massa dolorosa à palpação em quadrante inferior à esquerda, descompressão brusca dolorosa ausente. Hemograma com leucócitos no limite superior da normalidade e Proteína C Reativa alterada; Radiografia e Ultrassonografia de abdômen com achados inespecíficos, Tomografia Computadorizada de Abdômen e Pelve mostrando evidencia de densificações focais da gordura na borda antimesenterica do colón transverso, sugestivo de Apendagite Epiploica; perante desta hipótese diagnostica foi iniciado esquema de antibioticoterapia e analgesia, apresentando a paciente evolução favorável. Conclusão. Na abordagem diagnostica do paciente com dor abdominal, em particular aquele paciente com quadro clínico que não oferece muitos dados para poder plantear uma hipótese diagnostica, faz com que a apendagite epiploica, com todas as suas características epidemiológicas, clinicas, laboratoriais e imagenologicas tenha que estar sempre presente na mente do cirurgião, para desta maneira oferecer ao paciente um atendimento medico de qualidade.Bibliografia.Rodrigues-Sousa I, Reis-Fernandes AA, Tavora I, Lisbom PT. Acute epiploic appendagitis - imaging features. European Society of Radiology. ECR 2013

CODIGO DO TRABALHO: 363

TÍTULO DO TRABALHO: Aplicações e vantagens da adoção da biópsia líquida na prática cirúrgica: revisão bibliográfica

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MATHEUS LOPES PULS1; ANA AMÉLIA LOPES PULS2; SÉRGIO MATTOS PULS2. 1. UNIVERSIDADE DE ARARAQUARA, ARARAS - SP - BRASIL; 2. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ARARAS, ARARAS - SP - BRASIL.

RESUMO:
A biópsia tissular é um dos exames mais comuns na prática clínica e cirúrgica, permitindo o diagnóstico, muitas vezes precoce, de diversas patologias. Entretanto, inúmeros tipos de câncer apresentam extrema heterogeneidade na composição do tumor primário, tornando a retirada de apenas uma porção tissular muitas vezes insuficiente para concluir sobre as características e variabilidade genética que ele pode apresentar. Para suprir essa maior demanda de informações que a prática médica moderna requer, e evitando a retirada de inúmeras amostras em diversos procedimentos, a biópsia líquida surge como alternativa. Entretanto, esse método é recente e ainda pouco conhecido e desenvolvido. Sendo assim, essa revisão bibliográfica tem como objetivo descrever os princípios e aplicações que a biópsia líquida pode ter na prática cirúrgica atual e futura. Buscou - se nas bases de dados Medline (acessada via Pubmed), SciELO, Scopus e biblioteca Cochrane artigos utilizando como descritores Liquid Biopsy, Surgery, e Practice. Realizou-se a seleção inicial dos artigos com base nos títulos e resumos e, após verificação do conteúdo apropriado, buscou-se o texto completo, não havendo critério de exclusão quanto ao tipo do estudo. Obteve ? se 31 artigos do período de 2012 a 2017 e, destes, selecionaram ? se 15 que respondiam satisfatoriamente aos objetivos deste trabalho. Foram priorizados os artigos mais atuais, de mais alto fator de impacto e nível de evidência. O princípio da biópsia líquida se baseia na extração sanguínea submetida á análise do DNA e RNA livremente circulante. Com o desenvolvimento de técnicas sensíveis para detecção de mutações raras, elas se tornaram métodos de diagnóstico úteis para diversas patologias, principalmente as neoplásicas. Suas aplicações na prática cirúrgica são diversas e promissoras: trata ? se de procedimento menos invasivo que a tissular, apresenta resultado mais rápido (foi demonstrado a possibilidade de detecção de resistência em células neoplásicas de 5 a 10 meses antes de métodos convencionais), pode indicar ao pós-operatório sinais residuais e recorrência e dá mais informações sobre a heterogeneidade genética tumoral, possibilitando melhor planejamento cirúrgico ? terapêutico, dentre outras aplicações. A biópsia líquida é um método promissor que pode dar informações valiosas sobre a composição tumoral para melhor abordagem cirúrgica, porém ainda não presente na rotina, demandando mais pesquisas e aprimoramentos.

CODIGO DO TRABALHO: 1924

TÍTULO DO TRABALHO: Apresentação não habitual de baço acessório

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANDRE CARRON SACCO; GIOVANNA RICCIOPPO DIEGUES; RICARDO ALEXANDRE GARIB. BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Apresentamos um caso incomum de baço acessório (BA) em pelve, relativamente grande em tamanho, em uma mulher jovem. Esse tecido ectópico congênito tem uma taxa de incidência que varia entre 10 a 30% dos pacientes encontrados em autópsias.O BA geralmente apresenta um tamanho de 1-2 cm de diâmetro.Neste caso apresentado, a ultrassonografia (USG) de abdome total, ressonância nuclear magnética (RNM) de abdome total e pelve e as descobertas histopatológicas, sendo o caso de uma mulher apresentando dores em abdômen inferior esquerdo cujo diagnóstico foi de baço acessório localizado na pelve.Relato do caso: Paciente do sexo feminino, branca, de 29 anos, visitou nossa clínica com queixa de dor abdominal em andar inferior, nos últimos 30 dias. A avaliação laboratorial era normal, incluindo CEA, CA125, CA19.9, valores de AFP.O USG mostrou uma massa sólida em região inferior esquerda de abdômen medindo 6,3x5,5x6,3cm (117g), com um largo cordão vascular. Em imagens da RNM abdômen total e pelve demonstraram um cisto renal, e uma massa sólida em pelve medindo 6,8x6,2x6,5 cm. Para comprovar o diagnóstico, optamos por cirurgia laparoscópica, com ressecção da massa pélvica.O estudo histopatológico confirmou o diagnóstico de BA, medindo 6,2x5,5x5,0cm.A paciente recebeu alta no segundo dia de pós-operatório, totalmente assintomática.Discussão: Um BA geralmente obtém sua vascularização a partir de um ramo da artéria esplênica.Ele é comumente localizado na parte superior do baço, ou seja, no hilo esplênico, ou em seus ligamentos, e um BA localizado em pelve é muito raro.É geralmente encontrado durante investigações radiológicas ou durante cirurgias abertas ou laparoscópicas realizadas por outras razões.Eles são geralmente assintomáticos e tem sido raramente reportados até o presente, e clinicamente como uma massa abdominal, está relacionada a complicações como torção, ruptura espontânea, hemorragia ou formação de cistos.A torção ou isquemia do baço acessório podem levar a um quadro de abdome agudo.O BA no presente caso está localizado na pelve, sendo uma raridade.Uma esplenectomia laparoscópica do BA é indicada para nos casos sintomáticos, sendo este um procedimento com menor tempo cirúrgico e menos traumático.O diagnóstico é feito através de estudo histopatológico.Conclusão: Mesmo que uma condição de massa pélvica como baço acessório seja muito raro e normalmente apresenta-se assintomático, ele deve ser considerado como diagnóstico diferencial de massa pélvica sintomática.

CODIGO DO TRABALHO: 488

TÍTULO DO TRABALHO: As várias faces da endometriose profunda

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANA CELIA DINIZ C. BARBOSA ROMEO1; ANDRE LUIS BARBOSA ROMEO2; LEONARDO AUGUSTO OLIVEIRA2; TÁSSIA MENDES FRANCO2; MÁRCIO ANDRADE SILVA FREIRE2; JORGE MOURA COSTA DIAS TAVARES2; JOÃO RAFAEL SILVA SIMÕES ESTRELA2; FILIPE DE SOUZA DAMASCENO2. 1. HOSPITAL DO SUBÚRBIO, SALVADOR - BA - BRASIL; 2. HOSPITAL ANA NÉRI, SALVADOR - BA - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A endometriose profunda, também denominada endometriose infiltrativa, caracteriza-se por focos com mais de 5 mm de profundidade e podem envolver órgãos e estruturas como os ligamentos uterossacros, bexiga, ureteres, vagina, septo reto-vaginal, reto, sigmoide, intestino grosso e íleo. Dentre diversos casos que atendemos selecionamos três que representam diferentes fases da infiltração endometriótica e suas consequentes abordagens.Relato de casos: Pacientes com idades variando entre 23 e 45 anos, submetidas a um ou dois partos cesareanos sem intercorrências e com queixas de dor pélvica crônica peri-menstrual desde a adolescência, com melhora parcial com a suspensão medicamentosa do ciclo menstrual.Investigadas com dosagem de CA125, variando de 55 a 75 nanog/ml, e com exames de imagem com protocolo para endometriose profunda, tiveram diagnóstico de nodulação endometriótica em ligamento uterossacro, endometriose profunda acometendo a camada muscular do retossigmoide e tumoração na luz retal unindo este órgão ao útero. Foram submetidas, em ordem, a exérese de nodulação endometriótica e peritonectomia retrouterina por videolaparoscopia, a ressecção discoide da seromuscular do reto por laparotomia e a retossigmoidectomia + histerectomia total por laparotomia. As pacientes evoluíram sem intercorrências ou complicações, estando em acompanhamento especializado.Conclusão: A endometriose profunda é uma doença que se manifesta de diversas formas, consequentemente tem sintomatologia ampla e diversos diagnósticos diferenciais. É a forma mais agressiva da endometriose e, por fim, um desafio diagnóstico/terapêutico para o cirurgião.

CODIGO DO TRABALHO: 2702

TÍTULO DO TRABALHO: ASSOCIAÇÃO ENTRE COLANGIOCARCINOMA E RETOCOLITE ULCERATIVA: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GABRIELLA AQUINO GOUVEIA CAGLIARI1; MARCELO GONÇALVES SOUSA1; RODRIGO NOBREGA BANDEIRA1; FELIPE RAMALHO DE MORAIS1; OTACILIO FRANCISCO PARAGUAY FIGUEIREDO2; CIBELE OHANY NOGUEIRA LEITE2; ANA BEATRIZ PARAGUAY FIGUEIREDO2. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A retocolite ulcerativa (RCU) é doença inflamatória intestinal (DII), crônica e de caráter auto imune, que não possui etiologia bem definida. É doença da mucosa, que acomete habitualmente o reto e estende-se aproximadamente até atingir parte do cólon ou sua totalidade. Existe uma grande prevalência de manifestações extra intestinais em portadores de DII, dentre elas estão as hepatobiliares. Na literatura, é descrita a associação entre RCU e colangite esclerosante primária numa taxa que varia de 2,4 a 7,5%, sendo a mesma fator de risco para o desenvolvimento de colangiocarcinoma.RELATO DE CASO: O relato de caso descreve um paciente do sexo masculino, de 24 anos, portador de RCU que se manteve com controle dos sintomas durante 11 anos, quando apresentou sintomas de obstrução de via biliar e presença de tumoração em exames de imagem com confirmação de colangiocarcinoma, manifestação extraintestinal rara em nosso meio, e tem como objetivo correlacionar o manejo terapêutico nele aplicado com a literatura. O paciente iniciou então um ciclo de quimioterapia com cisplatina e gencitabina. Evoluiu com icterícia súbita por obstrução tumoral, no qual foi necessária desobstrução da via biliar por punção de via biliar transtumoral, com normatização dos níveis de bilirrubina. Foi então realizado segundo ciclo de quimioterapia com 5-fluorouracilo, leucovorina e oxaliplatina, no qual o paciente evoluiu anictérico, porém apresentando hiporexia e intensa perda de peso.CONCLUSÃO: Conforme bem descrito na literatura, o colangiocarcinoma geralmente se encontra em estágio avançado no momento do diagnóstico. A ressecção do tumor, que se fosse possível, representaria a maior chance de cura da patologia, não foi realizada durante a laparotomia exploradora devido ao encontro de focos metastáticos na cavidade abdominal. O seguimento do tratamento foi feito drogas citostáticas de primeira linha como a cisplatina e a gencitabina, onde estudos referem boa resposta em mais de metade dos casos. O paciente evoluiu com icterícia súbita por obstrução tumoral sendo então realizado o implante de uma prótese biliar como instrumento paliativo de redução dos sintomas. Uma segunda linha de tratamento foi realizada com as drogas 5-fluorouracilo, leucovorina e oxaliplatina, utilizadas no tratamento de tumores periampulares, mas que apresentam resposta satisfatória em colangiocarcinomas.

CODIGO DO TRABALHO: 3101

TÍTULO DO TRABALHO: ATIVIDADES EXTRACURRICULARES NO APRENDIZADO CIRÚRGICO: A EXPERIÊNCIA DA LIGA DE CIRURGIA DA UFRGS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LUCIANA ELTZ SOARES; THAMYRES ZANIRATI DOS SANTOS; TATIANE DOS SANTOS; SOFIA MICHELE DICK; LEANDRO TOTTI CAVAZZOLA. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:
Introdução A estruturação do curso de medicina acaba proporcionando uma vivência heterogênea, sendo fundamental a busca ativa dos alunos para um contato mais intenso em algumas áreas do conhecimento médico. Assim, a Liga de Cirurgia(LiCir) da UFRGS é uma congregação de acadêmicos de medicina com interesse em cirurgia, orientados por um professor coordenador para possibilitar a participação destes no ambiente cirúrgico, buscando ampliar o conhecimento teórico e as experiências práticas. Objetivos Estimular o aprendizado e a busca por conhecimento frente às doenças e suas formas de tratamento cirúrgicos, possibilitando contato com profissionais e com situações concretas.. Métodos: Desde 2009, foram realizados estágios práticos seguindo a rotina de equipes cirúrgicas e acompanhando atividades ambulatoriais. sob supervisão; apresentações de trabalhos em atividades científicas; cursos de capacitação ministrados por professores e cirurgiões sobre temas de interesse tanto teóricos quanto práticos, inclusive na Semana Acadêmica da Faculdade além de mediação para que os membros participassem de pesquisas científicas. Nesse período, foram atingidos diretamente cerca de 400 alunos, além de cerca de 50 alunos de outras universidades. Resultados Há aceitação tanto por parte da comunidade docente quanto discente, demonstrada pela procura ativa e envolvimento nas atividades em horário extra e pela participação voluntária dos docentes. Cerca de 30 trabalhos científicos foram apresentados por membros da liga nesse período. Foi realizado em 2016 questionário junto à comunidade avaliando a imagem da liga, refletindo uma experiência positiva até então. No final do ano, foi solicitado aos ligantes o preenchimento de questionário de feedback: das 21 respostas de um total de 30 membros, todos afirmaram que indicariam a atividade e nenhum negou interesse em seguir participando em 2017. O acompanhamento nos ambulatórios manteve-se até 2013, sempre com boa adesão e interesse. Além disso, os ciclos de palestras ocorreram de forma exitosa e continuada com presença regular de mais de 50% dos membros em cerca de 75% das aulas. Conclusão A existência das LiCir nas universidades, a modelo da existente na UFRGS mostra-se importante na construção do perfil do cirurgião durante sua formação, ampliando o espaço e o contato dos acadêmicos com o meio cirúrgico. É fundamental que as ligas busquem sempre ensino, pesquisa e extensão, desenvolvendo habilidades, além do contato com pacientes.

CODIGO DO TRABALHO: 326

TÍTULO DO TRABALHO: AVALIAÇÃO DA MORTALIDADE POR APENDICITE E SUAS COMPLICAÇÕES , NO BRASIL, NOS ANOS DE 2009 A 2013 ,SEGUNDO DADOS DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE (SIM)

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PATRÍCIA ALINE DE ANDRADE RODRIGUES1; ISABELA BARBOSA MENDONÇA1; MIRNA GABRIELA BARBOSA DE QUEIROZ2; DENIS MASASHI SUGITA3. 1. CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS - UNIEVANGÉLICA, ANÁPOLIS - GO - BRASIL; 2. ENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS - UNIEVANGÉLICA, ANÁPOLIS - GO - BRASIL; 3. CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS- UNIEVANGÉLICA, ANÁPOLIS - GO - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: levantar o índice de mortalidade de apendicite como causa básica de morte no Brasil segundo os dados registrados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), levantar a prevalência de complicações relacionadas a entidade registradas como causa imediata de óbito no Brasil, nos últimos 5 anos e apontar a mais dominante; e estabelecer os principais fatores de risco relacionados à apendicite.Métodos: trata-se de um estudo transversal descritivo de série temporal. A base literária se constituiu de artigos selecionados nos bancos de dados LILACS, MedLine e PubMed a partir de palavras-chave.Resultado:através da busca realizada no Sistema de Informação de Mortalidade do DATASUS, foram encontradas 51 tabelas contemplando dados referentes aos índices de óbitos em todo o Brasil, correspondendo aos períodos de 2009, 2010 , 2011, 2012 e 2013 e foram analisados separadamente.Verificou-se maior taxa de mortalidade na região Centro-Oeste; no sexo masculino e nos idosos entre 60 e 79 anos. No que se refere à indicação da complicação imediata que leva a morte por apendicite e os fatores de risco envolvidos, não foi possível a realização da análise, devido à falta de informações contidas no SIM. Conclusão: as análises realizadas permitiram concluir que a região Centro-Oeste é a líder em mortalidade por apendicites no Brasil, levando em consideração a quantidade de óbitos proporcionalmente a população, apesar de não ser encontrado nenhum fenômeno que explique tal resultado. A região Norte contempla a menor prevalência de óbitos no país, todavia, problemas de subnotificações já comprovados pelas bases literárias podem ter estreita correlação com o achado. A mortalidade prevalece no sexo masculino e nos idosos, precisamente na faixa etária de 60-79 anos de idade, de modo que se harmoniza com o encontrado na literatura.
BIBLIOGRAFIA: . Bon, Thiago de Paula et al. Comparativo entre pacientes com diagnóstico de apendicite aguda atendidos em unidades de pronto atendimento e hospital de emergência. Rev. Col. Bras. Cir., Rio de Janeiro, v. 41, n. 5, p. 341-344, Oct. 2014; Isaksson, K et al. Long-term follow-up for adhesive small bowel obstruction after open versus laparoscopic surgery for suspected appendicitit, Jun.2014.; Gomes, Carlos Augusto; Nunes, Tarcizo Afonso. Classificação laparoscópica da apendicite aguda: correlação entre graus da doença e as variáveis perioperatórias. Rev. Col. Bras. Cir., Rio de Janeiro, v. 33, n. 5, p. 289-293, Oct. 2006.

CODIGO DO TRABALHO: 509

TÍTULO DO TRABALHO: AVALIAÇÃO DO NRS 2002 E FORÇA DE PREENSÃO MANUAL COMO PREDITORES DE COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS EM CIRURGIAS ABDOMINAIS DE GRANDE PORTE

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RAISSA JOSÉ DE FRANÇA CARVALHO; PEDRO EDER PORTARI FILHO; ANNA CLARA ASCENDINO CORRÊA; RAPHAEL MOURA XAVIER; JÚLIO CESAR TOLENTINO JUNIOR. UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:
Objetivos: Analisar se avaliação nutricional e funcional através do Nutritional Risk Screening 2002 e análise da Força de Preensão Manual (FPM) são preditores confiáveis de complicações e morte no período pós-operatório em pacientes submetidos à grandes cirurgias abdominais. A desnutrição relaciona-se a maior morbimortalidade em pacientes internados em hospitais e, se associada à doenças crônicas, críticas ou trauma, pode levar ao hipercatabolismo proteico, destacando-se a sarcopenia, síndrome relacionada à perda muscular e prejuízo funcional, associada a complicações pós-operatórias. Portanto, a identificação precoce e tratamento da desnutrição são importantes para reduzir custos e melhorar a qualidade de vida através da minimização de complicações e tempo de internação.Métodos: Aplicou-se o escore NRS 2002 e realizou-se a medida da FPM da mão dominante no pré-operatório de pacientes internados no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle submetidos à cirurgias abdominais de grande porte. Após a cirurgia, o grupo foi monitorado nos 60 dias subsequentes, e os dados foram confrontados quanto ao aparecimento de complicações pós-operatórias e óbitos. Será calculado o escore preditivo positivo e negativo das medidas em relação às complicações.Resultados: Participaram 10 pacientes, 40% do sexo masculino e 60% do sexo feminino, sendo que 30% desenvolveram complicações pós-operatórias. Encontrou-se 90% sob risco nutricional, sendo 50% do total desnutrido grave, ambos segundo o NRS 2002. Observou-se que este grupo apresentou maior morbidade, já que 66,66% dos que desenvolveram complicações pós-operatórias estavam no grupo com risco nutricional. Em relação a FPM, 50% apresentaram valores inferiores à média para idade e gênero, sendo este grupo de maior morbidade, agregando 66,66% dos pacientes com complicações pós-operatórias. Além disso, 80% daqueles com FPM abaixo da normalidade apresentaram desnutrição grave segundo o NRS 2002.Conclusão: Os dados preliminares de 2 meses de estudo parecem corroborar os achados da literatura quanto a relação entre escores aumentados de NRS 2002 e diminuição da força muscular avaliada pelo teste da FPM com o aparecimento das complicações pós-operatórias. Ressalta-se que são dados ainda preliminares com uma população pequena.Bibliografia: Sato T, Aoyama T, Hayashi T, Segami K, Kawabe T, Fujikawa H, et al. Impact of preoperative hand grip strength on morbidity following gastric cancer surgery. Gastric Cancer. Springer Japan; 2015;3?9.

CODIGO DO TRABALHO: 2762

TÍTULO DO TRABALHO: AVALIAÇÃO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES VÍTIMAS DE ACIDENTE DE TRÂNSITO NOS MUNICÍPIOS DE BELÉM ? PA E ANANINDEUA ? PA EM DEZEMBRO DE 2014

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ALEXANDRE ERNESTO POZZEBON MOURÃO; ERIKA SILVA SPESSIRITS; FABIO ALVES MORIKAWA CALDEIRA; NATALIE ALMEIDA SILVA; LEANDRO DE SOUSA COELHO; VICTOR DE FREITAS FERREIRA; HIGOR LUCIANO SERIQUE GATO LEITE; LARA BEATRIX SNIJDERS RIZZI ROGERIO; ALLAN HERBERT FELIZ FONSECA. OPHIR LOYOLA, BELÉM - PA - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Os acidentes de trânsito configuram uma das principais causas de óbito no Brasil e no mundo, refletindo estatísticas alarmantes no cenário das mortes por causas externas, fazendo com que nosso país ocupe a 5° posição entre os países com maior número de mortes no trânsito. Objetivo: Descrever as características das vitimas de acidentes de trânsito ocorridos no município de Belém-PA e Ananindeua-PA. Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo exploratório documental, cuja fonte, foi o banco de dados do inquérito sobre atendimentos por violências e acidentes em serviços sentinelas de urgência e emergência nos municípios de Belém e Ananindeua do estado do Pará, integrantes do sistema de vigilância de violências e acidentes (VIVA) no Brasil, no mês de dezembro de 2014. Resultados: O perfil dos pacientes vítimas de acidentes de trânsito, atendidos caracteriza-se por ser predominantemente de homens, (78%) entre 20 a 29 anos (36,30%) e de raça/cor parda (67,9%). Ocorrendo a maioria nos dias de domingo (65%), no horário das 18 :00 horas as 00:00 horas(40%), sendo os condutores dos veículos os principais tipos de vítimas(45%), e a motocicleta o principal veículo envolvido nestes acidentes(67,2%). A parte do corpo mais atingida nos acidentes foram os membros inferiores (52%), seguido dos membros superiores (33,8%) e cabeça/face (54,9%,). Além disso, identificou-se que grande parte das vítimas não fazia uso de equipamentos de proteção no momento do acidente (62%), como o uso de capacetes (55%). A maioria dos pacientes evoluiu nas primeiras 4 horas com alta hospitalar (70,8%) e apenas uma pequena parcela permaneceu em internação hospitalar (5%). Conclusão: Os altos índices de acidente de trânsito indicam a necessidade de manter o contínuo e efetivo monitoramento desses eventos, além de garantir medidas preventivas seguras de educação no trânsito, que possam propiciar os subsídios necessários para planejar a assistência após o evento traumático.

CODIGO DO TRABALHO: 2619

TÍTULO DO TRABALHO: AVALIAÇÃO DO RISCO NUTRICIONAL PELO NRS 2002 E SUA RELAÇÃO COM COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS EM PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIAS ABDOMINAIS DE GRANDE PORTE

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PEDRO EDER PORTARI FILHO; RAISSA JOSÉ DE FRANÇA CARVALHO; ANA BEATRIZ MACHADO DE OLIVEIRA; MARIA GABRIELA FERREIRA DA SILVA. UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:
Objetivos: Correlacionar a gravidade da desnutrição com as complicações pós-operatórias em pacientes submetidos a cirurgias abdominais de grande porte no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle. A desnutrição está relacionada a maior morbimortalidade em pacientes hospitalares, sendo a identificação precoce e tratamento da mesma essenciais para garantir menor custo, além de qualidade de vida para o paciente, através da minimização de complicações e menor tempo de internação hospitalar. Nesse contexto, o Nutritional Risk Screening 2002 (NRS 2002) destaca-se como uma importante ferramenta de fácil aplicabilidade, que deve ser avaliada quanto ao resultado preditivo em pacientes submetidos a cirurgias abdominais de grande porte.Métodos: Foi aplicado o questionário NRS 2002 nos pacientes das enfermarias cirúrgicas do Hospital Universitário Gafrée e Guinle, que seriam submetidos a cirurgias abdominais de grande porte, no momento da admissão hospitalar. Após a realização do procedimento cirúrgico, o paciente foi monitorado nos 60 dias subsequentes quanto ao aparecimento de complicações pós-operatórias (infecciosas ou não), tempo de internação hospitalar e mortalidade.Resultados: Participaram do estudo 106 pacientes, sendo 56,60% do sexo feminino e 43,40% do sexo masculino. Encontrou-se 88,67% do total de pacientes sob risco nutricional segundo o NRS 2002 (NRS ? 3). Observou-se que este grupo apresentou maior morbimortalidade, já que 90,32% das complicações infecciosas e 91,66% das complicações não infecciosas e 100% dos óbitos ocorreram nestes pacientes. Da mesma maneira, o tempo de internação hospitalar foi superior no grupo sob risco nutricional (NRS ?3).Conclusão: O NRS 2002 mostrou-se eficaz não apenas na predição do tempo de hospitalização, como também de complicações pós-operatórias e de mortalidade.Bibliografia: 1.van der Kroft G, Janssen-Heijnen MLG, van Berlo CLH, Konsten JLM. Evaluation of nutritional status as an independent predictor of post-operative complications and morbidity after gastro-intestinal surgery. Clin Nutr ESPEN. 2015;10(4):129?33.2.Mendes J, Alves P, Amaral TF. Comparison of nutritional status assessment parameters in predicting length of hospital stay in cancer patients. Clin Nutr. 2014;33(3):466?70. 3.Wang S-L, Zhuang C-L, Huang D-D, Pang W-Y, Lou N, Chen F-F, et al. Sarcopenia Adversely Impacts Postoperative Clinical Outcomes Following Gastrectomy in Patients with Gastric Cancer: A Prospective Study. Ann Surg Oncol. 2015;23:556?64.

CODIGO DO TRABALHO: 1621

TÍTULO DO TRABALHO: Avaliação sobre a participação ativa dos alunos na disciplina de Cirurgia Geral

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CYBELE CUNHA FARIA; MATIAS SIMON PEREZ NETTO; FERNANDO DE MELO FREDENHAGEM; PROF. DR. REINALDO BULGARELLI BESTETTI; PROF. DR. LUCELIO BERNARDES COUTO; PROF. DR. EDGARD MESQUITA RODRIGUES LIMA; PROF. DR. MILTON FARIA JR; MARCELO ENGRACIAS GARCIA. UNAERP, RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O processo de ensino médico nas áreas cirúrgicas ocorre pela participação direta dos estudantes no ato operatório, incentivando-os a adquirir competência técnica para realizar procedimentos cirúrgicos básicos.Objetivo: Compreender se a participação ativa no ato cirúrgico contribui para o aprendizado e para a escolha da Cirurgia como futura especialidade.Métodos: Estudo epidemiológico transversal com estudantes de Medicina da 12º etapa da UNAERP, os quais responderam um questionário utilizando a escala de Likert. As afirmativas eram: 1) A participação ativa nas cirurgias aumentou a motivação no estudo da Cirurgia 2) A participação ativa nas cirurgias melhorou o desempenho em outros procedimentos cirúrgicos 3) A participação ativa nas cirurgias melhorou a atitude no auxílio ao paciente 4) A participação ativa nas cirurgias melhorou a habilidade cirúrgica e o conhecimento anatômico 5) A participação nas cirurgias despertou o interesse por especializar-se em Cirurgia. Foi realizado o Teste G nas categorias dispostas na tabela de contingência.Resultados: Dos 61 estudantes, 43 (70,49%) são do sexo feminino e 18 (29,50%) do masculino. Do total, 23 (37,70%) têm entre 20-25 anos, 28 (45,90%) entre 26-30 anos, 5 (8,19%) têm mais de 30 anos e 5 (8,19%) não citaram a idade. Têm interesse pela cirurgia: 16 (26,22%). Nas afirmativas respondidas, 56,81% concordaram, 21,26% estavam totalmente de acordo, 9,30% discordaram, 4,31% discordaram totalmente e 8,30% não concordaram e nem discordaram. Na categoria sexo, observamos que a participação ativa no ato operacional conduziu a uma diferença significativa e superior do sexo feminino em relação ao masculino, no aumento à motivação do estudo de Cirurgia e na melhora da atitude no cuidado do paciente, com valores de p iguais 0,0027 e 0,0432, respectivamente.Conclusão: A participação ativa do acadêmico no ato cirúrgico reflete no desenvolvimento de habilidades e competências, resultando em menor índice de complicações intra-operatórias, além de estimular o interesse pela área cirúrgica. Bibliografia: 1. Dos O. Avaliação de treinamento cirúrgico na graduação de medicina. 2013;40(2):152?6.2. Lewis FR, Klingensmith ME. Issues in general surgery residency training--2012. Ann Surg 2012 Oct;256(4):553-93. Kairys JC, McGuire K, Crawford AG, Yeo CJ. Cumulative operative experience is decreasing during general surgery residency: a worrisome trend for surgical trainees? J Am Coll Surg 2008 May ;206(5):804-11

CODIGO DO TRABALHO: 1302

TÍTULO DO TRABALHO: CÂNCER DE APENDICE EM APENDICECTOMIAS DE URGÊNCIA: INCIDÊNCIA EM 2420 PACIENTES

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: WELLIGTON RIBEIRO FIGUEIREDO1; ROBSON DAVID DE ARAÚJO LIAL2; GUILHERME MEIRELES FERREIRA2; CARLA MARIANA GONÇALVES CARVALHO E SILVA3; CARLA CECILIA DA COSTA ALMEIDA2; CAMILA DE SOUA ALMEIDA ARAÚJO2; ARISTIDES SILVA PINHEIRO FILHO2; RAFAELA RABELO DE SOUSA2. 1. HOSPITAL GETULIO VARGAS, TERESINA - PI - BRASIL; 2. FACID, TERESINA - PI - BRASIL; 3. NOVAFAPI, TERESINA - PI - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A inflamação do apêndice, ou seja, a apendicite aguda é a emergência cirúrgica geral mais comum, seu diagnostico pode ser enganoso, sendo importante um alto grau de suspeita para prevenir complicações graves dessa doença. A maioria dos pacientes com apendicite aguda é tratada por remoção cirúrgica imediata do apêndice, através da apendicectomia. A grande maioria das neoplasias do apêndice é diagnosticada após inspeção patológica do apêndice removido por suspeita de apendicite. Cirurgiões devem conhecer os tumores que acometem o apêndice e a conduta frente a esses casos, principalmente porque a maioria dos pacientes se apresenta com quadro clínico de apendicite aguda e é encaminhada à cirurgia sem que se suspeite da presença da neoplasia, o que obriga a decidir pelo tratamento em caráter de urgência. Objetivos: Esse estudo objetivou determinar a incidência de câncer de apêndice incidental em apendicectomias realizadas em um hospital de referência de Teresina-PI, bem como o gênero mais acometido por essa patologia, além do tipo histológico mais comum. Métodos: Foi realizado um estudo descritivo, retrospectivo, com abordagem quantitativa em um hospital público municipal da cidade de Teresina, os dados foram obtidos no laboratório de anatomopatologia do referido hospital através da análise dos livros de registro de resultados dos anatomopatológicos. Foram coletados os dados registrados de novembro de 2008 até dezembro de 2012 com uma população total de 2447 resultados de anatomopatológicos, provenientes de peças cirúrgicas de apendicectomias. Os dados obtidos foram tabulados em planilha eletrônica específica, e tratados por meio de estatística descritiva na forma de gráficos e tabelas. Resultados: Foram encontrados 3 (0,12%) resultados positivos para neoplasia de apêndice, sendo 1 (33%) tumor carcinóide e 2 (67%) adenocarcinomas. Em 1 (0,05%) peça foi encontrado tumor metastático de outro órgão. Em 67% das neoplasias o paciente acometido era do sexo feminino e em 33% do sexo masculino.Conclusão: Tumores malignos primários de apêndice são raros e nenhum cirurgião em particular irá adquirir uma extensa experiência com essa doença; o adenocarcinoma foi o tipo histológico mais encontrado e o gênero mais acometido foi o feminino.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2450

TÍTULO DO TRABALHO: Câncer de mama em mulheres jovens no estado do Tocantins: análise do perfil epidemiológico do período de 2000 a 2015

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: VERISSA MARTINS TEIXEIRA1; PAULA SILVA SOUZA1; OTÁVIO LIMA DE ARRUDA JÚNIOR1; NADER NAZIR SULEIMAN1; REINALDO MAGALHÃES FERNANDES2. 1. INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS - ITPAC, ARAGUAÍNA - TO - TO - BRASIL; 2. INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS, ARAGUAÍNA - TO - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Descrever as características clínicas e epidemiológicas do câncer de mama em mulheres jovens atendidas no estado do Tocantins.Método: Estudo de dados secundários de câncer de mama em mulheres com idade menor ou igual a 39 anos atendidas nos hospitais de referência no estado do Tocantins nos anos de 2000 a 2015. As informações foram obtidas a partir de dados disponíveis no portal digital do módulo integrador dos Registros Hospitalares de Câncer (RHC). Trabalho aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do ITPAC sob protocolo nº 1.717.120.Resultados: Durante o período estudado foram diagnosticados 284 casos de mulheres jovens com câncer de mama cadastrados nos Registros Hospitalares de Câncer do estado do Tocantins (Hospital Regional de Araguaína e Hospital Geral de Palmas). A faixa etária com maior prevalência foi de 35 a 39 anos, com 150 casos (52,8%), seguida da faixa de 30 a 34 anos, com 85 (29%) dos casos. Mulheres com idade de 30 anos ou mais corresponderam a 82,7% da amostra. Em relação à raça/cor, 68,6% das mulheres eram pardas; 21% brancas e 7,3% pretas. Quanto ao estado civil, 55% eram casadas. No que se refere à escolaridade, a maioria (32%) eram mulheres com nível médio; baixa escolaridade (nenhuma, ensino fundamental incompleto e completo) representou 44%. A associação com história familiar de câncer esteve presente em 48% dos casos. O consumo de bebida alcoólica foi encontrado em 21% dos casos e tabagismo em 12%. Quanto ao lado acometido, em 51% dos casos a mama acometida foi a direita. O tipo histológico mais frequentemente encontrado foi o carcinoma ductal infiltrante, com 85% dos casos. O estadiamento inicial (TNM graus 0 a 2B) correspondeu a 38% dos casos; tumores com estadiamento avançado (graus 3A a 4) contabilizaram 58%.Conclusões: O câncer de mama em mulheres jovens no Tocantins foi mais frequentemente diagnosticado em estádio avançado, na faixa etária entre 30 e 39 anos, na raça/cor parda e com nível baixo nível de escolaridade. Acredita-se que estas informações poderão ajudar a compreender melhor a realidade do câncer de mama nesta região e ofertar à população um serviço de saúde mais satisfatório e mais direcionado para o perfil da população acometida ou com maior risco de acometimento.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1800

TÍTULO DO TRABALHO: CARCINOMA MUCINOSO: DO DIAGNÓSTICO À CONDUTA CIRÚRGICA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CARLOS MAGNO QUEIROZ DA CUNHA; WALTER BATISTA DE SANTANA NETO; IZABELLA FURTADO DE VASCONCELOS; RENATA ANTUNES BRUNO DA SILVA; ERIKA FEITOSA QUEIROZ; MARIANA PONTES BAQUIT; PRISCILLA PINHEIRO OLIVEIRA; FRANCISCO JULIMAR C. DE MENEZES. UNIVERSIDADE DE FORTALEZA, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
Introdução:Os carcinomas mucinosos primários do ovário são raros, correspondendo a cerca de 3% das neoplasias ovarianas. Em relação à etiologia, 5% a 10% dessas apresenta manifestação com padrão hereditário relacionadas com os genes BRCA1 (mais frequente) e BRCA2 , ambos de caráter autossômico dominante, e com os genes MLH1 e MSH2 associados à síndrome de câncer colorretal hereditário não polipóide (HNPCC). Os tumores ovarianos são, na maioria dos casos, oligossintomáticos, até atingir grandes volumes. Os sintomas mais comuns são aumento do volume abdominal e dor, além de queixas urinárias ou intestinais associadas à compressão e sangramento abdominal ou vaginal decorrentes de invasão. Contudo, o tipo histológico mucinoso possui uma apresentação clínica diferente, pois frequentemente se apresentam como tumores de crescimento rápido, atingindo grandes volumes. Este trabalho objetiva relatar caso de carcinoma mucinoso de ovário e sua conduta cirúrgica, bem como revisar o assunto em questão. Foram coletados a história da paciente e foto da peça macroscópica durante a cirurgia, acrescentando-se uma revisão literária sobre o assunto. Todos os aspectos éticos foram respeitados.Relato de Caso:Mulher, 58 anos, casada, G3P2A1, comparece ao ambulatório de ginecologia, encaminhada da Atenção Básica, com queixa de ?aumento da barriga em 2 anos?. Ao exame físico, apresenta grande volume abdominal, com massa palpável em andar inferior do abdome, indolor a palpação. A tomografia computadorizada do abdome revelou volumosa massa anexial. Foi realizada histerectomia, anexectomia bilateral e congelamento histopatológico durante a cirurgia. Com o resultado do congelamento confirmando carcinoma mucinoso, retirou-se também o apêndice, omento e linfonodos para-aórticos. A biópsia não revelou metástase e a paciente recebeu alta no 4º dia de pós operatório.Conclusão:Assim, vê-se que houve um atraso na procura por assistência médica, o que resulta em prejuízos para a saúde integral da paciente, já que mais da metade dos casos são diagnosticados nos estágios iniciais. A conduta cirúrgica radical para o caso condiz com as recomendações, reforçando a experiência do médico assistente. Como a fertilidade não constitui fator relevante, o útero e anexos foram excisados. Retirou-se ovário contralateral ao tumor pelo risco de metástase oculta ou carcinoma primitivo presente. Este procedimento está, normalmente, limitado aos estádios Ia, Ib, IIa, IIb e III por envolvimento do omento.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 3004

TÍTULO DO TRABALHO: CARCINOMA NEUROENDÓCRINO DE APÊNDICE CECAL: ACHADO INCIDENTAL APÓS APENDICITE AGUDA EM PACIENTE JOVEM

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: VINÍCIUS AZEVEDO DIAS; ELISEU ALBERTIN TEIXEIRA; GUSTAVO AURICHIO CORDEIRO; EMANUELLE DE BESSA REIS; ANDRÉ VALE RIOS; RENAN ELIAS VALÉRIO; DANIEL ZANDIM MACIEL DIAS FERREIRA; MARCUS VINÍCIUS PEREIRA SILVA. HOSPITAL SÃO JOÃO DE DEUS, DIVINOPOLIS - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Os tumores de apêndice cecal são raros, correspondendo a 0,5% das neoplasias intestinais e acometendo cerca de 1% das peças de apendicectomia. Os carcinomas neuroendócrinos são os mais comuns (50%) das neoplasias de apêndice, manifestando-se geralmente na quarta década de vida e em mulheres. Podem secretar serotonina e/ou outras substâncias vasoativas, manifestando-se com síndrome carcinoide. Entretanto, a maioria dos pacientes é assintomática e, quando o tumor localiza-se na base apendicular, pode causar obstrução da luz apendicular e consequente apendicite aguda. Nesses casos, o diagnóstico se dá pelo exame anatomopatológico. O paciente deve ser submetido a exames de imagem e endoscópicos, além da dosagem dos níveis de serotonina e do biomarcador ácido 5-hidroxi-indol-acético (5HIAA) na urina de 24 horas, para rastreamento de lesões metastáticas. O tratamento é a apendicectomia simples, mas em alguns casos pode ser necessária a colectomia parcial direita como complementação terapêutica. O seguimento oncológico deve ser realizado com pesquisa de biomarcadores tumorais e exames de imagem do abdome. RELATO DE CASO: MMM, 16 anos, masculino, previamente hígido, admitido com dor abdominal em mesogástrio e em fossa ilíaca direita associada a vômitos, com sinal de Blumberg positivo ao exame físico, foi diagnosticado com apendicite aguda. Submetido, então, a apendicectomia sob incisão de Rockey-Davis, ato sem intercorrências e com envio de material para exame anatomopatológico (AP), recebeu alta hospitalar em boas condições clínicas. Retorna com resultado de AP, mostrando carcinoma neuroendócrino bem diferenciado do apêndice cecal acometendo gordura peri-apendicular, com confirmação por imunohistoquímica. Foram solicitados dosagens de serotonina e 5HIAA, ambas dentro dos valores de referência, além de endoscopia digestiva alta, colonoscopia e tomografia computadorizada de abdome que não apresentavam alterações. Sem evidências de doença metastática, optou-se por realização de colectomia parcial direita, com AP de peça cirúrgica com margens livres. CONCLUSÃO: Trata-se de um paciente com quadro de apendicite aguda, possivelmente secundário a um carcinoma neuroendócrino de apêndice, que foi então diagnosticado precocemente. Dessa maneira, o paciente recebeu tratamento oncológico padrão para tal neoplasia e deverá realizar seguimento oncológico por pelo menos um ano. Portanto, houve melhora do prognóstico e da qualidade de vida para esse paciente.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2456

TÍTULO DO TRABALHO: CASO CLÍNICO - 1º tratamento com Quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC) em Blumenau-SC

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ADRIANA DE SOUSA ROS; LUIZA HELENA CRISPIM DA SILVA; AMANDA BLANSKI DE CASTRO; PATRÍCIA DA COSTA CÂMARA; MARCOS PIAZZETTA BUENO; VITOR HOLMO FIGUEIRA. FURB - UNIVERSIDADE REGIONAL DE BLUMENAU, BLUMENAU - SC - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO = Nas últimas décadas novas abordagens terapêuticas à carcinomatose peritoneal surgiram sendo que a cirurgia citorredutora associada a quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC) se tornaram o tratamento com maior probabilidade de alcançar sobrevida prolongada.O caso clínico da paciente que recebeu o tratamento HIPEC tinha como doença de base um adenocarcinoma moderadamente diferenciado do tipo endometrióide, infiltrando extrinsecamente órgãos adjacentes.OBJETIVOS = Descrever o primeiro caso clínico que utilizou HIPEC como tratamento em Blumenau ? SCCASO CLÍNICO = Paciente feminina 57 anos,obesa mórbida e hipertensa. Em 2014 iniciou quadro de dor abdominal em baixo ventre sendo diagnosticada com câncer de ovário esquerdo do tipo carcinoma pouco diferenciado. Realizou exérese de tumor de ovário esquerdo e seis sessões de quimioterapia com Carbo + Taxol. Em 2015 foi novamente explorada cirurgicamente com exérese de tumoração anexial direita e grande omento, possuía aderências múltiplas entre bexiga e reto.Em setembro de 2016 foi encaminhada pelo oncologista ao serviço de cirurgia oncológica da Clínica VIDAR devido a adenocarcinoma tubular evidenciado em biópsia realizada via colonoscópica.Apresentava Ca 125 30,8 e TC de tórax e abdome com a presença de SED e colelitíase.Em outubro de 2016 foi realizada por via laparoscópica retosigmoidectomia, linfadenectomiaretroperitoneal, cistectomia parcial e enterectomia devido a infiltração de bexiga e íleo distal. Os resultados histopatológicos da peça cirúrgica foram: adenocarcinoma moderadamente diferenciado endometrioide de 65cm infiltrando extrinsecamente o cólon, delgado e parede vesical. Linfonodos 0-30. No pós operatório evoluiu sem intercorrências. Devido a extensa disseminação tumoral em 12/01/2017 realizou peritoniectomia pélvica, histerectomia ampliada (incluindo anexos esquerdo), linfadenectomia retroperitoneal, linfadenectomia pélvica, colectomia direita, cistectomia parcial, omentectomia, quimioterapia intraperitoneal hipertérmica. No pós operatório foi internada 3 dias em Unidade de Terapia Intensiva sem intercorrências.CONCLUSÃO = No passado, a carcinomatose era considerada terminal, a maioria dos oncologistas considerava apenas o tratamento paliativo, no entanto, estudos mais recentes descrevem opções de tratamento curativo para pacientes com carcinomatose peritoneal.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 452

TÍTULO DO TRABALHO: Cateter venoso central locado no canal vertebral através da veia vertebral ? relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: EDUARDO ZINONI SILVA PATO; HELOISA SOUZA DEL FRARI; ADILSON COSTA RODRIGUES JR; CELSO DE OLIVEIRA BERNINI; EDIVALDO MASSAZO UTIYAMA. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Cateter venoso central locado no canal vertebral através da veia vertebral ? relato de casoEduardo Zinoni Silva Pato; Heloisa Souza Del Frari; Adilson Costa Rodrigues Junior; Celso de Oliveira Bernini; Edivaldo Massazo Utiyama Departamento de Cirurgia Geral, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo IntroduçãoNa literatura médica, existem poucos casos relatados de um Cateter Venoso Central (CVC) locado na veia vertebral, e mais raro é a localização dentro do canal vertebral. Iremos relatar um caso que tivemos em nossa instituição. Relato de casoPaciente de 23 anos, vítima de trauma acidente automobilístico, é transportado ao hospital para atendimento. À entrada, apresentava-se com tubo orotraqueal, murmúrios vesiculares reduzidos à esquerda, saturação de oxigênio 79%, Pressão Arterial 50/26mmHg, Frequencia Cardíaca 89bpm, suspeita de fratura de pelve, esfíncter anal hipotônico e anisocórico.Optado por passagem de cateter venoso central (CVC) para uso de drogas vasoativas através da veia subclávia direita (VSD). Realizada punção de acordo com técnica de Seldinger, sem intercorrências, e iniciada infusão de volume e drogas vasoativas por este acesso, devida a situação emergencial que o paciente se encontrava.Após trinta minutos, foi realizada Tomografia Computadorizada de Corpo Inteiro por conta do mecanismo de trauma. Ao método, identificamos que o CVC estava dentro do canal vertebral, tendo realizado seu trajeto através da veia subclávia e veia vertebral.Após identificação deste trajeto, o cateter foi sacado e realizada cateterização de Veia Subclávia Esquerda. ConclusãoAcreditamos que o CVC estava em um vaso do plexo epidural e não dentro do espaço raquiano, uma vez que havia fluxo adequado de fluidos, bem como resposta hemodinâmica às medicações ministradas por esta via.Identificamos, nos últimos cinco anos, três casos de CVC com trajeto até a Veia Vertebral, sendo que apenas em um deles houve penetração no canal vertebral.Um dos possíveis motivos para o baixo número de casos relatados talvez seja a falta de diagnóstico de um CVC no canal cerical, uma vez que uma radiografia simples de tórax não é capaz de identificar com acurácia este posicionamento.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1572

TÍTULO DO TRABALHO: Cirurgia Citorredutora com Quimioterapia Intraperitoneal Hipertérmica (HIPEC) de Curta Duração para Tratamento de Câncer de Ovário ? Baixa Morbidade nos Primeiros Casos de um Ensaio Clínico Pioneiro no Brasil

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JÚLIA LEAL DANTAS VASCONCELOS1; THALES PAULO BATISTA1; CRISTIANO DE SOUZA LEAO1; VANDRÉ CABRAL G. CARNEIRO1; LEVON BADIGLIAN FILHO2; DIEGO HENRIQUE CAVALCANTE SANTOS3; DANIELLE TETI MAGALHÃES1; LUCIANA DE HOLANDA LIMA DORNELAS CÂMARA1. 1. INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA, RECIFE - PE - BRASIL; 2. AC CAMARGO CANCER CENTER, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 3. INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA, BRASIL - PE - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Descrever a morbidade dos primeiros casos de um ensaio clínico pioneiro no Brasil, analisando a segurança e eficácia do protocolo de quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC) de curta duração para tratamento de câncer de ovário avançado. Métodos: Trata-se de um estudo transversal analisando os primeiros dados do ensaio clínico em andamento sobre os procedimentos de HIPEC. Foi realizada a técnica do abdome fechado, utilizando cisplatina (25mg/m2/L) em 4-6L de dextrose, perfundida durante 30min, entre 41-43oC, através do dispositivo Performer HT para circulação extracorpórea dos fluidos hipertérmicos. O estudo foi revisado pela CONEP (CAAE: 04016212.5.0000.5201) e registrado no ClinicalTrial.gov (NCT02249013). Os recursos financeiros foram provenientes do DECIT/SCTIE/MS ? CNPq/FACEPE/SES-PE (APQ:0187-4.01/13) e FAPE/IMIP. Resultados: Nove pacientes com carcinoma epitelial de ovário estágio IIIB (n=1) ou IIIC (n=8) foram inscritos em nosso ensaio até o dia 10 de fevereiro de 2017. A idade média dos pacientes foi de 46 anos (variando entre 19-63), com nível sérico médio pré-operatório de CA 125 de 692.8 U/mL (223-6550). O número médio de ciclos de quimioterapia intravenosa pré-operatória foi 3 (2-4), resultando em índice de carcinomatose peritoneal (PCI) de 9 (3-8) no momento da cirurgia de citorredução/HIPEC ? realizada após 29 dias (26-43) do último ciclo de neoadjuvância. O intervalo para reinício da quimioterapia intravenosa foi de 36 dias (33-50). Oito pacientes completaram todos os seis ciclos de quimioterapia intravenosa conforme planejado, enquanto o último paciente inscrito está atualmente aguardando o início da terapia aduvante. O tempo cirúrgico médio foi de 390 minutos (235-760), e todos os pacientes tiveram alta da UTI na manhã seguinte à cirurgia. Quatro pacientes necessitaram de ressecção do trato gastrointestinal [retossigmoidectomia (n=3) ou colectomia parcial (n=1)]. A duração média do internamento hospitalar foi de 4 dias (3-10). Dois pacientes não apresentaram complicações pós-operatórias, sendo 81,8% da morbidade encontrada grau I, de acordo com a classificação de Clavien-Dindo. As complicações mais comuns foram vômitos, G1/G2 (n=2) e anemia, G3 (n=2), de acordo com a classificação NCI/CTCAE versão 4.0. Apenas um paciente foi submetido a reoperação. Nenhum óbito foi registrado. Conclusões: Nosso protocolo parece ser factível e seguro, com baixos índices de complicações manejáveis a curto e médio prazos.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1579

TÍTULO DO TRABALHO: Cirurgia citorredutora no tratamento do pseudomixoma ? relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANDRÉ JIN FUJIOKA; GABRIEL PINTO LARA FALEIRO; LAWRENCE PASCOAL JUNQUEIRA; MARCELA CAMPOLINA MUNIZ. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CIÊNCIAS MÉDICAS - FACULDADE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A carcinomatose peritoneal possui como característica principal a disseminação de carcinomas pelo peritônio e usualmente associa-se a ascite neoplásica. Diferenciada em dois tipos, pode ser primária ou secundária. As neoplasias primárias do peritônio são muito raras e representadas pelo mesotelioma e carcinoma. As carcinomatoses secundárias são mais frequentes, na maioria das vezes originárias de tumores primários de ovário, intestino grosso, estômago e apêndice. Os adenomas mucinosos do apêndice frequentemente se rompem, vindo a se implantar no peritônio, condição conhecida como pseudomixoma peritoneal.Objetivo: Apresentar o caso de um paciente com pseudomixoma, analisando as manifestações clínicas, propedêutica e terapêutica.Método: Trata-se de M.A.S.B, masculino, 52 anos, pardo, natural e procedente de Belo Horizonte, que há cerca de 1 ano passou a apresentar distensão abdominal progressiva, evoluindo com ascite de grande monta. Previamente hígido, encontrava-se em investigação de hepatopatia em outro serviço. O paciente foi submetido a laparotomia mediana xifopúbica sendo retirado cerca de seis litros de liquido turvo e substância gelatinosa seguido de cirurgia citorredutora. Evidenciado apêndice como tumor primário. Evoluiu bem no pós-operatório. Anatomopatológico correspondente ao pseudomyxoma peritonei com características de lesão do tipo adenoma vilotubular do apêndice com implantação peritoneal de baixo grau. O tratamento quimioterápico intraperitoneal foi indicado.Conclusões: O pseudomixoma peritoneal é raro, no entanto deve ser incluído no diagnostico diferencial de ascite. A cirurgia citorredutora associada a quimioterapia intraperitoneal hipertermica é o procedimento padrão-ouro.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 484

TÍTULO DO TRABALHO: Cirurgia de Sugarbaker por neoplasia ovariana: 9 anos de sobrevida

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANA CELIA DINIZ C. BARBOSA ROMEO1; ANDRE LUIS BARBOSA ROMEO2; LEONARDO AUGUSTO OLIVEIRA2; DANILO BATISTA DE OLIVEIRA ABREU2; ÁVIO MOTA BRASIL NETO2; JOÃO PAULO NUNES BRANDÃO2; DANIELLE FREITAS SERAFIM2; GLÉDSON DE OLIVEIRA MACHADO2. 1. HOSPITAL DO SUBÚRBIO, SALVADOR - BA - BRASIL; 2. HOSPITAL ANA NÉRI, SALVADOR - BA - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Relato de caso de paciente com portadora de adenocarcinoma mucinoso de ovário e trompa submetida a cirurgia de Sugarbaker com sobrevida de 9 anos. Relato de caso: Paciente 40 anos, menarca aos 13 anos, coitarca aos 20 anos, G0P0A0, DUM há aproximadamente 10 dias da admissão, nega alergias, passado cirúrgico ou doenças prévias dignas de nota. Referindo dor em baixo ventre e aumento progressivo do volume abdominal, realizou USG TV que mostrou ovários aumentados de tamanho (51 cm^3 a direita e 453 cm^3 a esquerda) a custa de formação cística bilateral heterogênea. Doppler revelando neovascularização bilateral. Tumoração móvel em FIE ao exame físico. Marcadores Ca125: 12 ng/ml e CEA: 21 ng/ml. Laparotomizada em 09/2005, foi evidenciada carcinomatose peritoneal difusa. Feita anexectomia esquerda e biópsia de congelação que revelaram adenocarcinoma mucinoso de ovário e trompa. Realizada então cirurgia de Sugarbaker (pan-histerectomia, apendicectomia, omentectomia do grande e pequeno epíploons, peritonectomia de abdome inferior e superior, inclusive diafragma, colecistectomia e esplenectomia; evoluiu com distúrbio de coagulação no pós-operatório e derrame pleural esquerdo, manejados clinicamente e por drenagem de tórax. Após alta foi submetida a 06 (seis) ciclos de quimioterapia venosa. Em 2009 cursa com recidiva confirmada por biópsia sendo então implantado Port-A-Cath para quimioterapia intraperitoneal, sendo logo suspensa por queixas álgicas. Evoluiu bem com doença sob controle com novo ciclos quimioterápicos endovenosos, sem queixas, até que em janeiro de 2014 apresentou infecção no trajeto do Port-A-Cath, vindo a falecer por sepse. Conclusão: Os carcinomas mucinosos do ovário são, em seguida aos serosos, os carcinomas epiteliais mais comuns. Habitualmente se apresenta ?em manto?, recobrindo diversos órgãos e estruturas intra-abdominais, dificultando sua remoção completa. A cirurgia de SugarBaker se aplica na remoção destas lesões, na tentativa de se atingir a meta R0, complementando-se com a quimioterapia intraperitoneal hipertérmica, o que não foi realizado pela sua ausência em nosso estado, àquela época. Nossa paciente sobreviveu por nove anos após cirurgia de Sugarbaker, com doença recidivada porém controlada, vindo a falecer por complicações infecciosas do catéter intraperitoneal.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2731

TÍTULO DO TRABALHO: Cirurgia Segura: Colecistectomia por videolaparoscopia em paciente com Miastenia Gravis

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MAXLEY MARTINS ALVES1; LEONARDO EMILIO DA SILVA1; ALEX BESSA2; PHELIPE GONÇALVES MENDES PIMENTEL2; GUILHERME SERONNI2; FELIPE ARAÚJO LACERDA2; ISABELA SUAVINHA JAYME2; LARA SILVA PAIXÃO2. 1. INSTITUTO DE CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO, OBESIDADE E METABÓLICA, GOIANIA - GO - BRASIL; 2. COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES CAPÍTULO GOIÁS, GOIANIA - GO - BRASIL.

RESUMO:
Miastenia Gravis é uma doença crônica autoimune da ação de anticorpos a receptores nicotínicos de acetilcolina na junção neuromuscular, caracterizado por déficit motor e fragilidade da musculatura esquelética. Apresenta prevalência de 1:10.000 casos, com picos de incidência de 20-30 anos nas mulheres e 50-60 anos nos homens. Relatamos caso de uma paciente com MG submetida a CVL sob anestesia geral. Relato do caso: 27 anos, 90 Kg, feminino, arquiteta, portadora de MG há 15 anos, com síndrome de Cushing em uso regular de imunossupressores e imunoglobulina. Antecendente de insuficiência respiratória com traqueostomia prévia e obesidade grau I. Submetida a colecistectomia por videolaparoscopia sob anestesia geral. Venóclise em MSD e monitorizado com ECG, SpO2, PANI, BIS e TOF. Pré oxigenação e indução com propofol alvo controlado (2,5mcg/ml), fentanil (100mcg), remifentanil alvo (0,25mcg/kg/min) e cisatracúrio (3mg) guiado por TOF. Administrado lidocaína (1,5mg/kg) antes da IOT nº 7,0 com cuff. Iniciado com ventilação mecânica controlada e manutenção da anestesia com propofol (2,5mcg/ml) e remifentanil (0,1 a 0,25mcg/kg/min) de acordo com estímulo álgico, acompanhado ao longo de todo ato cirúrgico por BIS e sinais clínicos. Ato cirúrgico sem intercorrências. Reversão do bloqueia neuromuscular (BNM) após TOF 65% com atropina (1,0 mg) e neostigmina (0,5 mg) e extubação após TOF > 90%. Encaminhada para UTI, evoluindo nas primeiras 36 horas sem fraqueza muscular, ou outras queixas. Alta hospitalar ocorreu no 3º dia pós operatório com orientações para controle da MG. Discussão: Na anestesia de pacientes com MG três técnicas devem ser aventadas: anestesia inalatória exclusiva, balanceada com baixa concentrações de anestésicos inalatórios e venosa total com infusão contínua de anestésicos de curta duração. O fato da infusão continua de propofol apresentar fácil titulação e retorno rápido da consciência, contribuiu para não ocorrência de depressão respiratória e NVPO. A recuperação e extubação precoce, baixa sedação residual e diminuição do comprometimento psicomotor justificam a escolha deste fármaco. Devido a variedade de resposta aos BNM, torna-se mandatória a monitorização da transmissão neuromuscular. Portanto, conhecimento prévio da MG e monitorização adequada foi fundamental para evolução satisfatória do caso.Kauling ALC, Almeida MCS, Locks GF. Miastenia Gravis: relato de dois casos e revisão da literature. Rev Bras Anestesiol 2011;61:748-63.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 473

TÍTULO DO TRABALHO: Cisto de mesentério causando obstrução de sigmoide

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: HEITOR FERNANDO XEDIEK CONSANI1; MARILIA COLTURATO CLETO2; YASMINE HENRIQUES DE FIGUEIREDO REBECCHI2. 1. CENTRO CIRURGIA DA HÉRNIA E UNIDADE REGIONAL DE EMERGENCIA - CHS, PIRACICABA - SP - BRASIL; 2. UNIDADE REGIONAL DE EMERGENCIA - CHS, SOROCABA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Os cistos abdominais mesentéricos gigantes são raros, com a frequência de 1/100.000 em adultos e de 1/20.000 a 35.000 em crianças. Por se tratar de uma condição relativamente incomum, as condutas não são protocoladas e dependem das características do caso, onde deve ser levado em consideração a localização do cisto, sua classificação histopatológica e os sintomas. As queixas mais comuns são desconforto abdominal, dores agudas e crônicas, nauseas, vômitos, distensão abdominal e o paciente pode apresentar choque por ruptura ou sangramento do cisto e pela compressão externa. A localização mais comum é no intestino delgado, no íleo e também pode ser encontrado no mesentério, do jejeuno ao reto. A classificação histopatológica pode ser dividida em: cistos de origem linfática; cistos de origem mesotelial; cistos entéricos; cistos de origem urogenital; cistos dermóides e Pseudocistos (formado de lesão infecciosos e traumáticos). Apresentamos um caso de obstrução de sigmoide devido a grande cisto mesentérico Paciente com queixa de dor em flanco esquerdo há 15 dias acompanhado de dificuldade para urinar e evacuar. Refere que a dor é de forte intensidade com irradiação para todo o abdome inferior. Refere que sente dificuldade para urinar desde antes do quadro, porém nesses últimos dias piorou, ficando com a frequência urinaria aumentada e por vezes gotejamento da urina. Teve leve melhora da dor abdominal após passagem de SVD. A tomografia apresenta volumosa imagem cística septada, com conteúdo denso, ocupando a pelve e o flanco E, medindo 24,4 x 11,4 x 22,1 com volume estimado de 3194mL; cisto cortical em rim E; leve dilatação pielocalicial a esquerda, provavelmente por compressão extrínseca. Indicado a resseção cirurgia do cisto , paciente apresenta melhora do quadro com alta no 3 pós operatório. O objetivo do tratamento dos cistos mesentéricos é a remoção total do cisto sendo a conduta cirúrgica a mais utilizada pois pode existir a necessidade de ressecção tegumetar dos intestinos, em alguns casos. Pode ser realizado drenagem, marsupialização ou ressecção. A ressecção ainda é a melhor escolha porque quando é realizada a drenagem simples há chance do cisto reaparecer e a marsupialização não é a escolha frequente pelo alto risco de infecção.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 662

TÍTULO DO TRABALHO: Cisto de mesossalpinge: diagnóstico diferencial com os cistos ovarianos

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ÁVIO MOTA BRASIL NETO; DANIEL CARDOSO CAVALCANTE GUERRA; FILIPE DE SOUZA DAMASCENO; ALAN FONSECA AIRES; DANILO BATISTA DE OLIVEIRA ABREU; GLÉDSON DE OLIVEIRA MACHADO; ANDRE LUIS BARBOSA ROMEO; ANA CELIA DINIZ C. BARBOSA ROMEO. HOSPITAL ANA NERY, SALVADOR - BA - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVO Destacar que o cisto de mesossalpinge é um dos diagnósticos diferenciais do cisto ovariano e evidenciar que a exérese videolaparoscópica deste, com manutenção in situ dos ovários e trompas, é uma opção cirúrgica factível e desejável.MÉTODO Estudo retrospectivo realizado em serviço particular de cirurgia geral e videolaparoscopia, de julho de 2011 a março de 2015. Analisadas pacientes do sexo feminino cuja ultrassonografia transvaginal com Doppler evidenciou formação cística unilateral anecoica (com ou sem septações) e que foram tratadas clinicamente por pelo menos 6 meses, sem regressão da imagem.RESULTADOS O estudo envolveu 151 pacientes do sexo feminino, submetidas a USG TV com Doppler, sendo evidenciada formação cística unilateral de características diversas em 124 (82%) pacientes. Em 27 destas pacientes (18%) foi observada formação cística bilateral de características diversas (excluídas deste estudo). Das 124 pacientes com formação cística unilateral, 37 (29%) mostraram formação cística unilateral anecóica, com ou sem septações, 100% destas tratadas clinicamente por pelo menos 6 meses, sem regressão da imagem. Estas 37 pacientes foram submetidas a videolaparoscopia com suspeita de cisto ovariano persistente. Encontrado no intra-operatório formação cística em mesossalpinge em 12 casos (32%). Todas as pacientes foram submetidas a exérese da formação cística, com manutenção in situ de ovários e trompas. Cisto de mesossalpinge foi confirmado em todos os casos após estudo anátomo-patológico.CONCLUSÃOCistos de mesossalpinge e cistos ovarianos são diagnósticos diferenciais. Exérese videolparoscópica da formação cística em mesossalpinge, com preservação e manutenção in situ das trompas e ovários, é a conduta cirúrgica a ser adotada.

CODIGO DO TRABALHO: 1485

TÍTULO DO TRABALHO: CISTO ESPLÊNICO GIGANTE: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARIA CLARICE A. VASCONCELOS1; RODRIGO SPÍNOLA E SILVA1; HENRIQUE MOURA PARREIRA1; FERNANDO SIMÕES DE SENA1; ANDERSON FREITAS DE SOUZA ASSIS MORAIS1; MARCELO FERNANDES MAIA DE LIMA1; JULIANO NOGUEIRA MORAIS1; GISELLY GOMES CARVALHO2. 1. HOSPITAL MARCIO CUNHA, IPATINGA - MG - BRASIL; 2. HOSPITAL MÁRCIO CUNHA, IPATINGA - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O cisto esplênico é uma patologia rara, primariamente descrita em 1829 por Andral. É mais frequente no sexo feminino, na faixa etária entre 10 e 50 anos de idade, e podem ser classificados em cistos verdadeiros ou pseudocistos na dependência da presença ou não de revestimento epitetial. A principal apresentação cursa de forma assintomática, tornando-se achado acidental durante exame físico ou ultrassonográfico de rotina. Quando há manifestação sintomática, geralmente tratam-se de cistos de maiores proporções, sendo o quadro álgico em quadrante superior direito a principal manifestação clínica. Apesar, outras diversas apresentações podem advir da compressão de órgãos adjacentes, como náuseas, vômitos, dispneia ou lombalgia. Ruptura, infecção ou hemorragia constituem as complicações mais frequentes dos cistos e manifestam-se com a ocorrência de abdome agudo. A propedêutica usualmente consiste da análise ultrassonográfica ou tomográfica.RELATO DE CASO: Trata-se de paciente do sexo feminino, 46 anos, previamente hígida, admitida com dor em hipocôndrio esquerdo há 1 mês associada a náuseas, vômitos e massa abdominal palpável correlata à topografia álgica. USG e TC abdominais demonstraram cisto esplênico volumoso de limites bem definidos, lobulados e sinais de compressão do ureter esquerdo com dilatação pielocalicinal ispilateral.Tradicionalmente, a esplenectomia total consistiria-se procedimento terapêutico de escolha. Com o aprofundamento do entendimento fisiológico esplênico, alternativas cirúrgicas conservadoras, como as esplenectomias parciais e as descapsulações vêm sendo descritas como eficazes e tornando-se mais difundidas, principalmente por videolaparoscopia.Neste caso, procedeu-se à esplenectomia total por via laparotômica, por indisponibilidade instrumental videolaparoscópica à ocasião e pelas dimensões do achado.CONCLUSÃO: Os cistos esplênicos são relativamente raros e frequentemente configuram achados incidentais dentro de um quadro clínico assintomático. Quando maiores que 8 cm ou sintomáticos possuem indicação terapêutica cirúrgica, porém, permanece escassa a produção científica a respeito da exata indicação das diversas modalidades cirúrgicas e acerca das variantes minimamente invasivas. A alternativa mais amplamente empregada é a esplenectomia, porém cresce o emprego da alternativa videolaparoscópica, sob a premissa principal da possibilidade de preservação esplênica, e mais precoce recuperação pós-operatória.

CODIGO DO TRABALHO: 481

TÍTULO DO TRABALHO: Cisto hidatíco do músculo psoas direito causando hidronefrose

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: HEITOR FERNANDO XEDIEK CONSANI1; MARILIA COLTURATO CLETO2; YASMINE HENRIQUES DE FIGUEIREDO REBECCHI2. 1. CENTRO CIRURGIA DA HÉRNIA E UNIDADE REGIONAL DE EMERGENCIA - CHS, SOROCABA38431630817 - SP - BRASIL; 2. UNIDADE REGIONAL DE EMERGENCIA - CHS, SOROCABA - SP - BRASIL.

RESUMO:
A doença hidatídica é endêmica no Oriente médio e na Índia, causada por uma infecção zoonótica por Echinococcus granulosus e raramente por Echinococcus multilocularis. A doença se caracteriza pelo crescimento lento de massas císticas podendo ser intra ou retroperitoniais, que se desenvolvem secundariamente a ruptura espontânea ou iatrogênica do cisto hepático, esplênico ou mesentérico e raro o envolvimento primário do peritônio. O diagnóstico é muito difícil devido à natureza assintomática principalmente quando o cisto hidático está localizado no tecido muscular. O cisto pode ser dilatado e com isso comprimir os órgãos adjacentes como vertebra, rim, ureter levando a hidronefrose que é, em muitos casos, o primeiro e principal sintoma. Apresentamos um caso em paciente do sexo masculino de 35 anos com historia de dor abdominal e lombar ha 30 dias e massa palpável em fossa ilíaca esquerda, feito tomografia computadorizada que evidenciou grande massa cística em musculo psoas com septacoes , hidronefrose com provável compressão extrínseca , exames laboratoriais sem particularidades. Indicado laparotomia exploradora com excisao total do cisto paciente evoluindo bem com alta no 3 pós operatório Como diagnóstico diferencial deve ser considerado os tumores cistos ou complexos retroperitoniais, abcesso frio ou piogênico no musculo psoas. Para diagnóstico podem ser realizados testes sorológicos como imunoeletroforese, ensaio imunoenzimático (ELISA), aglutinação de látex e hemaglutinação indireta (IHA), servindo também para rastreio e seguimento pós-operatório de recorrência. No entanto, estes testes podem ser negativos porque a capsula isola o parasita do sistema imunitário do hospedeiro. No auxílio do diagnóstico a ultra-sonografia, tomografia computadorizada e recentemente, a ressonância magnética podem ser utilizadas. Fazer o diagnóstico é de extrema importância porque é necessário realizar um adequado pré-operatório bem como durante a cirurgia para evitar disseminação.

CODIGO DO TRABALHO: 1588

TÍTULO DO TRABALHO: CISTO MESENTÉRICO: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCELO FERNANDES MAIA DE LIMA1; HENRIQUE MOURA PARREIRA1; FERNANDO SIMÕES DE SENA1; RODRIGO SPÍNOLA E SILVA1; ANDERSON FREITAS DE SOUZA ASSIS MORAIS1; FELIPE MOURA PARREIRA2; MARIA CLARICE A. VASCONCELOS1; ELCIO ANTUNES DOS SANTOS1. 1. HOSPITAL MARCIO CUNHA, IPATINGA - MG - BRASIL; 2. POLICIA MILITAR DE MINAS GERAIS, MANHUAÇU - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Cisto mesentérico é definido como qualquer lesão cística localizada entre os folhetos do mesentério, do duodeno ao reto, sendo mais comumente encontrado ao nível do íleo. O diagnóstico diferencial mais importante é o cisto de ovário, ainda que devam ser investigadas outras lesões abdominais como pseudocisto de pâncreas, tumores retroperitoneais pediculados ou leiomiomas pediculados do útero. A excisão cirúrgica completa deve ser indicada em todos os casos de cisto mesentérico para evitar complicações como malignizacao, obstrução, ruptura ou hemorragia.RELATO DE CASO: Paciente de 36 anos, feminino, refere desconforto abdominal associado a distensão abdominal progressiva. Nega dor abdominal, alterações de apetite ou náuseas. Ao exame físico, possuia abdome semigloboso, com distensão moderada perceptível e palpação indolor difusamente. Foi submetido a análise tomográfica que demonstrou grande volumosa coleção cística simples medindo 31 X 9 X 21 cm, do andar superior abdominal à região pélvica. Culminou-se com a exérese cirúrgica do achado, obtendo alta hospitalar após boa recuperação pós-operatória.CONCLUSÃO: Os cistos mesentéricos não possuem manifestações clínicas específicas, podendo inclusive serem assintomáticos, havendo somente descoberta como achado incidental em estudo complementar de rotina. Apesar disso, possuem chance de malignização, obstrução, ruptura ou hemorragia, estando indicada a exérese cirúrgica quando do diagnóstico, constituindo, portanto, etiologias de interesse clínico-cirúrgico, evidenciando a necessidade de produção científica acerca deste tema, como a presente discussão.

CODIGO DO TRABALHO: 3052

TÍTULO DO TRABALHO: CISTO SEROSO SIMPLES GIGANTE

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GUTEMBERG FAGUNDES LIMA1; THALES STEFFESON SANTOS SANTANA2; FABIO CESAR RODRIGO B.BENTO2; RAFAEL COSTANTINO STORK OTTAVIANO2; GABRIEL PORTO DE BARROS G. RIGO LIMA2; JOSE CIONGOLI2. 1. HOSPITAL STELLA MARIS, GUARULHOS - SP - BRASIL; 2. STELLA MARIS, GUARULHOS - SP - BRASIL.

RESUMO:
CISTO SEROSO SIMPLES GIGANTEINTRODUÇÃODe todos os tumores benignos do ovário, os mais freqüentes são o cisto adenoma seroso são formados por células semelhantes, às células dos seus tecidos de origem, não infiltram os tecidos vizinhos nem se propagam à distância, são repletos de liquido transparente amarelado semelhante ao soro sangüíneo. Podem ser assintomático durante muito tempo, podendo ter como sintomas os mais volumosos dores abdominais, compressão do intestino e bexiga, incontinência urinária e diarréia.OBJETIVORelatar um caso de uma paciente jovem de 21 anos, portadora de tumoração cística gigante em anexo direito com repercussão clinica de mudança dos hábitos intestinais e dor abdominal.Relato do casoG.V. 21 anos, parda G1, P1, C1. Procura ambulatório de cirurgia com queixa de aumento de volume abdominal, dor e mudanças de hábitos intestinais devido cisto abdominal de origem indeterminada há 3 anos em USG gestacional. Ao exame físico: Bom estado geral, corada, hidratada, acianótica, anictérica e afebril. Abd: globoso,RH presentes, levemente doloroso a palpação difusamente de volumosa massa abdominal sem sinais de irritação peritoneal. USG abdome total 2012: vol. Formação cística em abdome superior podendo sugerir pseudo cisto do pâncreas e ou cisto hepático. Doppler colorido obstétrico 2013: Imagem cística anecóica no hipocôndrio D. Provavelmente hepática 18x10cm. Realizado Laparotomia exploradora que evidenciou Cisto abdominal gigante em ovário E. Anatomopatológico: cisto seroso simples medindo 19x6x17cm.MÉTODOAs informações foram obtidas através de consulta ambulatorial, exame físico, exames de imagem, registro fotográfico, anatomopatológico e acompanhamento ambulatorial e revisão da literatura.Bibliografias: SciELO The Scientific Electronic Library Online - SciELO is an electronic library covering a selected collection of Brazilian scientific journals.

CODIGO DO TRABALHO: 1016

TÍTULO DO TRABALHO: Cistoadenofibroma gigante de ovário simulando ascite em paciente idosa: um desafio na prática clínica

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RODRIGO DENADAI PIGOZZI DA SILVA1; KAMILA CHRISTINE DE ARAUJO2; ALEX DENADAI PIGOZZI DA SILVA3. 1. UNIVERSIDADE IGUAÇU, NOVA IGUAÇU - RJ - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE SEVERINO SOMBRA, VASSOURAS - RJ - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE METROPOLITANA DE SANTOS, SANTOS - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOAscite é frequentemente encontrada na prática clínica e, geralmente, pode ser diagnosticada pela história clínica e exame físico. Entretanto, como inúmeras afecções sem acúmulo de líquido peritoneal podem produzir sinais clínicos de ascite, é importante que os médicos avaliem criteriosamente os pacientes antes que procedimentos invasivos desnecessários sejam realizados. O objetivo do estudo é relatar o caso de cistoadenofibroma gigante de ovário simulando ascite em uma paciente idosa, alertando para a necessidade de expandir os diagnósticos diferenciais frente a quadros clínicos semelhantes.RELATO DE CASOPaciente do sexo feminino, 72 anos, apresentado aumento do volume abdominal progressivo nos últimos 5 anos, associada a inapetência e constipação nos últimos meses. Exame físico revelou distensão abdominal indolor com veias colaterais superficiais, timpanismo periumbilical com macicez nos flancos e presença de Piparoti. Com o diagnóstico presuntivo de ascite de origem desconhecida, uma paracentese diagnóstica guiada por ultra-som foi planejada. No entanto, como o ultra-som mostrou uma massa ecogênica sem ascite, o procedimento foi suspenso. Tomografia computadorizada revelou uma tumoração intra-abdominal gigante de origem indeterminada. Laparotomia exploradora evidenciou lesão cística gigante (16.400 Kg e 40×35×17 cm) oriunda do ovário esquerdo, sem comprometimento de demais órgãos. Histopatologia compatível com cistoadenofibroma de ovário. O pós-operatório transcorreu sem intercorrências. Após 7 meses de seguimento, a paciente encontrava-se assintomática.CONCLUSÃO O presente relato enfatiza a importância de se considerar diagnósticos diferenciais comuns e raros em pacientes idosos com sinais sugestivos de ascite de origem desconhecida, para evitar procedimentos invasivos desnecessários e para que o tratamento direcionado possa ser instituído.

CODIGO DO TRABALHO: 2509

TÍTULO DO TRABALHO: CLASSIFICAÇÃO DE COMPLICAÇÕES OPERATÓRIAS(CLAVIEN DINDO, 2004) PARA USO EM CIRURGIAS DE URGÊNCIA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCIO JOSE CARDOSO AMARAL; MAURO HENRIQUE DE SA ADAMI MILMAN; THAIS REALI DE JESUS SIQUEIRA; JOSE ANTONIO SCROCCO DA SILVA; JOSE ROBERTO MELCHIORI BUCCO. HOSPITAL REGIONAL DE COTIA, COTIA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo:validação da classificação de complicações cirúrgicas de Clavien Dindo para sua utilização em procedimentos de urgência. Materiais e Método: estudo prospectivo realizado no período de outubro de 2015 a maio de 2017 em hospital secundário público. Foram incluídos pacientes submetidos a cirurgias de urgência sob anestesia geral ou regional, operados pela equipe de cirurgia geral.Os dados analisados foram idade, gênero,risco anestésico-cirúrgico (ASA), tempo cirúrgico, complicações pós-operatórias, mortalidade etempo de permanência hospitalar (TPH). Os procedimentos cirúrgicos foram categorizados de acordo com a complexidade em A:procedimentosem abertura da cavidade abdominal ou torácica (CAT) , B:Procedimentocom abertura deCAT e C: cirurgia hepática, esôfago, pâncreas, colon, estomago, baço, reto e retroperitônio e as complicações conforme a classificação de Clavien-Dindo (CD), que correlaciona a gravidade da ocorrência com a terapia necessária (grau I a IV) ou óbito (grau V) . Os resultados foram submetidos à análise estatística. Resultados: foram operados 326 pacientes. A média de idade foi de 44 ±21 anos e 43% era do sexo feminino. Todas as cirurgias foram definidas como contaminadas ou infectadas.Os procedimentos foram distribuidos quanto a complexidade A 37% (120/326), B 33% (108/326) e C 30% (98/326). O escore ASA 1 e 2 representou 80% e somente 20% de ASA 3 e 4. A média de tempo de cirurgia foi de 2,2 horas (0,3 -7,5 h) e o tempo médio de internaçao foi de 7,2 dias (variandode 0,8 à 108 dias). Ocorreram complicações em96pacientes (29,4%). Distribuídos na classificação CD, 3,4%(11/326) foram grau I, 10,4%(39/326) grau II, 8,3% (27/326) grau III, 3,7%(12/326) grau IV e 3,4% (11/326) grau V. O TPHfoi progressivo nas graduações CD (p Conclusões: a CDé aplicável em cirurgias de urgência apresentando correlação entre os graus de complicação e o TPH. Bibliografia:1. EelkeB, EelcoJV, MariskaACet al. Variable impact of complications in general surgery: a prospective cohort study. Can J Surg2012 ; 55:163-1702.MoreiraLF, PessôaMCM, MattanaDSet al. Adaptação cultural e teste da escala de complicações cirúrgicas de Clavien-Dindo traduzida para o Português do Brasil. Rev. Col. Bras. Cir. vol.43 no.3 Rio de Janeiro May./June 2016.

CODIGO DO TRABALHO: 1452

TÍTULO DO TRABALHO: Coexistência rara de tumores ovarianos com origens celulares distintas: Relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GABRIEL LUNARDI ARANHA; MATHEUS DE JUNQUEIRA TASCA STARLING ALBUQUERQUE; GABRIEL VICTOR DORNELAS; MATHEUS CASTELO PRUDENTE; FELIPE DE ABREU RODRIGUES; RICARDO CORRÊA FÁVERO JUNIOR; GABRIEL ANTÔNIO DE SOUZA MUNIZ. FCMS/JF, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução : O teratoma ovariano gigante é derivado de todas as três camadas germinativas enquanto o tumor mucinoso boderline deriva de células celômicas epiteliais. O objetivo do trabalho é descrever um caso clinico de uma associação rara entre eles. Relato de Caso: Paciente CMCS, 48 anos, parda, G1 pc1, procurou o Serviço de Oncoginecologia referindo que, há 20 anos, vinha notando aumento progressivo do volume abdominal. A paciente foi submetida à laparotomia, com incisão mediana. Foi encontrado grande tumor, que pesou 25 (vinte e cinco) kg, originário do ovário esquerdo, com cápsula lisa e íntegra, móvel e sem aderência a outros órgãos. O útero e o ovário direito eram macroscopicamente normais. O diagnostico anatomo-patológico foi de teratoma ovariano cístico maduro pesando 25 (vinte e cinco) kg, no qual surge tumor mucinoso boderline com foco único de microinvasão estromal. Após o diagnostico, foi realizada histerectomia total salpingo-ooforecctomia bilateral. Durante o ato cirúrgico foi realizado congelação, cujo laudo evidenciou teratoma maduro.Conclusão: Divulgar ao cirurgião ginecológico o conhecimento de um teratoma ovariano cístico gigante com presença de tumor mucinoso boderline e com foco de microinvasões estromal. Além disso, exaltar a importância da realização de um exame anatomo-patológico cuidadoso, mesmo diante de uma macroscopia de um teratoma maduro.

CODIGO DO TRABALHO: 1448

TÍTULO DO TRABALHO: COMPLICAÇÕES TARDIAS DA APLICAÇÃO DE SILICONE INDUSTRIAL TRATADAS COM MASTECTOMIA TOTAL BILATERAL

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: THAÍS NATÁLIA DE ALMEIDA1; NAJA NABUT1; REINALDO MINORU KUWAHARA2; DAYSE SOUZA DE PAULI2; DÉBORA SANTOS RODRIGUES1; RODRIGO EIK SAHYUN2; KELLYN CRISTINA GARBUIO SILVA2. 1. PUC PR, LONDRINA - PR - BRASIL; 2. HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA, LONDRINA - PR - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoAo longo do tempo várias técnicas foram desenvolvidas para a realização de procedimentos estéticos. Entre elas, a aplicação de silicone, a qual nem sempre é executada com materiais adequados e profissionais capacitados. O procedimento legalizado é oneroso e, por vezes, pacientes optam por procedimentos clandestinos, utilizam-se de silicone líquido industrial. As complicações referentes ao uso de silicone líquido variam de processos inflamatórios e formação de coleções localizadas (siliconomas) à inflamações sistêmicas graves. A dificuldade ou a impossibilidade de remover o material injetado e os tecidos fibróticos e cicatriciais complicam o tratamento. O objetivo do trabalho é relatar complicações decorrentes do uso de silicone industrial.Relato do Caso Paciente I.B., masculino, 48 anos, admitido no Hospital Evangélico de Londrina por úlceras em região peitoral com 2 anos de evolução, já em tratamento antibiótico ambulatorial, sem sucesso. Foi internado para avaliação anatomopatológica e microbiológica e esquema antibiótico endovenoso. O exame físico mostrava diversas áreas boceladas, infiltrativas e endurecidas em regiões malares, pálpebras inferiores, glúteos, faces laterais dos membros inferiores e a principal delas encontrava-se na região peitoral. Estas lesões eram fortemente sugestivas de siliconoma, apesar do paciente negar. A cultura de secreção da ferida torácica identificou Providencia alcalifaciens. Um exame de ressonância magnética sugeriu diagnóstico de calcinose cútis, mas o exame histopatológico confirmou tratar-se de siliconoma. Após ajuste do esquema antimicrobiano e preparo do paciente, foi submetido a ressecção extensa do tecido peitoral comprometido (áreas necróticas e tecido fibrótico adjacente), com exposição do plano muscular. Foram realizados curativos diários sob sedação até estar em condições locais para receber enxerto dérmico. Feito o enxerto com pele doadora das faces ântero-mediais das coxas, o procedimento obteve o resultado esperado.ConclusãoO uso indiscriminado do silicone industrial ainda é bastante usual e acarreta graves danos ao paciente. O seu uso é contra-indicado para procedimentos estéticos e deve ser impedido de ser aplicado por leigos com técnicas, antissepsia e materiais inadequados. O tratamento é arriscado e nem sempre tem um desfecho satisfatório como nesse caso. Nesse sentido, há necessidade de maior vigilância em relação a procedimentos ilegais e às consequências que podem acarretar.

CODIGO DO TRABALHO: 736

TÍTULO DO TRABALHO: Condrossarcoma em Membro Inferior

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MYRA JUREMA DA ROCHA LEÃO1; ALDO VIEIRA BARROS2; MARIA CLARA MOTTA BARBOSA VALENTE3. 1. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ, MACEIO - AL - BRASIL; 2. SCMM, MACEIÓ - AL - BRASIL; 3. UNCISAL, MACEIO - AL - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O condrossarcoma é um tumor maligno produtor de matriz de cartilagem, com elevada agressividade local e com potencial de ocorrência de metástases à distância. É a lesão maligna primária do osso mais frequente depois do osteossarcoma e que acomete ossos de origem endocondral. Em sua maior parte, os casos são indolores, o que leva ao retardo do diagnóstico e tratamento. Além disso, é difícil distinguir o condrossarcoma de baixo grau das lesões benignas por meio de radiografias ou do exame histólogico. Desse modo, a história clínica e o exame físico são primordiais para o diagnóstico precoce.Relato de caso: paciente do sexo M, 38 anos, com história de tumor de crescimento progressivo em região de coxa direita com início há 5 anos, apresentava dor intensa e edema em todo o membro. Exame histopatológico e imunohistoquímico confirmaram condrossarcoma de baixo grau.. Na época, indicada desarticulação coxo-femural houve recusa do paciente, sendo realizada RXT e QT, para as quais não obteve resposta. Indicada novamente a cirurgia, paciente recusou. Ao exame físico: regular estado geral, eupneico, normocorado e hidratado. Presença de tumoração volumosa em terço superior de coxa direita, cerca de 30cm de diâmetro, endurecida, com infiltração de pele, planos profundos da musculatura da coxa e invasão para a cavidade pélvica. Todo membro inferior direito encontrava-se edemaciado e doloroso. Apresentava, ainda, marcha claudicante e escoliose acentuada da coluna lombar. RNM evidenciou comprometimento de todos os grupos musculares e do feixe vásculo-nervoso, ósseo, pequeno componente pélvico do canal femoral. Pela oncologia cirúrgica foi indicada hemipelvectomia posterior, com rotação de retalho miocutâneo e colocação de tela de Marlex. Realizada a cirurgia, paciente recebeu alta no quinto dia pós-operatório.onclusão: A hemipelvectomia inclui a remoção de todo o membro inferior e a hemipelve. Para a escolha dessa técnica deve-se considerar o insucesso do tratamento com QT e RT, além da presença de tumores muito volumosos. Quando realizada em pacientes bem selecionados, demonstra baixa taxa de mortalidade e oferece aceitável taxa de sobrevida. Além disso, por tratar-se de uma cirurgia agressiva e com fortes impactos psicológicos, o seguimento com suporte emocional e acompanhamento de equipe multidisciplinar torna-se imprescindível para a reabilitação do paciente e sucesso terapêutico.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2168

TÍTULO DO TRABALHO: Contribuição do internato para o estresse entre estudantes de medicina

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PHILLIPE GERALDO T. DE ABREU REIS1; ADONIS NASR2; FLAVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASICH3; IWAN AUGUSTO COLLACO2; THAIS TAKAMURA4; CAROLINE LOUISE BALCEWICZ DAL BOSCO5; ANA LUISA BETTEGA4; GEOVANNA LABRES DE SOUZA6. 1. HOSPITAL ERASTO GAERTNER, CURITIBA - PR - BRASIL; 2. HOSPITAL DO TRABALHADOR, CURITIBA - PR - BRASIL; 3. HC-UFPR, CURITIBA - PR - BRASIL; 4. UFPR, CURITIBA - PR - BRASIL; 5. UP, CURITIBA - PR - BRASIL; 6. PUC-PR, CURITIBA - PR - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Os últimos dois anos da graduação de medicina, conhecido como internato, implica em uma rotina estressante. Esse período de aprendizado requer uma grande dedicação, que é o motivo da qualidade de vida desses estudantes acabar comprometida. Nós conduzimos esse estudo para avaliar a percepção da qualidade de vida entre os estudantes de medicina durante seus estágios em especialidades cirúrgicas, em comparação com aqueles em especialidades clínicas.Métodos: Um estudo transversal foi conduzido durante o período de Fevereiro a Abril de 2016. Estudantes de medicina cursando o internato responderam voluntariamente a um questionário online. Foi utilizado o questionário validado pela World Health Organization (WHO) sobre qualidade de vida, que consiste em 26 questões. As duas primeiras tratam de qualidade de vida em geral e as outras 24 cobrem quatro domínios (físico, psicológico, relações interpessoais, ambiente). Os estudantes foram divididos em dois grupos: 1) Especialidades cirurgicas (Cir) e 2) Especialidades não cirurgicas (Cli). A análise dos dados foi realizado com percentuais estatísticos. Variáveis contínuas foram analizadas com o Teste T-Student e variáveis discretas com o teste Qui-quadrado.Resultados: 177 internos responderam o questionário, 117 em especialidades cirúrgicas e 60 em especialidades clínicas. A média de idade foi de 24,5 anos, 47,4% homens e 52,5% mulheres. Quando comparou-se gêneros, os resultados não apresentaram diferenças estatisticamente significativas em todas as especialidades. Entretanto, para as especialidades, a qualidade de vida no domínio de ambiente apresentou uma diferença significativa (pConclusão: Nosso estudo sugere que o gênero não é relevante para avaliar a qualidade de vida entre os internos. Entretanto, o estudo aponta que a qualidade de vida no domínio de ambiente é melhor avaliada pelo grupo de internos no estágio clínico, quando comparado ao cirúrgico.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1249

TÍTULO DO TRABALHO: CORREÇÃO ENDOVASCULAR DE COARCTAÇÃO DA AORTA ASSOCIADA À TÉCNICA DE BENTALL E BONO: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCOS VINÍCIUS MENDES DE OLIVEIRA1; MARIANA DE CASTRO FERREIRA1; PAULA CASTILHO DE SOUZA1; PAULO VICTOR NUNES ROSA1; RACHEL TIAGO LIGÓRIO1; BRUNA SILVA PIMENTA MACEDO1; ANA LUIZA SILVA PIMENTA MACEDO2. 1. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS, BETIM - MG - BRASIL; 2. FACULDADE DA SAÚDE E ECOLOGIA HUMANA, VESPASIANO - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A coarctação da aorta (CoA), estreitamento da aorta descendente proximal à extremidade aórtica do canal arterial, é responsável por 6 a 8% dos nascidos vivos com cardiopatia congênita. Se não tratada, a CoA tem mau prognóstico e pode ser fatal. A cirurgia é a terapêutica de escolha. Quando a CoA está associada à aneurisma da aorta ascendente e estenose aórtica, têm-se como opção terapêutica a técnica de Bentall e de Bono, juntamente com a implantação de endoprótese. Relato de caso: Paciente de 27 anos internada no departamento de cirurgia cardiovascular do Hospital Madre Teresa/BH, com diagnostico há 12 anos de coarctação de aorta, estenose aórtica e aneurisma de aorta ascendente. À ecocardiografia: aumento moderado de VE; HVE concêntrica; válvula aórtica bicúspide, espessada, calcificada, com estenose grave e regurgitação moderada a grave; e aneurisma de aorta ascendente. À angiotomografia: volumosa dilatação aneurismática fusiforme do segmento ascendente da aorta (78mm de diâmetro) e segmento de coarctação aórtica no terço proximal descendente (diâmetro mínimo de 5mm). Sob anestesia geral, foi submetida à correção endovascular de CoA com endoprótese Medtronic, cuja ancoragem proximal se instalou imediatamente distal à origem da artéria carótida comum esquerda, com extensão até o terço médio descendente, seguido de acomodação da endoprótese com balão complacente do tipo Coda. Foi realizada a correção com CEC do aneurisma e insuficiência valvar aórtica pela técnica de Bentall e de Bono com tubo valvado n25 e prótese mecânica. Na UTI, a paciente evoluiu com BRE, BAVT e dissociação AV, sendo realizado implante de marca-passo definitivo. Apresentou febre e sinais laboratoriais de infecção, devido à endocardite bacteriana na valva aórtica. Realizou tratamento com antibióticos, tendo bom prognóstico e alta hospitalar com 52 dias de internação.Conclusão: A correção cirúrgica é o procedimento de escolha para CoA. Diante da terapêutica empregada, as endopróteses aórticas melhoram a história natural da doença e diminuem a morbimortalidade. A associação desse procedimento com a técnica de Bentall e de Bono, em um mesmo tempo cirúrgico, se mostrou eficaz mesmo diante de um quadro infeccioso. Além disso, essa associação diminui o risco de complicações no pós operatório, inerentes a qualquer procedimento cirúrgico de alto risco, por reduzir a exposição do paciente a um maior número de cirurgias.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1060

TÍTULO DO TRABALHO: CORRELAÇÃO DE ACHADOS LABORATORIAIS COM GRAU DE APENDICITE AGUDA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE CURITIBA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: HENRIQUE LEANDRO BRAZ. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO DE CURITIBA, CURITIBA - PR - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Apendicite aguda é a principal causa de abdome agudo cirúrgico apresentado em unidades de emergências médicas no mundo. A demora no diagnóstico dessa patologia é prejudicial ao paciente, aumentando o índice de complicações. A realização de exames laboratoriais pode ser útil para identificar mais precocemente estes achados. Objetivo: O objetivo deste estudo foi avaliar as principais alterações laboratoriais em pacientes com apendicite aguda, sobretudo a leucocitose e desvio nuclear a esquerda, assim como sua relação com a fase evolutiva da enfermidade. Métodos: Estudo quantitativo, observacional transversal com delineamento retrospectivo. A população deste estudo foi composta de pacientes submetidos a cirurgia de apendicectomia no período de maio a agosto de 2016 em um hospital geral de alta complexidade da cidade de Curitiba, sendo estimada uma amostra censitária totalizando 82 pacientes. Resultados: A média de idade foi de 29,5 anos (com variação de 12 a 88 anos), composta discretamente por pacientes com predominância do sexo masculino (n=42; 51,2%). Em relação ao leucograma, 50 (63,4%) pacientes apresentavam valores Conclusão: Houve significância estatística na correlação de grau de evolução da apendicite aguda com o número total de leucócitos, sendo este dado podendo ser utilizado pela prática clinica/cirúrgica como dado complementar para diagnóstico mais preciso das complicações desta patologia.

CODIGO DO TRABALHO: 1964

TÍTULO DO TRABALHO: CURSO DE IMERSÃO EM ANATOMIA CIRÚRGICA (CIAC) PARA INTERNOS E RESIDENTES DE CIRURGIA GERAL ? UMA PROPOSTA DE CONSOLIDAÇÃO DO CONHECIMENTO TEÓRICO NO APERFEIÇOAMENTO DA PRÁTICA CIRÚRGICA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GABRIELA OLIVEIRA BAGANO1; RINALDO ANTUNES BARROS1; BRUNNO BARRETO BARROS2; UBIRATAN LIRA DE SOUZA2; FERNANDO DE ALENCAR CARVALHO2; LEONARDO TSCHELAKOW BARRETO PEREIRA1; LUCAS ETTINGER MENDES1; RODRIGO BRAGA PATO1. 1. ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAUDE PUBLICA (EBMSP), SALVADOR - BA - BRASIL; 2. HOSPITAL GERAL CLERISTON ANDRADE (HGCA), FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O domínio da anatomia é ferramenta imprescindível no desenvolvimento de técnica precisa pelo cirurgião. Todavia, devido à anatomia estar no ciclo básico em Medicina, muitos de seus conhecimentos são esquecidos associado à falta de tempo para revisá-los frente ao grande volume de conteúdos preparatórios das provas de residência. OBJETIVO: Descrever o CIAC como um modelo de consolidação da anatomia para internos e residentes de Cirurgia Geral, como base para entendimento e aperfeiçoamento de procedimentos e técnicas cirúrgicas. RELATO DE CASO: Em agosto de 2016, foi realizado no Hospital Geral Clériston Andrade (HGCA), em Feira de Santana, Bahia, o I CIAC, idealizado pelo Núcleo de Ensino e Pesquisa em Anatomia (NEPA) da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. O evento teve 3 dias de conferências, nos quais foram apresentados aos residentes de Cirurgia Geral do HGCA e internos do sexto ano da Universidade Estadual de Feira de Santana casos clínicos de trauma intermeados por aulas de anatomia e vídeo-aulas de procedimentos cirúrgicos. O primeiro dia foi marcado por uma simulação de atendimento inicial ao politraumatizado conduzido pelo docente especialista em trauma, na qual foram realizados questionamentos aos participantes. As perguntas serviram de fomento ao raciocínio, brainstorms de conhecimentos adquiridos e feedback corretivo ao final do curso. Nos dias subsequentes, ocorreram as conferências que foram divididas em 6 módulos ? Vias Aéreas I e II, Abordagem do Tronco I e II, Circulação/Exposição e Secreções/Excreções ? referentes aos sistemas respiratório, digestório, circulatório, osteomuscular e gêniturinário. Cada módulo fora iniciado com problematização de casos clínicos, seguida de aulas ministradas pelos monitores do NEPA que enfocavam os referenciais anatômicos para a realização de procedimentos de emergência e modalidades cirúrgicas, além de apresentação da técnica procedimental por vídeo-aulas. Ao término do período, ocorriam debates contextualizados ao caso clínico, com discussão dos conteúdos abordados, confrontando a teoria com a realidade da prática cirúrgica. CONCLUSÃO: O CIAC constitui uma metodologia eficaz para estimular que os participantes se debrucem sobre o conhecimento anatômico, sedimentando com propriedade as bases essenciais para o aperfeiçoamento e domínio de uma técnica de excelência. Não obstante, o curso promove uma educação médica continuada como elo de união entre a graduação e a pós-graduação lato sensu.

CODIGO DO TRABALHO: 1150

TÍTULO DO TRABALHO: De acadêmicos a possíveis cirurgiões plásticos: perfil dos candidatos e o futuro de uma especialidade

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MATHEUS SANTOS ALVES FERREIRA; MATHEUS SEWASTJANOW SILVA; ANDY PETROIANU; PRISCILA OLIVEIRA CARDOSO. UFMG, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: As escolhas de carreira são feitas como resultado de ideias preconcebidas e exposição a uma especialidade. Entender as motivações e o perfil dos candidatos mostra-se importante, sendo possível entender melhor o futuro de uma especialidade.Objetivo:Traçar o perfil dos futuros cirurgiões plásticos.Método:Foi aplicado questionário de 23 questões a estudantes de Medicina em Belo Horizonte e que avaliaram o perfil do acadêmico candidato a cirurgião plástico, seu nível de interesse em seguir a especialidade, principais motivadores durante a faculdade e intenção em seguir como docente.Resultados:Foram incluídas no estudo 106 respostas. 88,7% eram de alunos da UFMG, UnifenasBH ou PUC-MG; 72,7% estavam entre o 3º e 5º ano; 93,6% tinham entre 19 e 25 anos; 52,4% do sexo masculino; 95,3% tinham cirurgia plástica como uma opção; 91,4% tendo o interesse inicial na primeira metade do curso. Da amostra, embora fosse vontade de 98,1%, apenas 12,3% tinham a disciplina de cirurgia plástica na faculdade, sendo ofertada em geral no último ano. O interesse pela área estética foi de 85,9% e de 89,6% pela reconstrutora. Destaca-se como motivo do interesse pela cirurgia plástica, na visão dos entrevistados, a aptidão cirúrgica(71,7%). 79,2% pretendem especializar-se em Minas Gerais, trabalhar no setor privado apenas(14,2%) ou no público e privado(83%), 50% atuar na área acadêmica e em grandes centros (81,1%).Conclusões:Ainda que a maioria dos alunos não tenha uma disciplina de cirurgia plástica na faculdade, é notório o interesse nessa especialidade. As principais razões para esse interesse foram a aptidão cirúrgica, além do retorno financeiro. Observou-se também que a maioria pretende especializar-se e atuar nos grandes centros urbanos de Minas Gerais, continuando, portanto, sua formação onde já reside, e têm a intenção de trabalhar tanto no setor público quanto no privado. Visto que a Cirurgia Plástica está em constante, não foi surpresa observar que metade dos entrevistados almeja envolver-se com a área acadêmica, visando além de ensinar, também desenvolver novas técnicas e ferramentas. Visto que essa pesquisa foi limitada a Belo Horizonte, uma pesquisa de caráter nacional seria interessante para melhor descrever o perfil dos futuros cirurgiões plásticos brasileiros.
Bibliografia:Ibrahim A, Asuku ME. Reaching Our Successors: Millennial Generation Medical Students and Plastic Surgery as a Career Choice. Niger J Surg. 2016;22(1):12-6.

CODIGO DO TRABALHO: 2666

TÍTULO DO TRABALHO: DECISÕES TERAPÊUTICAS NO SARCOMA DE EWING: REVISÃO DE LITERATURA.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DEBORAH MACÊDO RIGONI PRANDINI; YASMIN BIONE DINIZ; MAFIRA PEREIRA SAFT; BRUNA MARTINS NEIVA BRINGEL; PATRÍCIA ALVES MANGUEIRA; CAMILA MONTEIRO DA ROCHA. INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS, ARAGUAÍNA - TO - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVO: O objetivo desta revisão é descrever a terapêutica para o Sarcoma de Ewing, realizando uma abordagem atual e integrada dos dados disponíveis na literatura.MÉTODO: Estudo descritivo e bibliográfico com coleta de dados baseada em artigos científicos indexados nas fontes de pesquisa online: Pubmed, LILACS e Scielo. Palavras chaves utilizadas na busca: ?Sarcoma?. ?Ewing?. ?Tratamento?.RESULTADOS: O sarcoma de Ewing (SE) é uma neoplasia óssea de comportamento biológico bastante agressivo, que acomete principalmente indivíduos abaixo dos 30 anos e apresenta predomínio em pacientes do sexo masculino. Ocorre mais frequentemente nos ossos longos, podendo estar presente na pelve, coluna e costelas. Admite-se que seja causado por uma anormalidade cromossômica, mais comumente entre os cromossomas 11 e 22. O tratamento do SE baseia-se numa abordagem multidisciplinar, acoplando quimioterapias intensivas neoadjuvantes e adjuvantes com cirurgia e/ ou radioterapia para o controle do sítio primário e possível doença metastática. Vários fatores influenciam a escolha do tratamento local (por exemplo, idade do paciente, local, tamanho e extensão local do tumor). A radiossensibilidade do SE é considerável, no entanto a radioterapia como única modalidade tem uma alta incidência de recorrência local. A cirurgia foi gradualmente introduzida como tratamento local. O desenvolvimento de técnicas cirúrgicas de substituição óssea, incluindo endopróteses, aloenxertos e auto-enxertos vascularizados tem ajudado. No entanto, efeitos tardios também são observados com a cirurgia (por exemplo, infecção endoprótica, dificuldades de cicatrização óssea, fraturas). Atualmente, a ressecção do tumor é realizada sempre que uma ressecção marginal ou ampla parece possível, pois a ressecção cirúrgica parece ser superior à radioterapia definitiva para controle local. Amputações raramente são indicadas em pacientes para os quais a radioterapia provavelmente resultaria em fracos resultados funcionais devido ao local ou idade do tumor. Hoje, a radioterapia definitiva só é recomendada para lesões inoperáveis. A radioterapia pós-operatória é universalmente recomendada em casos de ressecção cirúrgica incompleta.CONCLUSÕES: Portanto, dado que o tratamento é adaptado ao paciente e às características do tumor (idade, local, tamanho, extensão, estruturas radiossensíveis circundantes), a individualidade é inevitável na tomada de decisão do possível tratamento.

CODIGO DO TRABALHO: 1742

TÍTULO DO TRABALHO: Dermatofibrossarcoma protuberans: quando a clínica é soberana ao anatomopatológico

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARIA FERNANDA RIBEIRO CURY1; THALITA LIMA FERREIRA1; JORGE ALBERTO THOMÉ2; HUGO ISHIZAWA2; FÁBIO MARCONDES PALMA2. 1. FACERES, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL; 2. MÉDICO PATOLOGISTA, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOO dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP) é uma neoplasia dermatológica maligna rara, de crescimento lento e agressivo, alta taxa de recorrência, mas baixo potencial metastático, com incidência de 0,8 a 4,5 casos por milhão de indivíduos/ano. Representa 1% de todos os tumores de pele. Inicialmente, apresenta-se como lesões nodulares indolentes, aderidas à pele, de coloração violácea ou levemente hipercrômica, confundidas com dermatofibroma e queloides. A apresentação inicial desse tumor, muitas vezes inespecíficas, é um dos principais motivos de atraso no diagnóstico. O tratamento consiste em cirurgia convencional com amplas margens cirúrgicas ou cirurgia micrográfica de Mohs. RELATO DE CASOPaciente do sexo feminino, 45 anos, apresentou, há 20 anos, nódulo único em região de fossa ilíaca esquerda (FIE), sem antecedentes de trauma local e sem sinais flogísticos. Realizou exérese da lesão com anatomopatológico revelando leiomioma cutâneo solitário. Há 1 ano, apresentou nova lesão nodular castanho-violácea na mesma região. A TC de abdome não evidenciou alterações. Retirou-se cirurgicamente a lesão e o laudo histopatológico foi de dermatofibroma, evoluindo com recidiva local após 5 meses, com nódulos eritematoacastanhados, bem delimitados, formando conglomerados, sem aderência a planos profundos, na região da cicatriz prévia. Não apresentava linfonodomegalia palpável. O ultrassom evidenciou granulomas secundários à processo cicatricial pregresso no subcutâneo da FIE. A revisão das lâminas confirmou dermatofibroma ou lesão cicatricial. Apesar deste diagnóstico, realizou-se biopsia excisional da lesão com margens de 0,5 cm pela extensão das lesões e ausência de respaldo histopatológico. O anatomopatológico e imuno-histoquímica (CD34) confirmaram o diagnóstico de DFSP. Paciente encaminhada para oncologista.CONCLUSÃO A ressecção cirúrgica é o principal tratamento para os pacientes com DFSP, com taxas de recorrência de 60% após cirurgia convencional, diminuindo para 20% com margens superiores a 4 cm. A cirurgia micrográfica de Mohs proporciona taxas de curas maiores (1,6% de recidivas). A maioria das recorrências (50-75%) ocorrem 3 anos após a excisão. Recorrências tardias após 10 anos são raras. Utiliza-se radioterapia adjuvante e quimioterapia nos casos de ressecção cirúrgica com margens positivas e doença metastática. Metástases são raras, ocorrendo em cerca de 1% para linfonodos e 4% para órgãos distantes, sendo o pulmão o principal órgão acometido.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 766

TÍTULO DO TRABALHO: DESARTICULAÇÃO INTERESCAPULOTORÁCICA (CIRURGIA DE BERGER) PARA TRATAMENTO DE TUMORAÇÃO EXPANSIVA EM REGIÃO DELTÓIDEA: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CARLOS ROBERTO CARVALHO LEITE; JÉSSICA MONTENEGRO PONTES; ERNESTO DE SOUZA DINIZ NETO; JOSANN FREDERICO RIBEIRO; GABRIELLA SANCHO LEITE; ARTHUR GONÇALVES DE LIMA FRANÇA; KAROLINE RODRIGUES COSTA ARAÚJO. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A abordagem multidisciplinar dos tumores de partes moles tem propiciado crescente redução da necessidade de grandes amputações em seu manejo cirúrgico, no entanto, a amputação ou desarticulação interescapulotorácica, também conhecida como Cirurgia de Berger, se mantém como alternativa terapêutica aos procedimentos conservadores naqueles tumores localmente avançados envolvendo a axila e o ombro. A desarticulação interescapulotorácica compreende a ressecção de todo o membro superior e a cintura escapular, incluindo a escápula e uma porção da clavícula. As maiores indicações para este procedimento ablativo são grandes tumores intimamente ligados aos nervos principais ou ao suprimento vascular do membro superior. Relato de Caso: F.S.S., 65 anos, deu entrada no serviço de Cirurgia Abdominal do Hospital de Câncer Napoleão Laureano, em João Pessoa-PB, com queixa de volumosa tumoração em ombro direito há 6 meses, de crescimento rápido e indolor, sem ulcerações ou alteração da pele. Ressonância magnética do ombro identificou volumosa formação expansiva de partes moles com extensão para os ventres musculares do manguito rotador e deltoide, de provável natureza blastomatosa sarcomatosa. Realizada a Desarticulação interescapulotorácica direita com reconstrução com retalho miocutâneo e auto enxertia de pele total. Laudo histopatológico evidenciou tumoração parda com áreas brancacentas, parcialmente cística medindo 32 x 30 cm, distando 0,5 cm da margem cirúrgica mais próxima, com diagnóstico de carcinoma pouco diferenciado com focos necróticos, sem invasão angiolinfática ou perineural e sem comprometimento neoplásico em tecido ósseo; e linfonodos livres de neoplasia. Margens cirúrgicas sem evidências de comprometimento neoplásico. À imuno-histoquímica revelou positividade para o antígeno p63 (4A4) e negatividade para os antígenos Ck5/6 (D5/16B4) e CEA (TF3H8-1), concluindo que os aspectos morfológicos, associados aos achados imuno-histoquímicos, são consistentes com carcinoma espinocelular diferenciado. Conclusão: Tecnicamente, a amputação do ombro pode ser realizada por via anterior (Berger), posterior (Littlewood) ou por uma combinação delas. Em nosso Serviço, a abordagem anterior tem sido preferida, por ser aquela com a qual os autores estão mais familiarizados e por proporcionar, pelo menos empiricamente, uma desejável sensação de segurança pela abordagem precoce do plexo vascular.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 3013

TÍTULO DO TRABALHO: Desfechos clínicos da instalação da terapia por pressão negativa como fechamento temporário abdominal em abdome aberto: revisão da literatura

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MAURICE YOUSSEF FRANCISS1; CAROL VIVIANA SERNA GONZÁLEZ1; MILY CONSTANZA MORENO RAMOS2; CILENE REBOUÇAS3; LEANDRO CARDOSO BARCHI1; FERNANDO FURLAN NUNES1; BRUNO ZILBERSTEIN1. 1. GASTROMED, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. EEUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 3. ICB USP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Revisar sistematicamente a evidência dos desfechos clínicos da instalação do sistema por pressão negativa (TPN) em pacientes com abdome aberto, em comparação a outras técnicas de fechamento temporário. Métodos: Seguindo o modelo PICO (1) foi feita uma revisão online da literatura, nas bases de dados do EBSCO host (medline/pubmed) desde o ano 2001 até o 2016; não foram utilizadas restrições de língua, nem de disponibilidade de texto completo. Foram encontrados 68 trabalhos dos quais analisaram-se 7 por terem nível de evidência 1 ou 2 segundo a escala de oxford. Utilizaram-se para a análise crítica os instrumentos PRISMA (revisões sistemáticas) e o JADAD (ensaios clínicos randomizados). Resultados: A avaliação PRIMA foi em média 19/27 e na JADAD 2,6/5 pontos. Os estudos abordaram pacientes com etiologias traumáticas (14,3%), não traumáticas (14,3%) e mista (71%). As principais técnicas de fechamento temporário relatadas foram TPN (VAC abdominal e Barker), Wittmann, Bolsa de Bogotá e Malha absorvível. Na taxa de fechamento da fáscia abdominal não houve diferença significativa entre as técnicas, porém a combinação entre a TPN e alguma técnica de fechamento dinâmico da fáscia mostrou melhores resultados. A taxa de mortalidade diminui quando utilizada a TPN com resultados divergentes num dos estudos, finalmente o aparecimento de fístulas foi divergente entre os estudos e não se associou a nenhuma técnica específica, mas sim à condição clínica do paciente e a alguns fatores de risco específicos. Conclusões: A TPN é uma técnica de fechamento abdominal promissora para o abdome aberto que diminui a taxa mortalidade e provavelmente aumenta a taxa de fechamento fascial.Bibliografia The Joanna Briggs Institute. (2014) - Joanna Briggs Institute Reviewers? Manual: 2014 edition. Australia.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1555

TÍTULO DO TRABALHO: DIAGNOSTICO EM CASO DE TRAUMA DE QUIRODÁCTILO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BEATRIZ HELENA MARTINS GONCALVES1; ANA LUIZA SANT ANA DE CARVALHO2; MARCELO CANÇADO FROIS1; TADEU SARTINI FERREIRA1. 1. HOSPITAL ALBERTO CAVALCANTI, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. HOSPITAL ALBERTO CAVALCANTI, BELO HORIZONTE - PA - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O diagnóstico diferencial de casos com evoluções atípicas segue como obstáculo na prática médica diária. Casos simples podem apresentar evoluções atípicas, que levam a considerar diagnósticos diferenciais mais raros. A importância de se pesquisar e ampliar possibilidades que expliquem o quadro enfrentado é imprescindível, pois casos assim aparecerão com o tempo. O objetivo é, portanto, demonstrar um caso com evolução totalmente inesperada o qual requereu reunião de conhecimentos de diversas equipes para obter o resultado adequado. Resultado: Paciente de 34 anos, com história de trauma - queda de garrafa de refrigerante 3L sobre II dedo da mão D há 02 semanas prévias a admissão. Compareceu à UBS sendo prescrito sintomáticos e cefalexina. Apresentou piora comparecendo a UE/HAC em 22/12/2016 sendo drenado abscesso, retirado unha e iniciado Amoxicilina + Clavulanato. Retornou em 28/12/2016 após iniciar com hiperemia ao longo do dedo e indicado internação hospitalar para Ceftriaxona. Paciente sem queixas sistêmicas, queixava ainda nodulações compatíveis com linfangectasia ao longo de antebraço D. Evoluiu com aumento das mesmas e progressão para o braço; concluída hipótese de linfangite, a princípio estreptocócica. Submetida a coleta de material: 1) Punção de vaso linfático em antebraço; 2) Fragmento de tecido de granulação em ferida e iniciado Piperaciclina e Tazobactam. Em 09/01/2017, culturas para aeróbios negativas, optado por recoleta: puncionado material purulento em antebraço, e fragmento de vaso linfático; enviados para cultura e também para exame anatomo-patológico; iniciado Meropenem e Vancomicina. Melhora insatisfatória após 03 dias e culturas para aeróbios novamente negativas. Rediscutido aventado hipótese de Esporotricose, forma osteo-articular por ferimento ser profundo; iniciado Anfotericina B. Em 19/01/2017 foi confirmado esporotricose em cultura para fungos. Sorologias negativas para hepatites e HIV. Ferimento necessitou apenas de curativo e pequenos debridamentos.Conclusão: O diagnóstico de esporotricose retratado acima foi um diagnóstico somente feito após excluir causas mais típicas. Uma paciente imunocompetente que evolui com uma linfangite exuberante após um trauma simples teve seguimento conforme o mais provável ? infecção local com bactérias comunitárias. Como o quadro de infecção fungíca requer tratamento com drogas com efeitos colaterais e possibilidades fatais, foi optado por fazê-lo somente após exclusão de outras causas.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2297

TÍTULO DO TRABALHO: DIAGNÓSTICO INCIDENTAL DE SÍNDROME HETEROTÁXICA POLIESPLÊNICA: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DANIEL DE MORAIS TAVARES1; FERNANDO BARATELLA DE ASSIS2; ROBERTO LATTUF ZANAGA2; THEAGO ARRUDA ESPÍRITO SANTO2; BRUNO DE OLIVEIRA ARAUJO SOUSA2; MARILIA IAIA NAHAS JUNQUEIRA2; LUCIANO CRUANES GULLO2; LUANA ARRUDA2. 1. PUC-SP, SOROCABA - SP - BRASIL; 2. COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI, CAMPINAS - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Síndrome heterotáxica ou situs ambíguo é definida como uma patologia na qual há um arranjo anormal de órgãos torácicos e/ou abdominais em relação ao eixo direita ? esquerda do paciente. Seu diagnóstico normalmente é incidental, quando se realiza exame de imagem como tomografia computa- dorizada ou ressonância magnética, ou mesmo durante algum procedimento cirúrgico.RELATO DE CASO: S.R.C., sexo feminino, 58 anos, procedente da cidade de Campinas-SP, em acompanhamento ambulatorial no serviço de Cirurgia Geral do Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi por colelitíase sintomática, diagnosticada em Ultrassonografia de Abdome Total realizada em 02/06/16, no qual demonstrava uma vesícula biliar contendo múltiplos cálculos no seu interior, não descrevendo outras alterações abdominais. Indicado e realização de colecistectomia convencional por incisão de Kocher. No intra?operatório foi visualizada a grande curvatura de estômago do lado direito, não foi visualizada a vesícula biliar em local anatômico padrão. Ampliada a incisão medialmente e, com bastante dificuldade, localizou-se lobo hepático com fundo de vesícula biliar próximo a linha média da paciente. Devido às anomalias anatômicas evidenciadas, houve grande dificuldade técnica na realização da colecistectomia. Paciente evoluiu bem com tempo de internação de 3 dias. No retorno ambulatorial no 7 dia de pós?operatório, queixando-se de intensa dor abdominal em região de hipocôndrio direito, referindo um episódio febril não aferido em domicílio. Sem sinais de peritonite. Solicitado uma Tomografia Computadorizada de Abdome Total com contraste endovenoso, que confirmou a síndome heterotáxica poliesplênica. Apresentou ainda coleção sub-hepática sugestivo de bilioma. No 9 dia de pós-operatório, optado por realizar laparotomia exploradora por incisão prévia. Realizado aspiração de 500 ml de secreção biliar e evidenciado lesão puntiforme de via biliar. Optado por tratamento conservador com resolução total do quadro.CONCLUSÃO: Pacientes com síndrome heterotáxica poliesplênica apresentam um espectro variado de anomalias anatômicas torácicas e/ou abdominais. Embora a síndrome heterotáxica seja uma patologia rara no meio médico, é de extrema importância o seu devido reconhecimento pelo cirurgião, para uma programação cirurgica adequada quando necessário, evitando assim lesões inadvertidas.

CODIGO DO TRABALHO: 1369

TÍTULO DO TRABALHO: DIEULAFOY COMO CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA: RELATO DE CASO.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: HENRIQUE VALERIO DE MESQUITA; HERMANO AUGUSTO DE MEDEIROS JÚNIOR; LEANDRO DE SOUZA LEHFELD; TATIANA PASCHOALATO; GUSTAVO DA SILVEIRA TRINDADE; MURILO RODRIGUES DO CARMO; MURILO BARCELOS DE SOUZA; CIRO EDUARDO FALCONE; BRUNO FERNANDO BINOTTO. HOSPITAL RENASCENÇA CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO:A doença de Dieulafoy é uma causa incomum de hemorragia digestiva, mas pode se associar a hemorragias maciças e de repetição. Acomete principalmente o estômago, porém há descrições em esôfago, jejuno, cólon e reto. Consiste numa protrusão de uma arteríola da submucosa através de um pequeno defeito na camada mucosa. A etiologia dessa lesão ainda é desconhecida, podendo ser causada por uma má formação vascular congênita ou adquirida. Este relato tem como objetivo apresentar caso de paciente com hemorragia digestiva por doença de Dieulafoy.RELATO DE CASO:Paciente masculino, 55 anos, negro, foi admitido na unidade de terapia intensiva, com história de hematêmese, apresentava-se descorado, taquicárdico e hipotenso. Exame complementar confirmou quadro de anemia, necessitando transfusão sanguínea.Foi submetido à endoscopia digestiva alta (EDA), que evidenciou ectasia vascular compatível com doença de Dieulafoy no jejuno proximal com sangramento ativo. A lesão foi submetida ao tratamento por clipagem. Novo exame endoscópico após 48 horas, evidenciou presença de lesão vascular jejunal clipada, sem sinais de sangramento ativo.O paciente recebeu alta após boa evolução clínica. Encontra-se em segmento ambulatorial em uso de inibidor de bomba de próton, estável clinicamente, sem novos episódios de sangramento e sem recidiva da anemia.A lesão de Dieulafoy consiste de uma arteríola de calibre persistente que faz protrusão num pequeno defeito de mucosa, usualmente 6 cm da junção esofagogástrica na pequena curvatura do estômago Em aproximadamente 4-9% dos casos de hemorragia digestiva alta maciça, uma causa não pode ser detectada. A lesão de Dieulafoy é uma causa de hemorragia digestiva em 1-2% desses casos. Essa lesão é mais comum em homens, numa média de idade de 54 anos e não se correlaciona ao uso de álcool ou drogas anti-inflamatórias. CONCLUSÃO:As ectasias vasculares, como a doença de Dieulafoy, devem ser lembradas no diagnóstico de hemorragias digestivas, especialmente em casos de hemorragias digestivas obscuras e maciças.

CODIGO DO TRABALHO: 2270

TÍTULO DO TRABALHO: Dificuldades e repercussões da implantação do checklist cirúrgico em hospitais brasileiros: A visão das equipes cirúrgicas

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FELIPE ARAÚJO LACERDA; MATHEUS KARIA ARAÚJO; TRISTÃO MAURÍCIO DE AQUINO FILHO; LUCAS CRISTOVAM PINA; BÁRBARA ALVES CAMPOS FERREIRA. PUC-GOIÁS, GOIANIA - GO - BRASIL.

RESUMO:
Objetivos: O estudo objetiva avaliar as dificuldades, metodologias e efeitos da implementação do checklist cirúrgico (CC) em centros hospitalares brasileiros. Metodologia: Os artigos foram pesquisados nas bases de dados Google Acadêmico e PubMed. Usando as palavras chave ?checklist?, ?cirúrgico? e ?implementação?, foram encontrados 1080 artigos, sendo que 1073 foram excluídos, por apresentarem divergências com os objetivos deste trabalho, tanto de tema quanto de data de publicação. Foram selecionados artigos em inglês e português. Resultados: Estudos realizados em vários centros do estado de São Paulo demonstraram que 80% dos membros da equipe cirúrgica referem que o CC oferece aumento da segurança para o paciente e para a equipe cirúrgica. Faz-se necessário o empenho de toda a equipe na elaboração e implantação de um programa de cirurgia segura para que a adesão a ele seja satisfatória. Funcionários do centro cirúrgico consideram como favoráveis para aplicação do Timeout a colaboração de toda a equipe e o conhecimento/treinamento dela acerca do CC, e desfavoráveis, a não colaboração da equipe e um timeout longo/repetitivo. Uma revisão de literatura mostra que o uso do CC trás um incremento de 44% na comunicação entre profissionais do bloco cirúrgico. Outro, trás a baixa credibilidade do CC diante dos médicos que frequentemente o ridicularizam. Os autores relatam, ainda, que há uma percepção negativa dos profissionais de centro cirúrgico acerca do CC, que acreditam que esse diverge a atenção do foco principal: o paciente. Foi apresentada uma proposta para aumento da credibilidade do CC: apresentação de resultados e uso deles para a motivação da equipe. Já um estudo realizado em Natal (RN) evidenciou que cirurgias mais longas determinam maior número de passos críticos, o que poderia justificar maior preocupação da equipe em aderir ao CC. Em um hospital universitário de Londrina (PR), verificou-se que os itens menos preenchidos foram: identificação do paciente/cirurgia, pré-operatório e saída do paciente. Estudos evidenciam que provocar percepções individuais entre os membros da equipe cirúrgica sobre a importância de cada item do CC influencia diretamente na sua implementação. Conclusão: Entende-se por esse trabalho que o CC implica na maior segurança para o paciente e melhor desempenho da equipe cirúrgica. Uma vez detectadas as maiores dificuldades de adesão a ele, podemos buscar alternativas que facilitem sua aceitação e adesão nos hospitais brasileiros.

CODIGO DO TRABALHO: 843

TÍTULO DO TRABALHO: DISGERMINOMA OVARIANO: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CARLOS ROBERTO CARVALHO LEITE; JÉSSICA MONTENEGRO PONTES; ERNESTO DE SOUZA DINIZ NETO; JOSANN FREDERICO RIBEIRO; GABRIELLA SANCHO LEITE; ARTHUR GONÇALVES DE LIMA FRANÇA; KAROLINE RODRIGUES COSTA ARAÚJO. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O disgerminoma é um tumor originário da célula primordial germinativa do ovário, muito raro e, frequentemente maligno, responsável por cerca de 1% de todos tumores germinativos. Disgerminoma exibe correlação clássica com o seminoma do testículo, apresentando estrutura histológica idêntica a este. Geralmente são considerados de baixo poder maligno, mas podem disseminarem-se, caso ocorra invasão por metástases, em cápsula, envolvimento de nódulos linfáticos ou células sanguíneas. Relato de caso: E.F.T, 35 anos, feminina, G3P1A2, procurou o serviço de Cirurgia Abdominal do Hospital de Câncer Napoleão Laureano, em João Pessoa-PB, com queixa de massa em região pélvica há 3 meses, associada a dor abdominal, náuseas e incontinência urinária. Nega perda de peso. Realizou tomografia computadorizada de abdome que evidenciou processo expansivo com densidade de partes moles, localizado em região pélvica mediana, retroperitoneal, medindo 16,2 x 11,5 cm. Ao exame: abdome flácido, indolor, presença de massa palpável infraumbilical de aproximadamente 10cm de diâmetro, endurecida, móvel, dolorosa a palpação. Paciente foi submetida a laparotomia exploradora que evidenciou volumoso tumor de ovário esquerdo, com extravasamento grosseiro da cápsula, medindo aproximadamente 16cm de diâmetro, com aspecto de tumor maligno, além de pequena ascite (aproximadamente 500ml). Realizado Histerectomia com anexectomia bilateral, linfadenectomia pélvica e retroperitoneal e apendicectomia. Laudo Histopatológico de ovário esquerdo evidenciou disgerminoma, com invasão angiolinfática e sem extensão neoplásica à superfície serosa. Demais peças cirúrgicas sem sinais de malignidade e linfonodos sem evidência de comprometimento neoplásico. Conclusão: Os tumores ovarianos não-epiteliais, com origem em células germinativas, são raros, quando comparados aos tumores epiteliais, sendo responsáveis por 10% dos casos de câncer ovariano. Por ser um tumor incomum, o diagnóstico de disgerminoma é suspeitado no momento em que o cirurgião o aborda, pela primeira vez e, não o bastante, seu prognóstico requer o conhecimento do não acometimento por metástases o que, certamente, melhoram as chances de uma sobrevida maior e melhor.

CODIGO DO TRABALHO: 1233

TÍTULO DO TRABALHO: Educação em Cirurgia: Suplementação Curricular por meio de um Curso de Condutas Básicas para Acadêmicos.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: EDUARDO CÉSAR DINIZ MACÊDO; KLEISON DOUGLAS GOMES PIMENTEL; THOMAS JEFFERSON CARDOSO DO NASCIMENTO; EUGÊNIO ALVES ROLIM; MATEUS PITOMBEIRA ARAÚJO; GERLANO BRAGA LIMA; ANTÔNIO IVAN ARAÚJO MONTEIRO JÚNIOR; GUSTAVO REGO COELHO. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O ensino em graduações médicas possui diretrizes que abrangem todas as especialidades. Entretanto, visando a formação de médicos generalistas, por vezes, o aprendizado de assuntos cirúrgicos fica em segundo plano. Isto posto, é comum vermos a realização de um curso de condutas em cirurgia como suplementação para alunos de graduação. O curso em questão, fornece 40 horas de aulas práticas e teóricas para alunos da Universidade Federal do Ceará (UFC).Metodologia: A avaliação do curso foi feita por meio de testes objetivos de duas questões cada um, aplicadas separadamente antes e após cada aula, como uma análise imediata de aprendizado, totalizando, ao fim do evento, 22 questões. Ademais, foi feita análise retrospectiva subjetiva pelos facilitadores das atividades do curso, acerca do aprendizado dos alunos ao longo das diferentes edições já realizadas.Objetivo: Avaliar o impacto positivo aplicado pelo curso sobre o aprendizado de cirurgia para alunos de um curso de medicina.Resultados: Analisando-se os dados obtidos nos pré-testes os alunos obtiveram média de acertos de questões de 9,5 questões, sendo o menor número de acertos de 5 e, o maior, 14. Ainda entre pré-testes, o conjunto de acertos apresentou caráter trimodal, sendo 10, 7 e 12 as modas, aparecendo seis vezes cada. Nos testes aplicados após o curso os alunos obtiveram média de acertos de 14,7 questões, sendo o menor número de 8 e o maior de 22 questões. Além disso, o conjunto dos pós-testes apresentou caráter bimodal, sendo 14 e 15 as modas. Observando-se o viés subjetivo, durante a interação entre os facilitadores das práticas e os alunos constatamos, positivamente, a integração teórico-prática, à medida em que o curto período entre as aulas teóricas e suas respectivas práticas permitiram maior consolidação dos conhecimentos introjetados. O uso de modelos de ensino hands-on produziu maior motivação para esses alunos ingressantes da graduação do que o formato tradicional, que visa apenas o teórico.Conclusão: Com base nos resultados dos pós-testes em relação aos pré-testes, bem como a avaliação subjetiva dos realizadores, constatou-se que o curso de condutas básicas em cirurgia foi bastante eficaz para o aprendizado dos alunos, tanto pelo aumento de acertos nos testes, demonstrando internalização dos conhecimentos, como pela capacidade de realizar procedimentos cirúrgicos básicos em modelos práticos, sugerindo consolidação dos alicerces da formação cirúrgica básica.

CODIGO DO TRABALHO: 400

TÍTULO DO TRABALHO: EFEITO DA ESPLENECTOMIA NA LIBIDO, ATIVIDADE SEXUAL, FERTILIDADE E REPRODUÇÃO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANDY PETROIANU1; DALTON MUNIZ SANTOS2; KELLY RENATA SABINO3; LEONARDO DE SOUZA VASCONCELLOS4; MATHEUS SEWASTJANOW SILVA4. 1. UFMG E SANTA CASA DE BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. FAB, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; 3. SANTA CASA DE BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 4. UFMG, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
EFEITO DA ESPLENECTOMIA NA LIBIDO, ATIVIDADE SEXUAL, FERTILIDADE E REPRODUÇÃOAndy Petroianu, Dalton Muniz Santos, Kelly Renata Sabino, Leonardo de Souza VasconcellosDepartamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da UFMG, Belo Horizonte, MG, BrasilOBJETIVO: O baço é o principal órgão do sistema mononuclear fagocitário e, apesar de exercer múltiplas funções hematológicas, imunitárias, metabólicas, desconhece-se seu papel na atividade sexual e reprodutiva. O objetivo deste trabalho foi investigar se a asplenia interfere na libido, sexualidade, gravidez e fertilidade em ambos os sexos.MÉTODO: Este trabalho translacional foi realizado em duas etapas, a primeira experimental e a segunda clínica.Estudo experimental: Foram utilizados 25 casais de camundongos, alocados em gaiolas separadas para cada casal e distribuídos em cinco grupos: Grupo 1 - controle, sem procedimento cirúrgico; Grupo 2 - controle, submetido a laparotomia e laparorrafia apenas; Grupo 3 - esplenectomia em machos; Grupo 4 - esplenectomia em fêmeas; Grupo 5 - esplenectomia em machos e fêmeas. Os animais foram estudados quanto ao número de gestações e filhotes gerados em cada gestação.Estudo clínico: Foram convidados 50 homens e 50 mulheres esplenectomizados por período superior a dois anos (Grupo 1), para serem entrevistados e submetidos a exames laboratoriais, após seu consentimento voluntário e esclarecido. Igual número de homens e mulheres hígidos e portadores de baço foram incluídos voluntariamente como controle sadio (Grupo 2). As variáveis estudadas foram tempo de esplenectomia, complicações pós-operatórias relacionadas à esplenectomia, integridade física e psíquica, libido, frequência sexual, distúrbios relacionados à atividade sexual, distúrbios relacionados à gestação e distúrbios relacionados a filhos.RESULTADOS: Estudo experimental: Houve redução do número de gestações e do número de filhotes nos camundongos machos esplenectomizados acasalados com fêmeas normais.Estudo clínico: Os homens esplenectomizados relataram redução da libido em relação ao período anterior à esplenectomia e quando comparados com o grupo controle. Não houve diferença no número de filhos nem nos exames laboratoriais entre os homens e mulheres de ambos os grupos. Não houve diferença entre as mulheres de ambos os grupos quanto à parte sexual.CONCLUSÕES: Há redução do número de gestações e da prole em casais de camundongos cujos machos foram esplenectomizados. O estado asplênico reduz a libido dos homens.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 3061

TÍTULO DO TRABALHO: Egas Moniz: um cirurgião ganhador de um Nobel imerecido?

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JORDANO PEREIRA ARAUJO. CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL, BRASÍLIA - DF - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Egas Moniz é o único cirurgião falante de português ganhador do prêmio Nobel de Medicina e Fisiologia. O problema é que a operação que levou Moniz ao Nobel é, no mínimo, controversa.MATERIAL E MÉTODOS: Buscas foram realizadas em bancos de dados médicos com as palavras: Egas Moniz, lobotomia, leucotomia. Os trabalhos resultantes foram analisados.RESULTADOS: Há uma clara divisão na literatura quanto à relevância do trabalho de Egas Moniz na neurologia/neurocirurgia. Enquanto alguns defendem a importância do trabalho do médico português no tratamentos das doenças mentais, outros afirmam que a influência da ciência produzida pelo médico português levou a excessos e criação de inúmeras pessoas debilitadas.CONCLUSÃO: O trabalho de Egas Moniz deve ser analisado à vista dos conceitos e das ideías de seu tempo. Ele foi, sem dúvida, um pioneiro na chamada psicocirurgia.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 321

TÍTULO DO TRABALHO: Elizabeth Gomes dos Santos

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ELIZABETH GOMES DOS SANTOS. UFRJ, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:
RESUMOAVALIAÇÃO DA AQUISIÇÃO DE HABILIDADE TÉCNICA NA RESIDÊNCIA MÉDICA EM CIRURGIA GERALIntrodução: Estudos recentes mostraram que até 38% dos residentes de Cirurgia Geral (CG) ao completar o programa não estão confiantes em suas habilidades técnicas para o exercício de sua especialidade. Há uma preocupação de que parte dos residentes de CG esteja sob risco de receber uma formação inadequada pelo baixo volume de operações realizadas. Testes de avaliação de habilidades técnicas ainda são insuficientes e falhos. Não há na regulamentação da Residência Médica obrigatoriedade de sua realização. A avaliação da competência cirúrgica, embora muito importante, já que por força de lei o residente recebe o Título de Especialista (TE) ao final do programa, ainda não faz parte da legislação da Comissão Nacional de Residência Médica.Objetivo: Avaliar o modelo atual dos Programas de Residência Médica em Cirurgia Geral (RMCG) no Brasil, por meio de um instrumento de avaliação (IA) de habilidades técnica. Métodos: Aplicação de instrumento de avaliação previamente validado, por avaliadores treinados, em Residentes R2 de PRMCG (CG - 2 anos de treinamento) e R2 de PRMCG ? Programa Avançado, (CG-PA - 4 anos de treinamento) em hospitais universitários e não universitários nas cidades do Rio de Janeiro e São Paulo, Brasil.Resultados: Dos 60 residentes avaliados, apenas 14 (23%), os que tiveram maior tempo de formação, quatro anos (Cirurgia Geral - Programa Avançado) foram considerados capacitados para receberem o Título de Especialista. Residentes de hospitais com Serviços de Emergência aberta apresentaram melhor desempenho do que residentes de hospitais com Emergência fechada.Conclusão: O modelo atual do Programa de Residência Médica em Cirurgia Geral, no Brasil, é insuficiente para formação de um Especialista na área.ReferênciasCarlsen CG, Lindorff-Laesen K, Funch-Jensen P, Lund L, Morcke AM, Ipsen M et al. 2014. Is current surgical training efficient? A national survey. J Surg Edu 71(3):367-374.Mattar SG, Alseidi AA, Jones DB, Jeyarajah DR, Swanstrom LL, Aye RW et al. 2013. General surgery residency inadequately prepares trainees for fellowship: results of a survey of fellowship program directors. Ann Surg 258(3):440-449.Jackson GP, Tarpley J. How long does it take to train a surgeon? BMJ 2009; 339:1062-1064.Fysh T. Are great surgeons born? J Sur Edu 2012; 69(2):267-271.Faurie C, Khadra M. Technical competence in surgeons. ANZ J Surg. 2012; 82(10):682-690.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2820

TÍTULO DO TRABALHO: Embolização da artéria esplênica no pré-operatório de esplenomegalia maciça para esplenectomia e desconexão ázigo-portal.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LUIZ FERNANDO GALVAO LIMA1; JOAO PEDRO DE ARAUJO S. CORREA2; LIA ROQUE ASSUMPCAO2; MARIANA SIMEONI MONTEIRO DE GUIMARÃES2; ROBERTO OSMAR DE C. ESTEVES2; EVERTON LOPES PIRES2; GUILHERME ALEXANDRE G.HEIDENFELDER2. 1. HOSPITAL CENTRAL DO EXERCITO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; 2. HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:
Introdução:Pacientes jovens com esplenomegalia e varizes esofagianas/fundo gástrico, sem hipertensão portal ou doença hepática aparente, podem evoluir com varizes e hiperesplenismo intratável.Convém indicação cirúrgica nestes casos também com finalidade diagnóstica.A exclusão do diagnostico de linfoma, mielodisplasia, ou outras doenças hematológicas, se faz necessária na ausência de doenças parasitológicas.Pancitopenia, precisamente plaquetopenia, constitue desafio cirúrgico, aumentando a chance de sangramento no perioperatório, especialmente em pacientes com circulação colateralDurante esplenectomia com desconexão ázigo-portal, a reposição de hemoderivados se faz necessária, aumentando índice de complicações pós-operatório.Devido a isto, a embolização pré-operatório da artéria esplênica nesse cenário pode melhorar função esplênica, reduzindo a morbimortalidade cirúrgica.Relato de caso:Paciente, C. A. S. S. 26 anos, masculino, pardo, hígido, com queixa de, náusea, epigastralgia e pirose há um ano e quatro meses.Exames complementares: plaquetopenia de 72mil, USG de abdome com veia porta de calibre normal.Endoscopia: varizes de esôfago e de fundo gástrico de pequeno e médio calibre. Realizadas duas sessões de ligadura elástica com intervalo de um ano.Marcadores para hepatites virais e parasitalógicos negativos.RM abdome:esplenomegalia, 22 cm, com circulação colateral peri-esplênica.Foi programada abordagem multidisciplinar com equipes de Cirurgia Vascular e Geral, na qual o paciente foi submetido a embolização distal da artéria esplênica por molas há 7 dias da esplenectomia com desconexão ázigo-portal.Após embolização, obteve alta hospitalar e reinternou na véspera da cirurgia. Durante o intervalo de tempo entre os procedimentos, o mesmo apresentou aumento das plaquetas, 69 mil para 123 mil.Houve redução da volumetria nas tomografias pré e pós embolização de oito centímetros cúbicos.Paciente submetido cirurgia com duração de 3h, sem sangramento importante e necessidade de hemoderivados.Paciente permaneceu nas primeiras 24h em unidade intensiva, evoluindo sem queixas e complicações no pós-operatório.Conclusão:A embolização esplênica distal com molas minimizou os riscos de sangramento e possivelmente diminuiu tempo cirúrgico do caso relatado. O intervalo de sete dias entre a embolização e a cirurgia, apesar de reduzir discretamente a volumetria esplênica, possibilitou melhora do impacto laboratorial do hiperesplenismo prévio, reduzindo morbidade cirúrgica.

CODIGO DO TRABALHO: 571

TÍTULO DO TRABALHO: Embolização esplênica pré-operatória na doença linfoproliferativa: relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PAULA CAROLINA DE OLIVEIRA ANDRADE; GUSTAVO LARANJO AVELAR; ANDRÉ DELLARETI BARRETO MARTINS; LUIZ AUGUSTO DE OLIVEIRA MACHADO; DOMINGOS ANDRE FERNANDES DRUMOND. HOSPITAL FELICIO ROCHO, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O primeiro caso de embolização da artéria esplênica foi descrito por Madison em 1973, como uma terapia para o tratamento do hiperesplenismo. Atualmente essa prática tem seu papel bem definido e direcionado principalmente nos pacientes portadores de hiperesplenismo com plaquetopenia importante, que coloca em risco a vida do paciente devido aos riscos elevados de sangramentos espontâneos ou traumáticos. RELATO DE CASO: LMD, 54 anos, sexo feminino, portadora de esplenomegalia gigante cursando com plaquetopenia e leucopenia, sem causa definida, com suspeita de doença linfoproliferativa e em acompanhamento hematológico. Foi submetida à embolização da artéria esplênica no pré-operatório de esplenectomia total para proporcionar uma esplenectomia funcional com menor risco de sangramento peroperatório. O surgimento da dor após embolização é um sinal importante que defini o sucesso do tratamento. Durante a cirurgia foi encontrada esplenomegalia gigante (baço IV de Boyd), congesto. O procedimento foi realizado 48 horas após a embolização arterial no hilo esplênico. A paciente evoluiu sem intercorrências durante todo o pós-operatório, recebendo alta hospitalar e mantendo acompanhamento cirúrgico e hematológico.CONCLUSÃO: A embolização da artéria esplênica é um recurso opcional no pré-operatório de esplenectomia total em pacientes com baço gigante, tendo em vista a possibilidade do controle do sangramento peroperatório através de uma técnica hemodinâmica que veio agregar segurança ao procedimento cirúrgico. Atenção deve ser dispensada ao tempo entre a embolização e o procedimento cirúrgico.

CODIGO DO TRABALHO: 1646

TÍTULO DO TRABALHO: Ensino de Medicina Baseada em Evidências na Residência de Cirurgia Geral: Experiência de 1 ano em um grande hospital de ensino de Belo Horizonte

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RAFAEL ALVES CARVALHO1; TARCISIO VERSIANI AZEVEDO FILHO1; EDUARDO TOMAZ FROES1; LUIZ EDUARDO VIEIRA FROES2; PEDRO POLASTRI LIMA PEIXOTO1; MARCOS LANNA BICALHO1; RAPHAEL SEGATO VAZ DE OLIVEIRA1; LARISSA AMARAL CARREGAL1. 1. HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHEK, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. UNIFENAS - BH, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Difundir e aprofundar uso da medicina baseada em evidências (MBE) para tomada de decisão clínico-cirúrgica com residentes de Cirurgia Geral.Método: O Hospital Júlia Kubitscheck em Belo Horizonte é uma instituição com longa data de residência em Cirurgia Geral, que oferece 2 anos de formação com 5 vagas anuais. Durante o ano de 2016 houve reuniões quinzenais em que discutimos e aprofundamos o estudo da MBE com os 10 residentes. No início foram expositivas para introduzir o tema, mostrar aspectos da importância de estudos epidemilógicos e o grau de relevância de acordo com os princípios da MBE. Também foram expostas as bases de dados secundárias que acrescentam qualidade cientifica na seleção das evidências ou mesmo respostas fundamentadas em trabalhos e metodologia para buscas. Posteriormente a cada quinzena os residentes faziam perguntas no cenário clínico real oferecido pelos pacientes nas enfermarias e no pronto socorro, apresentavam ao grupo participante o método da busca da resposta clínica, assim como resultados. Ao fim do treinamento de 1 ano um questionário foi respondido pelos residentes para avaliar o grau de relevância e significado de seu aprendizado. Resultados: Os residentes conheciam conceitos da MBE, mas não sabiam ao certo como utilizá-los na prática clínica e 100% dos residentes julgaram a experiência válida. Os resultados do questionário aplicado para os residentes que participaram do treinamento mostraram que a avaliação da nota de 0 a 10 com o treinamento recebido teve média de 9. Quando perguntado sobre seu aprendizado no período em um a nota de 0 a 10 teve a média de 7,8 . Quando perguntados se o treinamento mudou sua prática clínica 100% respondeu que sim, pois podiam aplicar individualmente a cada paciente condutas pertinentes. Quando solicitados a definir em uma frase a sensação/sentimento do treinamento a maioria escreveu que se sentiram mais seguros e aprimoraram conhecimentos, mas que mais treinamento deve ser oferecido.Conclusões: O estudo da MBE deve ser incentivado na prática clínica utilizando cenários reais e discussão dos casos clínicos oferecidos no dia a dia.

CODIGO DO TRABALHO: 1687

TÍTULO DO TRABALHO: ENTERITE POR CITOMEGALOVIRUS EM PACIENTE RENAL TRANSPLANTADO COM SÍNDROME DE WHIM

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JULIANA DE OLIVEIRA FIGUEIRÓ1; DIOGO BENINI1; RAQUEL MACHADO MENEZES2; GILDA GUERRA3; ANNA LUIZA FRAZZON TEIXEIRA2; BRUNA LORENZ4; RACHID EDUARDO NOLETO DA NOBREGA3. 1. UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL - ULBRA, CANOAS - RS - BRASIL; 2. CENTRO UNIVERSITÁRIO FRANCISCANO - UNIFRA, SANTA MARIA - RS - BRASIL; 3. IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 4. UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL - UCS, CAXIAS DO SUL - RS - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A síndrome de WHIM, imunodeficiência primária causada por uma mutação genética no receptor de quimiocinas CXCR4, é formada pelas manifestações clínicas típicas do transtorno; inclui verrugas, hipogamaglobulinemia, infecções recorrentes (HPV e bacterianas) e mielocatexia. Em receptores de transplante renal, a colite por citomegalovirus (CMV) pode apresentar-se em situações clínicas fugazes e não específicas, ou pode ser suficientemente grave para requerer uma colectomia. Relato de caso: Paciente JRDS, feminina, negra, 25 anos, procedente da Paraíba, transplantada renal de doador cadáver (CMV IgG+) em 26/12/2015. Aos 6 anos de idade nefropatia do refluxo, levando à Insuficiência Renal Crônica. Sorologias em junho de 2014 eram CMV IgG+ e EBV IgG+. Em 18/7/2014, entrada na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre com história de pancitopenia e infecções respiratórias de repetição. Biópsia de medula óssea, diagnosticada a síndrome de WHIM. Retorno à emergência com quadro de dor abdominal, diarréia crônica, distensão abdominal e vômitos. Exame de imagem revelou possível pneumoperitôneo, grande quantidade de líquido livre, distensão de alças de delgado e nenhum fator obstrutivo. Após VLP exploradora, identificada perfuração de intestino delgado, peritonite com drenagem de ascite e líquido entérico, alças intestinas muito espessadas e dilatadas, necessitando confecção de bolsa de Bogotá e transferência para a UTI. A cultura de líquido abdominal apresentou Escherichia Coli, Enterococcus faecalis e Pseudomonas multissensíveis. Hipótese diagnóstica de enterite com perfuração por citomegalovírus. Feita enterectomia com ileostomia em dupla boca no local de perfuração. Realizada ileostomia terminal uma semana depois, seguida de curativo à vácuo. Paciente teve episódio de valsalva, ocorrendo ruptura de alça exposta em superfície de peritoneostomia. Realizada laparotomia, evidenciando múltiplas perfurações de alça, nas quais foram feitas confecção de anatomose látero-lateral em duas camadas, ileostomia e colocação de peritoneostomia. Em 22/01/2017 a paciente apresentava sepse abdominal que evoluiu com parada cardiorrespiratória e óbito. Conclusão: O quadro séptico, WHIM, a fístula atmosférica teve desfecho inevitável ao óbito. O adequado controle da infecção é de extrema importância no tratamento destes pacientes. No caso de abordagem não efetiva de sepse, a cicatrização espontânea ocorre em 6% dos casos e a mortalidade atinge 85% dos pacientes.

CODIGO DO TRABALHO: 1177

TÍTULO DO TRABALHO: ENTEROLITÍASE ASSOCIADA À SÍNDROME DA ALÇA AFERENTE: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCOS PAULO DE SOUZA CARNEIRO1; RAISSA MARTINS DA SILVA2; MARCELO ANDRÉ DOMINGUES2; LUIZ GUSTAVO MAZI PIZZO2. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLANDIA, UBERLÂNDIA - MG - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA, UBERLÂNDIA - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A enterolitíase é uma causa rara de Síndrome da Alça Aferente (SAA). Em revisão literária inglesa publicada em 2013 haviam 14 casos relatados de enterolitíase levando a SAA. Podem ser citadas como causas da SAA a gastrectomia com reconstrução a Billroth II (BII), ocorrendo em aproximadamente 0,3% dos pacientes, além de úlcera ou estenose na anastomose enterogástrica, bridas, alça aferente longa, acotovelamento da anastomose ou recidiva de câncer gástrico e, ocasionalmente, enterolito. O diagnóstico é feito através da anamnese e exames de imagem como RX e TC de abdome. RELATO DE CASO: Mulher, 49 anos, admitida em 21/12/2016 no HC ? UFU. Queixava dor abdominal em região periumbilical esquerda de forte intensidade há quatro dias, contínua, com piora esporádica, associada a náuseas e episódios de vômitos com restos alimentares. Informava parada de eliminação de flatos, mas mantinha evacuações. Negava febre. Antecedentes: gastrectomia parcial com reconstrução a BII com anastomose enterogástrica a 12 cm do ângulo de Treitz devido à úlcera péptica duodenal com estenose em segunda porção do duodeno em Jan/2015. Ao exame: abdome distendido, hipertimpânico, ruídos hidroaéreos ausentes, doloroso a palpação em região periumbilical esquerda, com massa palpável em hipocôndrio direito, mesogástrio e hipogástrio. Toque retal: fezes pastosas em ampola retal, ausência de massas ao toque e de sangue em dedo de luva. Os exames laboratoriais estavam normais e RX de abdome sugestivo de volvo de sigmoide. Foi diagnosticado abdome agudo obstrutivo e iniciado tratamento clínico. Após 24 horas, teve piora clínica sendo indicada laparotomia exploradora com hipótese de volvo de sigmoide. No intra-operatório foi identificado volvo de ceco com necrose da parede, alça aferente da anastomose enterogástrica acotovelada por brida com dilatação importante do coto duodenal proximal e cálculos biliares no seu interior; ausência de fístula biliar. Realizada hemicolectomia direita com anastomose LL ileocolônica, lise de bridas e enteroanastomose a Braun entre alça aferente e eferente. A paciente evoluiu bem no pós-operatório e recebeu alta hospitalar seis dias após a cirurgia. CONCLUSÃO: A enterolitíase é uma causa rara de SAA, mas deve ser considerada em pacientes em pós-operatório de gastrectomia com reconstrução a BII e em Y de Roux que se apresentam com febre, dor abdominal, vômitos biliosos e outros sintomas sugestivos de colangite aguda ou pancreatite.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2477

TÍTULO DO TRABALHO: Equipamento cirúrgico para aplicação de microcapsulas

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PEDRO SOUBIHIA DE FARIA; THIAGO REIS ZANON; PAULO ROBSON DE FARIA; WLADIMIR OLIVEIRA FIGUEIREDO; ELZA EUGÊNIA BRAGANTE SOUBIHIA. NÃO ESPECIFICA, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVO:Desenvolver um instrumento cirúrgico manual e simples, para o depósito de microcápsulas.METODO:Inicialmente foi realizado o estudo das dificuldades na utilização dos equipamentos de infusão manual presentes em centros cirúrgicos, como por exemplo; a demora na recarga (que pode sedimentar microcápsulas), a facilidade de queda, a necessidade de mão auxiliar para aspiração e a imprecisão na aplicação (quando não infundido) a céu aberto.Pesquisadas as patetes no Patentscoope (WIPO), onde não foi encontrado projeto similar ao idealizado.Projetados os desenhos industriais e em perspectiva a fim de sanar os problemas em questão.Realizados testes de materiais, e escolhidos o acido polilático (PLLA) e o acrilonitrila-butadieno-estireno (ABS), para as primeiras prototipagem do equipamento.RESULTADO:Desenho base e ato inventivo bem caracterizado; registrada Pat. Req. ?EQUIPAMENTO CIRÚRGICO DE DIVULSÃO, APLICAÇÃO, ASPIRAÇÃO E COLETA?(BR2020170025140).Em desenvolvimento os modelos computacionais para teste de tamanho, forma, ergonomia, volume estrutural, vazão do canal.Iniciados os testes de prototipagem.Bibliografia:Pedro Soubihia de Faria. Equipamento cirúrgico de divulsão, aplicação, aspiração e coleta. BR Pat. Req. 202017002514-0 07 fev. 2017.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2091

TÍTULO DO TRABALHO: Eritrocitose associada a leiomioma gigante de ligamento largo: relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CARLOS AUGUSTO PINTOR DE ARRUDA; RAMIRO COLLEONI NETO; GUSTAVO R. A. FOCCHI; DIEGO ADAO FANTI SILVA; DAVID CARLOS SHINGUEOKA; GASPAR DE JESUS LOPES FILHO; WAGNER JOSÉ GONÇALVES; MILTON SCALABRINI. ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - UNIFESP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Em 1953 Thomson e Marson descreveram a Síndrome Eritrocitária Miomatosa, uma associação entre: eritrocitose, mioma uterino e a restauração dos níveis normais hematológicos pós-histerectomia. A síndrome é considerada bastante rara ? pouco mais de 50 casos relatados desde sua descrição ? levando a baixos investimentos em seu esclarecimento e a um desconhecimento de sua existência mesmo entre especialistas.Ressalta-se que a eritrocitose é uma desordem hematológica cuja principal complicação é o aumento do risco de eventos trombogênicos, cujas causas podem ser primárias ou secundárias, podendo essas serem causadas por uma produção autônoma de eritropoietina. A hipótese, nesse caso, se fortaleceu após estudos mostrarem a presença da eritropoietina e seu receptor no citoplasma das células de mioma gigantes uterinos.Leiomiomas do ligamento largo foram pouquíssimos relatados na vigência dessa síndrome, sendo esse caso mais uma importante contribuição.RELATO DO CASO: Paciente do sexo feminino, branca, 42 anos, solteira, 1G-1P-0A, encaminhada com lombalgia há 3 meses e irradiação para abdome inferior tipo cólica associado a aumento de volume abdominal e amenorreia. Ao exame físico verificou-se massa volumosa em hipogástrio, endurecida e dolorosa. TC de abdome revelou uma massa heterogênea sólido-cística na fossa ilíaca direita originada na região pélvica, deslocando o útero posteriormente e lateralmente, medindo 26x25x16 cm e com volume estimado em 5076 ml. Os exames pré-operatórios apresentavam como única anormalidade uma policitemia detectada há um mês com pico de Hb 20,2 e Ht 60,0. Realizou-se sangria pré-operatória até atingir resultados de normalidade. Foi submetida à laparotomia que identificou volumoso tumor na topografia do ligamento largo à direita. Foi realizada a ressecção completa da massa com histerectomia total e ooforectomia à direita. Realizados exames pós-operatórios verificou-se queda nos níveis de hemoglobina da paciente e reestabelecimento dos níveis de normalidade, recebendo alta no 7o PO. O exame anatomopatológico da peça operatória diagnosticou, baseado nos achados morfológicos e no exame imunohistoquímico, leiomioma de dimensões volumosas (22 cm) com focos de celularidade aumentada.CONCLUSÃO: O caso atende aos três critérios diagnósticos da Síndrome Eritrocitária Miomatosa, destacando-se a raridade da sua associação com leiomioma do ligamento largo.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2305

TÍTULO DO TRABALHO: Esplenectomia no tratamento de linfoma da zona marginal esplênico - Relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: SIMONY DE SOUSA PEREIRA MAIOLINI1; RAFAEL MASSAO DA SILVA NAGATO1; FLAVIO TAVARES ROTHFUCHS1; LUCAS PERELLO2. 1. HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; 2. HOSPITAL FERDERAL DA LAGOA, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:
Introdução:O linfoma MALT é o mais prevalente, cerca de 5% das neoplasias linfoides. Tanto o linfoma esplênico quanto o nodal são condições raras, porém mais diagnosticadas devido ao avanço das ferramentas diagnósticas.A incidência do linfoma esplênico é maior nos indivíduos acima de 65 anos e não há prevalência de sexo. Envolve baço e linfonodos hilares esplênicos. A infiltração da medula óssea ocorre na totalidade dos casos. A doença tem caráter indolente com bom prognóstico para a maioria dos casos.Relato de caso:Paciente de 73 anos deu entrada no Hospital Federal da Lagoa em março de 2015 através da Hematologia. Encaminhado a Cirurgia com exames laboratoriais com:plaquetopenia, linfocitose e esplenomegalia. Tomografia Computadorizada (TC) de abdome comlinfonodomegaliasretroperitoniais. Esplenomegalia homogênea (22,5x 18x 12 cm)Realizada biopsia de linfonodo cervicais e biopsia de medula óssea.Imunohistoquímica dos linfonodos: linfoma/ leucemia de pequenas células B. Biopsia de medula óssea: CD20+, CD10-, CD5-, BCL 2+, quadro morfológico associado a imunofenótipo de linfoma esplênico ou linfoma marginal extranodal (MALT). Encaminhado a Cirurgia Geral para esplenectomia. Em uso de prednisona, sem repercussão no quadro. Paciente assintomático, com esplenomegalia, com baço palpável a 8 cm do rebordo costal esquerdo e até a crista ilíaca esquerda.Procedimento com boa evolução pós-operatória recebendo alta no terceiro dia. Com seguimento conjunto pela Cirurgia e Hematologia.Histopatológico: baço congesto, medindo 26x21x8 cm e 1980g. Presença de 3 linfonodos sem critérios de malignidade.Imunohistoquímica:Linfoma de pequenas células B em baço e linfonodos. Perfil de padrão de infiltração observado na biopsia de medula óssea (H15-5040) favorece linfoma B da zona marginal esplênica. Positividade para CD20 (forte) e IgD Ki-67 com padrão de positividade em alvo. Encaminhado a Oncologia para quimioterapia adjuvante buscando uma resposta completa ao linfoma esplênico e segue em acompanhamento.Conclusão:A esplenectomia é uma opção em casos sem comprovação do envolvimento sanguíneo ou da medula, ou o número de células tumorais em um material for pequeno para firmar um diagnóstico, ou houver uma esplenomegalia associado acitopenia, o que ocorria no caso. A esplenectomia melhora o performance status do paciente com linfoma e corrige citopenias. Pode ser secundário a eliminação do hiperesplenismo ou resultado da diminuição da infiltração da medula óssea.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2299

TÍTULO DO TRABALHO: Esplenectomia Total em Baço com Grande Lesão Cística: relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PAULA CAROLINA DE OLIVEIRA ANDRADE; CARINA OLIVEIRA FREIRE MATIAS; STELLA D`ÁVILA DE SOUZA RAMOS; ANA CAROLINE LEMOS ROSÁRIO DE AZEVEDO; GUSTAVO LARANJO AVELAR; JULIANO FELIX CASTRO. HOSPITAL FELÍCIO ROCHO, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOLesões císticas esplênicas são doenças raras, geralmente assintomáticas. Seu diagnóstico é, muitas vezes, realizado de forma incidental através de exames de imagem ou na investigação de dor, aumento do volume abdominal e esplenomegalia. Várias patologias abdominais podem estar associadas aos cistos esplênicos, muitas destas com baixa incidência, como: trauma, equinococose, hemangiomas, linfangiomas, doença renal policística e cistos metastáticos.RELATO DE CASOPaciente G.S.G., 17 anos, jogador de rugby, previamente hígido, deu entrada no Pronto Atendimento com quadro de dor em hipocôndrio esquerdo e fossa ilíaca esquerda associada a picos febris, além de hiporexia, náuseas e vômitos por 03 dias. Referia episódios esporádicos dessa dor há aproximadamente 02 anos, com piora há três meses, em especial quando viajava para cidades de elevadas altitudes. Exames à admissão evidenciaram leucocitose (GL 19.500/mm3, 9% de bastonetes) e proteína C reativa (PCR) elevada (74,8 mg/L). Propedêutica inicial descartou origem infecciosa, sendo realizado ultrassonografia (USG) abdominal que evidenciou esplenomegalia e alterações sugestivas de coleções subcapsulares, a maior delas medindo 18x12x14 cm (volume de 1.572cm³).À tomografia computadorizada (TC) de abdome foram evidenciados: 1) lesão cística esplênica encapsulada, com pouco tecido esplênico remanescente, que rechaçava estômago e pâncreas; 2) ruptura esplênica em dois tempos com presença de infarto na metade inferior do órgão, próximo ao pedículo.O paciente foi submetido à esplenectomia total. Foi identificado volumoso cisto esplênico, realizada a ligadura prévia da artéria esplênica e aspirados aproximadamente 5 litros de secreção hemática e aspecto achocolatado antes da ressecção do órgão. O paciente apresentou boa evolução e recebeu alta no 5° dia de pós-operatorio.CONCLUSÃOOpções de tratamento conservador, como a aspiração percutânea ou esclerose, não resultam em bom controle a longo prazo nesse tipo de cisto, sendo a esplenectomia total o método de escolha para tratamento de cistos esplênicos de maior volume.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2590

TÍTULO DO TRABALHO: ESPLENECTOMIA TOTAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA EM CASO DE ESPLENOMEGALIA ? UM RELATO DE CASO.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PEDRO DE ABREU TRAUCZYNSKI1; RAFAEL DIAS DA CUNHA2; EDUARDO JOSÉ CECCHIN3; BRIAN SILVESTRE1; ANDREW MAYKON MASSUTTI1; FRANCISCO FALCHETTI1; JULIA DUARTE SCHUMACHER3; JULIANA VARGAS3. 1. HOSPITAL SANTA ISABEL, BLUMENAU - SC - BRASIL; 2. HOSPITAL SANTA ISABEL - BLUMENAU - SC, BLUMENAU - SC - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE REGIONAL DE BLUMENAU, BLUMENAU - SC - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Desde a primeira esplenectomia laparoscópica descrita em 1991 por Delaitre, percebeu-se as claras vantagens da cirurgia laparoscopica sobre a aberta. Embora a tecnica seja mais comumente realizada em casos de baço de tamanho normal, a realização em casos de esplenomegalia volumosa vem sendo realizada com sucesso em serviços de referência.Descrição do caso: Paciente feminina, 42 anos, com dor abdominal e em investigação com hematologista de anemia e plaquetopenia á esclarecer. Tomografia computadorizada de abdome com esplenomegalia volumosa , com baço medindo 19,8 cm no maior eixo longitudinal, de aspecto homogêneo associada a ectasia das veias porta esplênicas e da junção esplenomesentérica. Foi internada para ser submetida a cirurgia de esplenectomia total por videolaparoscopia. A cirurgia foi realizada com posicionamento de 4 trocateres (subxifóide, hipocôndrio D, flanco D e umbilical). Para retirada da peça foi usado cicatriz prévia de Pffannestiel e deixado dreno suctor em leito esplênico. Procedimento foi realizado sem intercorrências. O anatomopatológico da peça cirúrgica foi de linfoma não hodgkin de pequenas e grandes células, nodular. Paciente recebeu alta hospitalar no segundo dia de PO.Discussão: A ressecção laparoscópica é o método de escolha para cirurgia de esplenectomia. Apresenta vários dificultadores como por exemplo, espaço de trabalho limitado, aderências de cirurgias prévias e principalmente as inerentes ao tamanho do órgão. A esplenomegalia é definida quando o baço possui comprimento craniocaudal superior a 17 cm, ou peso superior a 600 g e deve ser contra indicação parcial para o método laparoscópico em serviços de baixo volume. Com a transposição de curva de aprendizagem pode ser método efetivo e seguro com melhor recuperação pós operatória e retorno precoce á atividades laborais.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 973

TÍTULO DO TRABALHO: Esplenomegalia sem causa definida: revisão da literatura e relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARYANA NEVES DE SOUZA1; JÚLIA REAL PEREIRA GOMES2; EDUARDO NACUR SILVA2; LUCAS ALVES DIAS2; ANDRE LUÍS DE CARVALHO NOGUEIRA2; FERNANDO CESAR FERREIRA CALISTRO2. 1. SANTA CASA DE BELO HORIZONTE., BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. SANTA CASA DE BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A esplenomegalia não explicada é definida quando há um aumento anormal do baço sem diagnóstico prévio ou qualquer sinal que possibilite uma suspeita diagnóstica. Para esses casos, a conduta começa com uma anamnese detalhada, exame físico, exames laboratoriais e de imagem específicos. Se os exames disponíveis não levarem a um diagnóstico, pode-se considerar a esplenectomia com a intenção de identificar a doença base. Relato: paciente masculino de 26 anos com relato de dor abdominal inespecífica desde junho de 2015 com ultrassom de abdome da época revelando esplenomegalia leve, sem outras alterações. Evoluiu com inapetência, fraqueza, emagrecimento e episódios frequentes de epistaxe e gengivorragia, procurando assistência médica em janeiro de 2016. Apresentou-se hipocorado 3+/4+, com esplenomegalia acentuada Boyd IV e pancitopenia. Após aventadas várias hipóteses diagnósticas e exames inconclusivos, foi encaminhado para equipe de Cirurgia Geral para esplenectomia diagnóstica e terapêutica. Feito preparo com imunização 15 dias antes do ato cirúrgico. Durante procedimento foi encontrado baço aumentado, de aproximadamente 30cm de comprimento e dilatação importante de artéria e veia esplênicas. Biópsia hepática também realizada. Boa evolução pós operatória, ainda em acompanhamento ambulatorial, assintomático, com exames dentro da normalidade e com diagnóstico de esplenomegalia idiopática, já que o anatomo patológico da peça revelou apenas um baço congesto e esteatose hepática leve. Conclusão: Na literatura estima-se que aproximadamente 5% das esplenectomias diagnósticas são inconclusivas e recomenda-se que esses pacientes devem ser acompanhados regularmente devido à probabilidade de desenvolverem doença maligna.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 505

TÍTULO DO TRABALHO: ESTENOSE MITRAL SECUNDARIA A RABDOMIOSSARCOMA PRIMARIO EM ATRIO ESQUERDO: UM RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCELO GUIMARÃES MIRANDA; THALITA JUAREZ GOMES; FLÁVIO MESQUITA SAMPAIO GIOVANNINI; ANY CAROLINE ALJONAS PIVA; KARINA GALLI CARDOSO MELLO. UNOESTE, PRESIDENTE PRUDENTE - SP - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Descrever os achados clínicos, etiológicos, diagnósticos e terapêuticos do rabdomiossarcoma cardíaco encontrados na literatura científica atual e descrever o caso de uma paciente diagnosticada com a doença acompanhada em hospital de alta complexidade do interior do Estado de São Paulo. Método: Estudo de caso qualitativo, observacional, descritivo, fundamentado em 17 artigos científicos publicados entre 1997 e 2014 indexados em bases eletrônicas. Resultados: Paciente feminina, 27 anos de idade, dá entrada no serviço de pronto socorro de hospital de alta complexidade do interior do Estado de São Paulo com queixa principal de dispneia progressiva, dor precordial e síncope. A paciente foi diagnosticada com rabdomiossarcoma primário em átrio esquerdo por meio de ecocardiografia que acusou enchimento ventricular esquerdo com dificuldade por obstrução causada por massa diastólica com tendência à prolapsar para o ventrículo esquerdo através da valva mitral, além de massa ecogênica grande (6,8 x 4,7cm) fixada no septo interatrial, sugerindo mixoma atrial, associada a ressonância magnética, tomografia computadorizada e análise anatomopatológica. A intervenção cirúrgica realizou ressecção total do tumor interatrial esquerdo extenso e septoplastia atrial direita, com necessidade de acompanhamento quimioterapêutico. Conclusão: A escassez de trabalhos seriados limita o estudo do rabdomiossarcoma. Seu diagnóstico é comprometido pelos sintomas inespecíficos necessitando de métodos de imagem e anatomopatológicos para o diagnóstico definitivo. A cirurgia é o método de escolha para o tratamento, estando acompanhada por quimioterapia. O presente estudo ilustra um evento raro de rabdomiossarcoma atrial primário, que embora raro e letal, apresenta indicação cirúrgica para ressecção do tumor e definição do diagnóstico para análise do tecido tumoral. Há ainda a necessidade de tratamento quimioterápico a fim de se proporcionar cuidado paliativo e incremento na qualidade de vida e expectativa de vida dos indivíduos acometidos. A decisão cirúrgica foi o tratamento inicial devido às conseqüências estenosantes causadas pela massa tumoral no átrio esquerdo manifestadas pelos sintomas da paciente e pelo grande volume da massa neoplásica.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2154

TÍTULO DO TRABALHO: Estresse entre os médicos especialistas

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PHILLIPE GERALDO T. DE ABREU REIS1; ADONIS NASR2; FLAVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASICH3; IWAN AUGUSTO COLLACO2; MARCIO CANEVARI FILHO4; MARINA NARDELLI GOES5; PEDRO AUGUSTO DE ASSIS GOES6; EDUARDO LOPES MARTINS FILHO4. 1. HOSPITAL ERASTO GAERTNER, CURITIBA - PR - BRASIL; 2. HOSPITAL DO TRABALHADOR, CURITIBA - PR - BRASIL; 3. HC-UFPR, CURITIBA - PR - BRASIL; 4. UFPR, CURITIBA - PR - BRASIL; 5. UP, CURITIBA - PR - BRASIL; 6. PUC-PR, CURITIBA - PR - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: A vida em medicina requer total dedicação dos profissionais, e abandono da liberdade pessoal durante a vida. Historicamente, cirurgiões são mais vulneráveis que os clínicos, e o desgaste físico é, algumas vezes, a causa de recém-formados não escolherem a cirurgia como especialidade. Nós conduzimos esse estudo para medir a percepção de qualidade de vida entre preceptors de especialidades cirúrgicas comparados com aqueles de especialidades não cirúrgicas. Métodos: Um estudo transversal foi conduzido durante o período de fevereiro até abril de 2016. Preceptores foram submetidos a questionário voluntário, de preenchimento online. Um questionário validado pela Organização Mundial de Saúde sobre qualidade de vida, que consistia em 26 perguntas foi usado: as duas primeiras eram sobre qualidade de vida geral, e as outras 24 cobrindo quadro domínios (físico, psicológico, relações sociais e ambiente). Os médicos preceptores foram divididos em 2 grupos: 1) Especialidades cirúrgicas (Cir) e 2) Especialidades não-cirúrgicas (Cli). Foi realizada análise de dados com porcentagens estatísticas simples. Variáveis contínuas foram analizadas com o teste t Student e variáveis discretas com o teste qui-quadrado. Resultados: 88 médicos responderam o questionário, 40 de especialidades cirúrgicas e 48 de especialidades clínicas. A idade média foi de 46.9 anos de idade e 89,8% finalizaram a residência há mais de 5 anos antes do estudo. A qualidade de vida global foi regular: entre 3 ? 3.9 (do total de 5) em todos os domínios. 73.8% estavam satisfeitos com eles mesmos, no entanto, 59.1% dos médicos reportaram que as vezes tinham sentimentos ruins como mal humor, ansiedade ou depressão. Além disso, a média global do nível de estresse era muito maior que a média do controle A (12.6) sem significância estatística (p = 0.9792), mas inferior a média do controle B (17.2) com significância estatística (p Conclusão: A qualidade de vida global dos médicos brasileiros foi regular. O nível de estresse foi superior do que a da população americana, mas inferior que a dos professores do sul do Brasil.

CODIGO DO TRABALHO: 2145

TÍTULO DO TRABALHO: Estresse na carreira médica: diferenças entre os gêneros

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PHILLIPE GERALDO T. DE ABREU REIS1; ADONIS NASR2; FLAVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASICH3; IWAN AUGUSTO COLLACO2; MARINA NARDELLI GOES4; PEDRO AUGUSTO DE ASSIS GOES5; EDUARDO LOPES MARTINS FILHO6; BRUNA ARCOVERDE ABBOTT6. 1. HOSPITAL ERASTO GAERTNER, CURITIBA - PR - BRASIL; 2. HOSPITAL DO TRABALHADOR, CURITIBA - PR - BRASIL; 3. HC-UFPR, CURITIBA - PR - BRASIL; 4. UP, CURITIBA - PR - BRASIL; 5. PUC-PR, CURITIBA - PR - BRASIL; 6. UFPR, CURITIBA - PR - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: nós realizamos esse estudo para avaliar a evolução do nível de estresse entre médicas em comparação com médicos em diferentes fases da vida: estudantes de ensino médio, estudantes de medicina, internos, residentes e médicos pós-residência. O estudo foi realizado porque médicos são tidos como mais estressados que a população geral, devido a responsabilidade no trabalho, a dificuldade para ser aprovado em uma faculdade de medicina e devido às dificuldades enfrentadas enquanto estudante de medicina. Métodos: Um estudo comparativo descritivo transversal foi realizado. Durante o período de fevereiro a abril de 2016, estudantes de ensino médio, estudantes de medicina, internos, residentes e medicos pós-residência foram submetidos a um questionário voluntário de preenchimento online. Foi usado um questionário validado que consiste em perguntas relacionadas ao nível de estresse nos 30 dias que antecederam a aplicação, permitindo a formulação de uma escala de estresse percebido, com valor a ser comparado com o grupo controle, que era do mesmo gênero (controle A: amostra de estadunidenses e controle B: amostra de professores do sul do Brasil). A análise de dados foi realizada com porcentagens estatísticas simples. Variáveis contínuas foram analisadas pelo teste de t-Student e variáveis discretas com o teste de qui-quadrado. Resultado: 819 pessoas em diferentes estágios da carreira médica (do ensino médio a medicos pós-residência) responderam o questionário. 45.2% eram homens e 54.7% mulheres. O nível de estresse entre mulheres foi maior em relação aos homens (23.15 versus 18.15), em todos os diferentes estágios da carreira médica. Apesar disso, foi observado que todos os participantes do estudo têm um maior nível de estresse em comparação com o grupo controle A (20.88 versus 13.06), o qual teve uma amostra de 2332 pessoas. Conclusão: mulheres, em todos os estágios da carreira médica, tiveram um maior nível de estresse em comparação a homens. Ambos tiveram maior nível de estresse em relação à população estadunidense.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 304

TÍTULO DO TRABALHO: EVENTOS DE QUEDAS EM IDOSOS E FATORES DE RISCO RESIDENCIAL PASSÍVEIS DE MODIFICAÇÃO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOSE ANTONIO CHEHUEN NETO; MARIANA RODARTE FREIRE; RENATO EROTHILDES FERREIRA; IGOR MALHEIROS ASSAD; IGOR VILELA BRUM; RAFAEL TEIXEIRA COSTA SILVA; NÍCOLAS AUGUSTO COELHO BRAGA; GISLAINE FERNANDES GOMES. UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: O envelhecimento é um processo biológico, progressivo e universal. Uma das grandes ameaças ao bem-estar dos idosos é a ocorrência de quedas e suas consequências, como fraturas e traumas fechados, desencadeando cirurgias, hospitalizações e sequelas, como perturbação da mobilidade, restrição da atividade e até mesmo morte. A queda é um evento multifatorial, resultado da interação sinérgica de fatores pessoais e domiciliares, sobre os quais é possível estabelecer prevenção em muitos casos. Neste contexto, o trabalho visou descrever a percepção sobre o risco de quedas em idosos (acima de 60 anos), mensurar a exposição desses indivíduos a fatores de risco domiciliares, avaliar a influência do conhecimento sobre queda na adoção de medidas preventivas e demonstrar os eventos nesta amostra. Método: foi aplicado o questionário FRAQ-Brasil a 473 idosos, juntamente com um questionário sobre exposição a 20 fatores de risco domiciliares. Associações entre as variáveis foram analisadas utilizando o teste qui-quadrado com intervalo de confiança de 95%. Resultados: a idade variou de 60 a 95 anos, com média de 70,6 anos; sexo feminino (58,4%), renda de 2 salários mínimos (46,3%); a média de acertos no questionário FRAQ-Brasil foi de 19,5 (total possível de 32 pontos); em média, os idosos estavam expostos a 7,8 fatores de risco domiciliares; a menor parte (180 entrevistados) disse já ter recebido informações sobre queda domiciliar. Episódios de queda no domicílio, após os 60 anos, foram relatados por 55,2% (n=261) dos entrevistados. Conclusões: a maior parte da amostra apresenta pouco conhecimento sobre queda na residência e está exposta a uma variedade de fatores de risco cotidianamente. Indivíduos com idade mais avançada e com maior conhecimento sobre queda estão expostos a menos fatores de risco domiciliares. Cerca de 55,2% dos participantes já sofreu queda após os 60 anos, o que repercutiu com imobilizações prolongadas, hospitalizações e cirurgias corretivas, predispondo o idoso a complicações e sequelas.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1520

TÍTULO DO TRABALHO: Evolução da reprodução científica brasileira na Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: EDMUNDO VIEIRA PRADO NETO1; MÍSIA NOGUEIRA ALTINO2; LAIS FROTA VALENCIANO2; ORLANDO DE CASTRO E SILVA3; SAMUEL AZENHA GREGORIO2. 1. UNIVERSIDADE DE MARÍLIA, MARÍLIA - SP - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE DE MARÍLIA (UNIMAR), MARÍLIA - SP - BRASIL; 3. FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (FMRP-USP, RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVO: O estudo de Teixeira et al, 2012 comparou o predomínio de artigos estrangeiros em detrimento dos nacionais nas referências bibliográficas dos artigos da Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões (RCBC) no ano de 2007 e 2011. O objetivo deste trabalho é descobrir a evolução desse predomínio nos anos seguintes.MÉTODOS: Análise das referências bibliográficas de artigos originais da RCBC nos anos de 2012, 2014 e 2016 e comparação com os resultados de 2007 e 2011 (Teixeira et al). Critérios de exclusão: Editoriais, revisão de literatura e relatos de caso. Referências de livros e páginas de internet foram desconsideradas. Foi verificada a origem (brasileira ou estrangeira) das referências e a relação entre periódicos brasileiros e estrangeiros.RESULTADOS: Em 2007, 1096 referências foram utilizadas, sendo 123 (11,22%) artigos de periódicos brasileiros. Em 2011, houve 154 (12,7%) referências de artigos brasileiros no total de 1205. Em 2012, houve 185 (13%) referências nacionais dentre 1416. Em 2014, foram utilizadas 220 (17%) referências brasileiras dentre 1280. Em 2016, foram utilizadas 154 (16,6%), referências brasileiras no total de 926.CONCLUSÃO: Os resultados indicam o crescimento da reprodução da produção científica nacional. Portanto, é pertinente afirmar que o cenário científico cirúrgico brasileiro está evoluindo consistentemente de forma positiva.BIBLIOGRAFIA: Teixeira, R. K. C., Silveira, T. S., Botelho, N. M., & Petroianu, A. (2012). Citação de artigos nacionais: a (des) valorização dos periódicos brasileiros. Rev Col Bras Cir, 39(5), 421-4.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 933

TÍTULO DO TRABALHO: FEOCROMOCITOMA BILATERAL EM PACIENTE DE 56 ANOS OBESA, DIABÉTICA, HIPERTENSA E DESLIPIDÊMICA: UM RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: HELENA MANFRINATO KASTANOPOULOS1; GUILHERME DE ANDRADE GAGHEGGI RAVANINI2; RAFAEL MASSAO DA SILVA NAGATO2; PEDRO EDER PORTARI FILHO2; ANDREA POVEDANO2; ANDREA NEVES SOARES2; IASMIN CAVA DE SÁ2; HENRIQUE NEUBARTH PHILLIPS2. 1. UNIRIO, SÃO PAULO - RJ - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Feocromocitomas são tumores originados nas células cromafins do eixo simpático adrenomedular, produtores autônomos de catecolaminas, especialmente adrenalina e noradrenalina. Ocorrem dois a oito casos para cada 1.000.000 de habitantes/ano. A manifestação clinica mais comum é a elevação da pressão arterial paroxística ou sustentada. A tríade clássica consiste em cefaleia episódica, sudorese e taquicardia. A apresentação bilateral, assim como extra-adrenal ocorre em 10% dos casos.Temos como objetivo relatar um caso de feocromocitoma bilateral, com intervenção cirurgia em dois tempos: abordagem incomum na literatura preconizada. Relato de caso: N.S.F.B, 56 anos, feminina, obesa grau II, diabética, hipertensa, dislipidêmica, portadora de fibromialgia. Queixa de paroxismos de sudorese profusa, vertigem, cefaleia, mal estar, rubor facial, palpitações com elevação da pressão arterial para níveis de até 240x170 mmHg de 2 a 3 vezes na semana em junho de 2014. Evolução para sintomas diários até outubro de 2015 sem esclarecimento diagnóstico. Em 2015 em atendimento hospitalar por quadro exantemático e de dor lombar foi submetida a TC e RNM abdominais. Identificando tumor adrenal esquerdo de 6 cm e direita de 1,5 cm. Investigada para Feocromocitoma com meta-iodo-benzil-guanidina que mostrou captação bilateral. Encaminhada ao serviço de Cirurgia do Hospital Universitário Gaffreé e Guinle para adrenalectomia bilateral. Internada em 29/07/2016 para preparo pré-operatório com alfa e beta bloqueio, adrenalectomia videolaparoscópica a direita em 03/08/2016. Readmitida 07/11/2016, em 09/11/2016 adrenalectomia esquerda videolaparoscópica. Evoluiu com hipertensão e difícil controle necessitando permanecer em CTI por 1 dia no pós-operatório imediato de ambas cirurgias. Prescrito Hidrocortisona e Prednisona pelo serviço de endocrinologia do HUGG. No pós-operatório submetida a MAPA revelando PA elevada em diversas ocasiões. Prescrita associação de anti-hipertensivos. Alta 17/11/2016, ainda hipertensa. Em acompanhamento ambulatorial nos Serviços de Cardiologia, Endocrinologia e Cirurgia do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle. Conclusão: A adrenalectomia laparoscópica para o Feocromocitoma é um procedimento seguro e de eleição. A abordagem laparoscópica bilateral resulta em tempo cirúrgico elevado, aumentando o índice de complicações per-operatórias. A abordagem em dois tempos se mostrou segura, com menor tempo cirúrgico e baixo índice de complições.

CODIGO DO TRABALHO: 2072

TÍTULO DO TRABALHO: Fibroma recidivado em região dorsal: relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: KATHARINNE INACIO VAZ LAURIANO1; RAISSA NASCIMENTO HAMAOKA1; WESLEY SILVERIO PIMENTA1; RODRIGO KOUZAK MAYER1; VINICIUS ALVES FONSECA2; MAISA HELENA DE ABREU SILVA SANTOS1; DANIELLA SILVA MENA1; HELOIZA ARRAIS BANDEIRA TAVARES LEITE1. 1. HOSPITAL REGIONAL DO GAMA - DF, GAMA - DF - BRASIL; 2. HOSPITAL REGIONAL DO GAMA - DF, HOSPITAL REGIONAL DO GAMA - DF - DF - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Fibroma é um tumor do tecido conjuntivo benigno, resultante de hiperplasia fibrosa devido trauma ou reação inflamatória. Clinicamente caracteriza-se por ser uma lesão elevada, de coloração normal, com superfície lisa, base séssil ou pediculada, podendo apresentar superfície ulcerada. Histologicamente apresenta número variável de fibroblastos entremeados por fibras colágenas e pequenos vasos sanguíneos. O tratamento consiste na remoção cirúrgica, sendo raras as recidivas. Neste trabalho relatamos um caso confirmado pelo anatomopatológico de fibroma recidivado em dorso.Relato de caso: Paciente sexo masculino, 54 anos, com tumoração extensa em dorso. Relato que há 21 anos retirou cirurgicamente massa de aproximadamente 8.700 gramas, revelando tratar-se de pólipo fibroso cutâneo e, segundo anatomopatológico fibroma mole. Refere que no mesmo local, a tumoração voltou a crescer. Ao exame físico, grande nódulo palpável em dorso, consistência fibroelástica amolecida, medindo aproximadamente 20cm, associado a ardência no local. Nega febre, dispneia ou outros sinas de infecção ativa. A lesão foi submetida a exérese cirúrgica, através de incisão transversa em dorso no local do nódulo, evidenciado grande tumoração de tecido predominantemente gorduroso, infiltrando musculatura local. Feito dissecção da tumoração com retirada de parte da musculatura local acometida, com moderado sangramento. Procedido retirada de fuso de pele local acometida, colocado dreno hemo-vac 4.8 em loja da tumoração e por fim fechamento primário da pele. No pós operatório tardio a ferida operatória apresentava grande quantidade de fibrina e saída de secreção hialina, sem odor característico, com pequenas áreas de necrose no centro, além de leucócitos de 15000. A conduta adotada foi antibioticoterapia com ciprofloxacino associado a clindamicina e desbridamento de áreas de necrose. O laudo anatomopatológico descreveu fibroma de quatro segmentos irregulares, o maior medindo 18,0cm x 12,0cm x 8,0cm, com fuso de pele na superfície medindo 17,0cm x 3,5cm; espécime evidenciando células adiposas maduras, entremeadas por traves fibroconjuntivas, favorecendo o quadro de fibroma intramuscular; sem áreas de necrose, linfoblastos ou aumento da celularidade. Sem outras intercorrências.Conclusão: Fibroma pode ser encontrado em qualquer área da superfície corpórea e mucosa oral, e cujo tratamento padrão é a excisão com margens livres, ainda que ocorra recidiva o tratamento continua o mesmo.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2797

TÍTULO DO TRABALHO: FÍSTULA ANORRETAL SECUNDÁRIA A COLOCAÇÃO DE PRÓTESE PENIANA: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MALU MENEZES GOMIDES1; LARA SILVA PAIXÃO2; AMINA MUHAMAD MOTA MUSTAFÁ1; THALLES MELO DE OLIVEIRA LOPES3; CARLÚCIO CRISTINO PRIMO3. 1. PUC GOIAS, GOIÂNIA - GO - BRASIL; 2. PUC GOIÁS, GOIÂNIA - GO - BRASIL; 3. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GOIÂNIA, GOIÂNIA - GO - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A disfunção sexual masculina envolve alterações nos mecanismos da obtenção e manutenção da ereção peniana, emissão espermática, ejaculação e orgasmo. Possui etiologia orgânica, psicogênica ou mista. Embora seja uma desordem benigna, afeta a saúde física e psicológica com impacto na qualidade de vida. Cerca de 5-20% dos homens tem algum grau de disfunção erétil. A terapêutica é ampla. O primeiro implante de prótese ocorreu em 1936 e muitas técnicas foram aprimoradas desde então. As próteses podem ser maleáveis e infláveis. As complicações deste processo são raras, mas existem e podem ser intra-operatórias ou pós operatórias, precoces ou tardias. As complicações precoces mais comuns são: retenção urinária, edema, hematoma e dor. Já as tardias envolvem infecção, extrusão de prótese, fibrose, falha mecânica e persistência de disfunção erétil. O objetivo do trabalho é relatar um caso de complicação pós-operatória tardia incomum com o uso de prótese peniana maleável. Relato de Caso:ACF, masculino, 66 anos, chega ao ambulatório de Coloproctologia da Santa Casa de Misericórdia de Goiânia em agosto de 2016 com queixa de nódulo em glúteo esquerdo. Antecedentes: câncer de próstata tratado com radioterapia e prostatectomia radical em 2012; colocação de prótese peniana maleável em 2014. Ao exame: nódulo fibroelástico em glúteo esquerdo com drenagem cutânea de secreção amarelada, sem dor e sinais flogísticos. Na colonoscopia: fístula anal e retite leve. Interrogado retite actínica secundária à radioterapia e fístula em reto inferior com drenagem para glúteo. No ato cirúrgico identificou orifício fistuloso externo a quatro centímetros da margem anal posterior localizada 3 horas e orifício interno às 3 horas. Realizada cateterização de trajeto fistuloso, fistulotomia e curetagem do trajeto. Durante o procedimento foi evidenciado como causa da fístula um corpo estranho medindo 15 x 1,5 cm de diâmetro, encontrada no trajeto da fístula na parede do canal anal. Realizada fistulectomia anal e retirada da prótese peniana em reto inferior. Paciente evoluiu sem intercorrências no pós-operatório recebendo alta em 24 horas. Na consulta de retorno ferida operatória apresentava-se em bom aspecto e evoluiu sem queixas. Conclusão:Não são encontrados relatos na literatura de abscesso e fístulas anorretais dentre as complicações de protése peniana no tratamento de disfunção sexual masculina, portanto trata-se de uma complicação rara decorrente de fatores não bem compreendidos.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 546

TÍTULO DO TRABALHO: Fístula colecistoduodenal e Íleo Biliar - Um relato de Caso,

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BRUNO ISMAIL SPLITT; CAROLINE MARCELE MACIEL BERGER; MAICO PAULO ALFLEN; BETINA NEUTZLING; OSCAR EDUARDO LUZ DE CARVALHO LEITE; ANTONIO RENATO BANDEIRA MONDELO. HOSPITAL ERNESTO DORNELLES, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O íleo biliar é uma complicação rara da colelitíase, se comporta como uma oclusão intestinal mecânica devido à impactação de um ou mais cálculos na luz do intestino, como resultado de uma comunicação anômala (fístula biliar) entre o trato gastrointestinal e o sistema biliar.Embora os cálculos biliares sejam responsáveis por menos d 3% dos casos de obstrução intestinal, entre os pacientes com mais de 65 anos, esse índice chega a atingir 20 a 25%. Sintomas mais comuns incluem náuseas, vômitos, dor e distensão abdominal, a Tríade de Riegler (obstrução do intestino delgado, cálculos biliares ectópicos e ar na via biliar) é característica da doença. O exame de imagem com maior acurácia diagnóstica é a Tomografia Computadorizada . Remoção do cálculo para reversão da obstrução intestinal. A ressecção intestinal somente está indicada se houver perfuração ou isquemia de alça. Relato de caso: JCL, 86 anos, masculino, procura emergência do Hospital Ernesto Dornelles dia 28/01/2017 por queixa de vômitos pós-prandiais tardios há 1 mês. Relata inapetência, emagrecimento. Ao exame, presença de massa em região epigástrica interrogada. Realizou TC de abdome total com contraste dia 28/01 que aventou a possibilidade de fístula colecistoduodenal, sugerido investigação com ressonância magnética. RNM de abdome do dia seguinte evidenciou vesícula biliar parcialmente distendida, sem evidência de cálculos no seu interior, com defeito de continuidade na parede anterior da vesícula biliar, com fístula colecistoduodenal, medindo cerca de 1,0cm. Optado inicialmente por tratamento conservador, dia 31/01 realizou EDA que não evidenciou cálculo biliar até a 3a porção duodenal. Transição do bulbo para D2 com grande fístula para a vesícula, com presença de edema porém com transito preservado. Por deteriorização do quadro clínico e alteração do hábito intestinal dia 03/02 foi realizada nova TC de abdome que mostrou imagem espontaneamente densa de hiperatenuação, arredondada, com 4,3cm, determinando obstrução ao menos parcial de uma alça intestinal delgada, cujas paredes estão espessadas, quadro compatível com ílio-biliar. Paciente foi levado para laparotomia de urgência na qual foi realizada enterotomia, retirada do cálculo e rafia primária. Conclusão: O diagnóstico precoce das colelitíases em pacientes idosos e sintomáticos, bem como a colecistectomia eletiva, faz-se necessário para evitar tais complicações.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1745

TÍTULO DO TRABALHO: FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA POR TUBERCULOSE EM PORTADOR DE AIDS COM TRATAMENTO CONSERVADOR: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GABRIEL DOS SANTOS WINZ; MARCELO COSTA VELHO MENDES DE AZEVEDO; RODRIGO PANNO BASÍLIO DE OLIVEIRA; RAÍSA RAMOS BEZERRA; LUCAS SCARANELLO; ANNA CLARA ASCENDINO CORRÊA; RAISSA JOSÉ DE FRANÇA CARVALHO. UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: O tratamento cirúrgico de fístulas é amplamente indicado na correção do trajeto evitando, assim, complicações. No entanto, quando há causa infecciosa, os resultados podem não ser os esperados, com maior número de reoperações e agravamento da morbidade. O trabalho tem por objetivo relatar a opção terapêutica da equipe em não abordar diretamente uma fístula traqueoesofágica. Relato de caso: Paciente de trinta e três anos, sexo masculino, HIV/aids recentemente diagnosticado iniciada terapia antirretroviral, encaminhado ao Hospital Universitário Gaffrée e Guinle apresentando hiporexia, perda ponderal e disfagia para líquidos. Endoscopia digestiva alta visualizou úlceras esofágicas e orificio de fistula traqueoesofágica. Estudo histopatológico das lesões resultou em coinfecção por Mycobacterium tuberculosis e citomegalovírus. Iniciado tratamento com rifampicina, isoniazida, pirazinamida, etambutol, ganciclovir e instalada gastrostomia. Houve melhora clínica e alta hospitalar com acompanhamento ambulatorial, endoscopia e radiografia com contraste baritado. Sete meses após alta, terminado o esquema tuberculostático, já não havia evidência de trajeto fistuloso. Foi, então, retirada a gastrostomia e o paciente voltou a se alimentar por via oral sem recorrência da fístula. Conclusão: Tratamento conservador sem a abordagem direta do trajeto fistuloso apresenta resultados promissores na resolução de fístulas traqueoesofágicas infecciosas, contribuindo para melhor qualidade de vida dos pacientes.

CODIGO DO TRABALHO: 1484

TÍTULO DO TRABALHO: Gastrectomia total laparoscópica com esplenectomia e pancreatectomia em bloco por neoplasia gástrica localmente avançada

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ISADORA ÍSIS FERNANDES VIEIRA1; ALEXANDRE CHARTUNI PEREIRA TEIXEIRA2; ADRIANO PAMPLONA3; CAROLINA ERY HOSAKA DE VASCONCELOS3; NALISSON ARAÚJO3; SUELLEN VIEIRA DA SILVA2. 1. HOSPITAL REGIONAL DE SOBRADINHO, BRASÍLIA - DF - BRASIL; 2. HRS, BRASÍLIA - DF - BRASIL; 3. HSL, BRASÍLIA - DF - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A gastrectomia total laparoscópica com linfadenectomia a D2 é um procedimento complexo que está se tornando mais frequente na prática cirúrgica diária. Porém, a ressecção multivisceral por esta via de acesso em casos de invasão da neoplasia em outros órgãos ainda não foi descrita. Descrevemos um caso operado em Brasília/DF com identificação intra-operatória de comprometimento da cauda pancreática. Relato do caso: Paciente do sexo feminino, 51 anos, com história de dor epigástrica e dispepsia, sem resposta com medicamentos habituais. Foi submetida a endoscopia digestiva alta que evidenciou lesão de aspecto neoplásico úlcero-infiltrativa em corpo gástrico alto, friável e endurecida. Biópsia e estudo histopatológico realizados comprovaram o diagnóstico de adenocarcinoma pouco diferenciado com células em anel de sinete. Tomografia não evidenciou metástases à distância ou comprometimento local de outros órgãos. No intra-operatório, porém, evidenciou-se invasão da cauda pancreática pela neoplasia. Optou-se por realizar gastrectomia total com linfadenectomia a D2 com esplenectomia e pancreatectomia distal, em bloco. A paciente evolui bem no pós-operatório, recebendo alta no quinto dia de pós-operatório, sem intercorrências. Análise da peça cirúrgica evidenciou adenocarcinoma com células em anel de sinete, com comprometimento de 4 linfonodos de 36 dissecados. A invasão do parênquima pancreático foi confirmada. Apresenta boa evolução pós-operatória após 180 dias, com boa aceitação da dieta. Conclusão: A gastrectomia total laparoscópica com ressecção em bloco de outros órgãos é factível e segura. Suas vantagens são a recuperação mais rápida, menos dor pós-operatória e início precoce de quimioterapia adjuvante. Exige disponibilidade de materiais de alta tecnologia e equipe comprometida.

CODIGO DO TRABALHO: 1492

TÍTULO DO TRABALHO: Gastroduodenopancreatectomia laparoscópica - Um caso ideal para começar

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ISADORA ÍSIS FERNANDES VIEIRA1; ALEXANDRE CHARTUNI PEREIRA TEIXEIRA2; MARCOS TRINDADE3; NALISSON ARAÚJO3; CAROLINA ERY HOSAKA DE VASCONCELOS3; ADRIANO PAMPLONA3; SUELLEN VIEIRA DA SILVA2. 1. HOSPITAL REGIONAL DE SOBRADINHO, BRASÍLIA - DF - BRASIL; 2. HRS, BRASÍLIA - DF - BRASIL; 3. HSL, BRASÍLIA - DF - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A gastroduodenopancreatectomia (GDP) laparoscópica é um procedimento cirúrgico de alta complexidade e que exige uma adequada seleção de pacientes para que obtenha bons resultados. Descrevemos um caso selecionado operado em Brasília/DF, com bom êxito. Relato do Caso: Paciente do sexo masculino, 38 anos, com diagnóstico de seminoma de mediastino em tratamento. Em exames de acompanhamento foi identificado nódulo em cabeça de pâncreas com 2,0 cm, com atrofia do parênquima de corpo e cauda pancreática e dilatação importante do ducto pancreático principal. Foi submetido a GDP totalmente laparoscópica sem intercorrências, com 390 minutos de duração. O biotipo do paciente, a dimensão da neoplasia e a grande dilatação do ducto pancreático facilitaram a ressecção e a reconstrução. Recebeu alta no quarto dia de pós-operatório, sem fístula pancreática ou outras alterações. Análise da peça cirúrgica evidenciou neoplasia neuroendócrina de baixo grau, sem comprometimento linfonodal. Apresenta boa evolução pós-operatória após 90 dias, com boa aceitação da dieta. Conclusão: A GDP laparoscópica é factível, desde que haja disponibilidade de materiais de alta tecnologia e equipe comprometida. A seleção de pacientes é fundamental nestes casos, principalmente no início da curva de aprendizado. Neoplasias de papila duodenal, colangiocarcinomas de colédoco distal e neoplasias neuroendócrinas podem ser escolhidos inicialmente. Pacientes com dilatação do ducto pancreático principal são os casos ideais.

CODIGO DO TRABALHO: 2750

TÍTULO DO TRABALHO: GIST EM MESOCÓLON

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BRUNA BERNARDES DA SILVA; CARLOS EDUARDO DE CASTRO AREAL; IZABELA RIBEIRO GRIMALDI; FÁBIO MAGY MENDES FILHO; FERNANDA LARA BORGES; MARIELE RIBEIRO NUNES; GUILHERME LEITE ZAMBELLI DE ALMEIDA. HOSPITAL BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
N.A, 44 ANOS, FEMININO, COM HISTÓRIA DE DISTENSÃO ABDOMINAL PROGRESSIVA COM EVOLUÇÃO EM UM MÊS. PACIENTE SEM QUAISQUER OUTROS SINTOMAS CONSTITUCIONAIS COMO DOR, PERDA DE PESO, FEBRE OU ADINAMIA. AO EXAME FÍSICO: PACIENTE EM BOM ESTADO GERAL, CORADA, HIDRATADA. ADBOME ASCÍTICO, INDOLOR, SEM MASSAS OU VISCEROMEGALIAS PALPÁVEIS. SOLICITADA USG DE ABDOME, A QUAL REVELOU LÍQUIDO LIVRE EM CAVIDADE ABDOMINAL, FORMAÇÃO OVALADA EM HIPOGÁSTRIO Á ESCLARECER. REALIZADA ENTÃO TOMOGRAFIA DE ABDOME COM RELATO DE VOLUMOSA LESÃO EXPANSIVA COM CENTRO PARCIALMENTE NECRÓTICO/LIQUEFEITO, MEDINDO CERCA DE 10,0X7,5X9,5 CM, COM APARENTE BASE DE IMPLANTAÇÃO PRÓXIMO AO CÓLON TRANSVERSO, CENTRO LATERAL À ESQUERDA SEM PLANO DE CLIVAGEM COM MESO CORRESPONDENTE. ADMITINDO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL COM SARCOMA, ADENOCARCINOMA, DO TRATO GASTROINTESTINAL OU AINDA GIST. PACIENTE SUBMETIDA A LAPAROTOMIA EXPLORADORA , REALIZADA RETIRADA DE MASSA TUMORAL EM MARGEM MESOCÓLICA PRÓXIMA AO TRANSVERSO. HISTOPATOLÓGICO FEZ DIAGNÓSTICO TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL (GIST). SENDO SUGERIDO O ESTUDO IMUNOHISTOQUÍMICO. O RESULTADO DO PAINEL DE ANTICORPOS MOSTROU CD117 (C-KIT+) E CD34 + E SENDO CLASSIFICADO COMO MALIGNO DE COMPROMETIMENTO AGRESSIVO DEVIDO AO ÍNDICE MITÓTICO MAIOR QUE 5/50HPF E TAMANHO MAIOR QUE 5 CM. PACIENTE ENCAMINHADO PARA ONCOLOGIA QUE INICIOU TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO COM IMANTIMIBE POR 1 ANO PARA DIMINUIÇÃO DO RISCO DE RECORRÊNCIA.

CODIGO DO TRABALHO: 485

TÍTULO DO TRABALHO: Gravidez ectópica extra-tubária: relato de 4 casos

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANA CELIA DINIZ C. BARBOSA ROMEO1; ALAN FONSECA AIRES2; ANDRE LUIS BARBOSA ROMEO2; JAMILE CARAMELLO ORTINS SAMPAIO2; ÁVIO MOTA BRASIL NETO2; LEONARDO AUGUSTO OLIVEIRA2; GUSTAVO DOS SANTOS CERQUEIRA SILVA2; DANIELLE FREITAS SERAFIM2. 1. HOSPITAL DO SUBÚRBIO, SALVADOR - BA - BRASIL; 2. HOSPITAL ANA NÉRI, SALVADOR - BA - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: relato de uma série de 4 casos em um Serviço Médico Privado de Salvador-BA com pacientes que apresentaram gravidez ectópica onde o diagnóstico precoce e a conduta adotada foram definidoras quanto ao desfecho favorável. Relato de casos: Pacientes com idades entre 20 e 33 anos, sem comorbidades, primigestas, com tempo de amenorreia entre 5 a 7 semanas, todas acompanhadas por serviço de pré-natal, com gestação confirmada pela elevação compatível do beta-HCG. Dão entrada em Unidade Médica de Urgência com queixas similares: relato de dor pélvica de leve a moderada intensidade, sem sangramento vaginal ou outros sintomas. Diante do quadro clínico e do USG-transvaginal, associado a diminuição progressiva dos níveis de beta-HCG, suspeitou-se de 3 casos de gravidez tubária e de um caso de gravidez ovariana com lesões apresentando tamanho maior ou igual a 4 cm. Todas as pacientes foram submetidas à videolaparoscopia sendo encontrados 3 casos de gravidez cornual e 1 caso de gravidez ovariana. Dois casos de gravidez ovariana foram convertidos para laparotomia e realizada sapingectomia + exérese do corno uterino acometido, e 1 caso foi finalizado por via laparoscópica; na paciente que apresentou gravidez ovariana foi realizada ooforoplastia + salpingectomia videolaparoscópica. Pacientes apresentaram boa evolução no pós-operatório, recebendo alta hospitalar sem queixas. Três pacientes relataram gestação tópica sem intercorrências no seguimento. Perdeu-se o seguimento da quarta paciente.Conclusão: a gravidez ectópica é a principal causa de morte materna no primeiro trimestre de gestação, sendo essencial a sua suspeita na presença de sintomas compatíveis, tendo a confirmação do diagnóstico através da realização de USG-transvaginal e a dosagem do beta-HCG. A necessidade do diagnóstico precoce consiste na melhor eficácia de tratamentos conservadores e sobretudo na abordagem cirúrgica efetiva quando necessária, evitando-se os riscos adicionais de um procedimento de emergência, com menor morbi-mortalidade no pós-operatório e melhores resultados acerca do futuro reprodutivo.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2361

TÍTULO DO TRABALHO: hematoma espontâneo de músculo reto abdominal

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LUCIO RAVEL SILVA ANDRADE COSTA; HISASHI AOYAGI; FERNANDA DENISE ALVES DIAS; HANA RAYSSA MATTOS DE LOSSIO E SEIBLITZ; GUSTAVO DELL`ANTONIA; JOSE MACHADO NETO; JOAO MANOEL BRANDÃO CAMILO; DANIEL SAMPAIO MENDES. HOSPITAL MUNICIPAL DR CARMINO CARICCHIO, SAO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
PACIENTE DE 53 ANOS, SEXO FEMININO, NATURAL DO ESTADO DE SÃO PAULO, DEU ENTRADA PELO PRONTO SOCORRO QUEIXANDO-SE DE DOR ABDOMINAL E MANCHA AVERMELHADA NA REGIÃO DO FLANCO ESQUERDO. NEGAVA HISTORIA DE TRAUMA, PORÉM, REFERIA HISTORIA DE TOSSE HÁ UMA SEMANA, COM PIORA NOS ÚLTIMOS DOIS DIAS. ANTECEDENTES CLÍNICOS: DIABETES MELLITUS E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.FORAM realizados EXAMES DE IMAGEM: ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME, CUJO LAUDO NÃO MOSTROU COLEÇÃO DE NA PAREDE ABDOMINAL; TOMOGRAFIA DE ADBOME, na qual FOI POSSÍVEL VISUALIZAR ACÚMULO DE LÍQUIDO NO PLANO MUSCULAR, NAS REGIÕES ANTERIOR ESQUERDA E FLACO ESQUERDO. EXAMES DE LABORATÓRIO MOSTRARAM LEUCOCITOSE DE 17300 COM 7% DE BASTONETES, SUGERINDO PROCESSO INFECCIOSO RECENTE.O hematoma dos músculos retos abdominais é uma coleção aguda ou crônica de sangue no músculo reto abdominal ou entre este e a sua bainha aponeurótica. É ainda considerado uma entidade rara, com acometimento de cerca de 1/10.000 de todas as urgências.a irrigação sanguínea dos músculos retos abdominais é importante para a compreensão do caso. A artéria epigástrica superior segue a direção primitiva da artéria torácica interna, descendo através das inserções costal e esternal do diafragma, penetra na bainha do músculo reto abdominal, a princípio dorsal ao músculo. Depois, perfura-o e o irriga, anastomosandose com a artéria epigástrica inferior, ramo da artéria ilíaca externa. ALGUNS RAMOS PERFURAM a lâmina anterior da bainha do músculo reto e irrigam os outros músculos do ABDOME. A localização mais frequente do hematoma ocorre ao nível da linha semicircular de Douglas, onde a artéria epigástrica inferior penetra na bainha do reto abdominal.o fator predisponente mais frequentemente citado é o uso da terapia anticoagulante profilática. No entanto, qualquer contratura muscular mais intensa ou abrupta, como a desencadeada por tosse persistente, esforço físico, ou mesmo um trauma, podem provocar solução de continuidade nos vasos epigástricos com consequente sangramento para dentro do músculo ou entre este e a sua bainha aponeurótica.A PACIENTE foi tartada com repouso, analgesia, antiinflamatórios e cobertura antibiótica. recebeu alta após 7 dias de tratamento, com melhora do quadro, comprovada através de novo exame tomográfico, que mostrou diminuição do volume da coleção líquida.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1560

TÍTULO DO TRABALHO: Hérnia diafragmática traumática crônica e estrangulada: uma causa incomum de obstrução intestinal

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: VINICIUS ALVES FONSECA; KATHARINNE INACIO VAZ LAURIANO; ISABELA CRISTINA DINIZ E PÁDUA; GABRIEL BROM ANDRADE; JULIA BORGES RAMOS; RODRIGO KOUZAK MAYER; MAISA HELENA DE ABREU SILVA SANTOS; DANIELLA SILVA MENA. HOSPITAL REGIONAL DO GAMA - DF, GAMA - DF - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoAs hérnias diafragmáticas em adultos são, geralmente, secundárias a traumatismos. A incidência varia de 0,8% a 15% e a mortalidade é alta, podendo chegar a 20%. As roturas do diafragma podem passar despercebidas em até dois terços dos casos durante a abordagem do trauma.Relato do casoHomem, 43 anos com quadro de epigastralgia, náuseas, vômitos, disúria, febre e parada de eliminação de flatos e fezes há 3 dias. Possui história de trauma contuso abdominal em acidente motociclístico há 6 anos sem assistência médica. Não houve melhora clínica apesar das medidas de suporte. Apresentava diminuição de murmúrio vesicular no tórax a esquerda e no abdome ruídos hidroaéreos diminuídos e dor em epigástrio, sem sinais de irritação peritoneal. Exames complementares: leucocitose (14,6 x 10^3 U/L) e às radiografias de tórax e abdome apresentava velamento de hemitórax e elevação da cúpula diafragmática esquerda e distensão de alças de cólon. A tomografia computadorizada de tórax (TCT) evidenciou volumosa hérnia diafragmática à esquerda contendo alças de delgado, cólon transverso e ângulo esplênico do cólon, com sinais de torção de pedículo do mesentério. Houve rápida evolução para sepse abdominal e foi submetido à Laparotomia Exploradora. Foi optado por esta via de acesso devido importância de achados na TCT, entretanto, considerando técnica combinada com Toracotomia caso houvesse dificuldade de redução das estruturas herniadas. Foi encontrado hérnia diafragmática esquerda contendo cólon transverso e descendente, alças de delgado, torção de mesentério e trombose de diversos ramos da artéria mesentérica superior e inferior que irrigavam as alças citadas. Foi realizado a redução do conteúdo herniário. Havia necrose de intestino delgado com perfuração a 1,1 metros do ângulo de Treitz. Foi realizado enterectomia de 1,2 metros de intestino delgado com anastomose primária das alças, colectomia de cólon transverso e colostomia em dupla boca, além de toracostomia em selo d?água em hemitórax esquerdo. O paciente recebeu suporte em UTI e evoluiu com pneumonia e deiscência de aponeurose. Após resolução das complicações recebeu alta hospitalar com boa evolução ambulatorial.ConclusãoO diagnóstico precoce de hérnia diafragmática representa um desafio aos médicos da emergência, devido à baixa sensibilidade das radiografias de tórax e à falta de sintomatologia específica. A indicação cirúrgica deve ser precoce para que se evitem complicações tais como necrose, sepse e empiema.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2734

TÍTULO DO TRABALHO: Hérnia Encarcerada Ostomia, peritoneostomia prévia, relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MAXLEY MARTINS ALVES1; THIAGO HAYASHIDA TELES DE CARVALHO1; GABRIEL ALVES CARRIÃO2; RAFAEL BEZE SOUZA2; VICTOR HUGO OLIVEIRA PONCIANO2; LEANDRO CAMPOS DONA2; REINALDO NEVES JUNIOR2; PATRÍCIA ALINE DE ANDRADE RODRIGUES2. 1. INSTITUTO DE CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO, OBESIDADE E METABÓLICA, GOIANIA - GO - BRASIL; 2. COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES CAPÍTULO GOIÁS, GOIANIA - GO - BRASIL.

RESUMO:
Sra C.S, 59 anos, foi internada com distensão abdominal, vômitos fecalóides, hérnia ostomia com encarceramento sem isquemia distal, mas com parada total de eliminação pela ileostomia terminal. Histórico prévio de colectomia total com fístula ileoretal, sendo realizado ileostomia terminal e tratamento cirúrgico em peritoneostomia e pelo menos cinco cirurgias abdominais há 5 anos. Anticoagulada devido trombose venosa profunda e tromboembolismo pulmonar prévios, em uso de Marevan. Obesa grau II, com IMC 38, 91 Kg.Foi submetida a laparotomia exploradora com incisão peri-ostomia e dissecção retroperitoneal até plano de clivagem com alças. Dissecção lise de aderências com liberação de alças. Enterectomia parcial, nova ileostomia a esquerda.Mantida em peritoneostomia com curativos diários. Dieta parenteral total por 5 dias devido íleo adinâmico, seguido de dieta oral. Devido ausência de musculatura abdominal para reconstrução de parede abdominal, foi optado por implante de tela implantável (lado parietal polipropileno, lado visceral com difluoreto de polivinilideno) proporcionando redução e profilaxia de aderências entre o intestino e a rede. Posicionado dreno vácuo, retirado no 5 PO.Paciente evoluiu de forma favorável, tendo recebido alta hospitalar com 15 dias.Em acompanhamento ambulatorial sem intercorrências de parede abdominal e ileostomia recente.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 3000

TÍTULO DO TRABALHO: Hérnia inguinoescrotal volumosa com tumor de cólon sigmoide encarcerado: um relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ADORÍSIO BONADIMAN1; TIAGO FRANCISCO MELEIRO ZUBIOLO2; WANDERLISTER DUQUE TAVARES1; THIAGO TIESSI SUZUKI2; RAFAEL UTIMURA SUETA2; PATRICIA MARISTELLA DOS REIS MARIA2; GUILHERME AUGUSTO POLAQUINI2; AUGUSTO FELIPE BRUCHEZ3. 1. UNINGÁ - CENTRO UNIVERSITÁRIO, MARINGÁ - PR - BRASIL; 2. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ, MARINGÁ - PR - BRASIL; 3. HOSPITAL METROPOLITANO DE SARANDI, MARINGÁ - PR - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Tumores malignos encontrados em hérnias inguinais são eventos raros, ocorrendo em menos de 0,4% dos casos operados, segundo levantamentos histopatológicos. Podem ser classificados em três grupos, a partir de suas relações anatômicas com o saco herniário: intrassaculares, saculares e extrassaculares. Enquanto os tumores intrassaculares são tumores primários de órgãos encarcerados, tumores saculares podem ser tumores primários ou lesões metastáticas que envolvem o peritônio, como mesotelioma ou metástases peritoneais de órgãos intra-abdominais. Com essa divisão, sabe-se que os tumores intrassaculares são mais raros que os tumores saculares metastáticos. Esse relato de caso descreve o achado de tumor sacular primário de cólon sigmoide em hérnia inguinoescrotal esquerda.Relato de caso: Paciente masculino de 87 anos, portador de HAS controlada com medicamentos, iniciou quadro de alteração de hábito intestinal com períodos de constipação alternados com diarreia associado a hematoquezia. Negava perda ponderal ou outros sintomas gastrointestinais. Entre os achados de exame físico, encontrou-se uma hérnia inguinoescrotal esquerda encarcerada, discretamente dolorosa a palpação. Realizado exame de retossigmoidoscopia flexível que evidenciou lesão vegetante, ulcerada e estenosante que ocupava toda a circunferência do órgão e impedia a passagem do aparelho. No exame foram realizadas biópsias que evidenciaram adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Tomografia computadorizada de abdome mostrou espessamento do cólon no interior do saco herniário, sem lesões hepáticas e ganglionares. Realizada laparotomia mediana e observado cólon sigmoide encarcerado em hérnia de rolamento, não sendo possível a sua redução. Realizada incisão em região inguinal esquerda auxiliar com redução do cólon e da lesão e remoção do saco herniário. Procedeu-se então retossigmoidectomia com ligadura dos vasos mesentérios junto à origem e anastomose colorretal término-terminal manual em dois planos. Paciente apresentou evolução favorável, com alta no quinto DPO.Conclusão: Hernias inguinoescrotais encarceradas contendo um adenocarcinoma de cólon em seu interior são extremamente raras, mas devem ser consideradas em pacientes com massa inguinal irredutível. A associação de sintomas de obstrução com irredutibilidade em pacientes com hérnias previamente redutíveis auxiliam no aumento da suspeição.

CODIGO DO TRABALHO: 1611

TÍTULO DO TRABALHO: HÉRNIA TRANS-MESENTÉRICA CONGÊNITA EM ADULTO: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: HENRIQUE MOURA PARREIRA; MARCELO FERNANDES MAIA DE LIMA; FERNANDO SIMÕES DE SENA; RODRIGO SPÍNOLA E SILVA; ELCIO ANTUNES DOS SANTOS; ANDERSON FREITAS DE SOUZA ASSIS MORAIS; HIGOR SOUZA CARLECH; MARIA CLARICE A. VASCONCELOS. HOSPITAL MARCIO CUNHA, IPATINGA - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A hérnia interna congênita é uma protrusão visceral abdominal através de orifício no interior da cavidade abdominopélvica, quando não há história de cirurgia prévia ou outra etiologia secundária. O objetivo desde trabalho é o relato de um caso de hérnia transmesentérica congênita. RELATO DE CASO: GT, 22 anos, masculino, apresentou quadro de distensão e dor abdominal associada a parada de eliminação de flatos e fezes por 12 horas, sugerindo obstrução intestinal. A avaliação radiográfica em ortostase de abdome evidenciou distensão de alças delgadas com níveis hidroaéreos e ausência de ar em ampola retal. Ao exame, paciente apresentava fácies de dor, abdome distendido, doloroso à palpação sem sinais de irritação peritoneal. O paciente foi submetido à laparotomia exploradora com achado cirúrgico de hérnia interna transmesentérica estrangulada com sofrimento de alças de intestino delgado, porém sem evidências de inviabilidade. Foi realizada a redução das alças de intestino herniadas e fechamento do defeito do mesentério. Paciente obteve alta hospitalar no terceiro dia de pos-operatório após boa evolução sustentada durante internação.CONCLUSÃO: As hérnias internas congênitas em adultos são condições raras, respondendo por 2% de todas as hérnias internas da população adulta, sendo o diagnóstico precoce e a intervenção cirúrgica imediata fundamentais para a boa evolução do quadro, o que evidencia a importância da discussão e reconhecimento clínico da etiologia abordada na presente produção científica.

CODIGO DO TRABALHO: 3120

TÍTULO DO TRABALHO: HIPOALBUMINEMIA RELACIONA-SE COM MORBIDADE PÓS-OPERATÓRIA EM GRANDES CIRURGIAS?

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PEDRO EDER PORTARI FILHO; RAISSA JOSÉ DE FRANÇA CARVALHO; KARINE REIS DE MIRANDA. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:
A hipoalbuminemia no pré-operatória está associada a altas taxas de morbidade e mortalidade em pacientes submetidos a cirurgias de grande porte. Vários trabalhos na literatura e diretrizes internacionais apontam a hipoalbuminemia como fator de risco independente para complicações pós-operatórias. A literatura nacional possui pouco trabalhos sobre o tema, atingindo os mesmos resultados. O objetivo deste trabalho foi: avaliar a relação da dosagem sérica de albumina pré-operatória com a predição de morbidade, e tempo de internação pós-operatório nos pacientes submetidos a cirurgias de grande porte. Metodologia: Foi realizada a coleta de sangue para dosagem da albumina sérica nos pacientes da terceira enfermaria cirúrgica do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle no momento da sua admissão. Após a realização do procedimento cirúrgico indicado, o paciente foi monitorado, nos 30 dias subsequentes, quanto ao aparecimento de complicações pós-operatórias (infecciosas ou não), mortalidade e tempo de internação pós-operatório. Foi considerada dosagem de albumina sérica normal valores iguais ou maiores que 3,5g/dl, a hipoalbuminemia foi considerada moderada na faixa entre 3,1 e 3,4g/dl e hipoalbuminemia grave quando os valores eram iguais u menores que 3,0g/dl. As complicações foram relacionadas com as faixas de albuminemia, e o tempo de internação foi calculado por meio de média em cada grupo de pacientes de acordo com a dosagem de albumina. Resultados: Participaram 53 pacientes, com média de idade de 61,9 anos, sendo 63,2% do sexo feminino, e 84% com doença maligna. Hipoalbuminemia (

CODIGO DO TRABALHO: 2690

TÍTULO DO TRABALHO: IATROGENIA POR PASSAGEM DE SONDA NASO-ENTÉRICA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RODOLFO LEMOS SOARES SOARES; ALINE SAYURI LOPES FUKINO; RICARDO ANTONIO DELLA LUCIA; LUCIANNE THAIS ALVES NOGUEIRA; DANIEL MATEUS CABRAL PINTO; BRUNO CEZAR PASSOS SANTANA; LAÍS RODRIGUES MAFFIA. UFV, VIÇOSA - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOO manejo do paciente hospitalizado abrange intervenções necessárias para manter a homeostase corporal. Um procedimento comum é a prescrição de sonda naso-enteral (SNE) que tem como objetivo oferecer aporte calórico-proteico adequado. Apesar de possuir uma técnica de fácil execução e alta taxa de sucesso, a passagem da SNE não é isenta de complicações, sendo a iatrogenia frequente motivo preocupação entre os médicos.Este relato de caso visa descrever a evolução de um paciente internado que culminou em um desfecho sombrio devido iatrogenia.RELATO DE CASOPaciente 83 anos, admitida na emergência com queixa de mal-estar geral, hiporexia, constipação intestinal há seis dias e oligúria há quatro dias, associado a episódios de vômitos alimentares (frequência ignorada). Portadora de hipertensão arterial sistêmica e doença de Alzheimer. O exame físico sem alterações, exceto por redução do murmúrio vesicular em ambas bases pulmonares. O médico iniciou a propedeutica com internação na enfermaria de clínica médica e prescreveu hidratação venosa, Buscopam composto ®. Os resultados dos exames de imagem descreveram moderado derrame pleural bilateral e ascite leve, e os exames laboratoriais se encontram na tabela 1.A paciente estava, em um primeiro momento, estável, porém cursou com piora do quadro clínico após passagem de SNE e início de dieta, e foi levada para o centro de tratamento intensivo (CTI). Apresentava Glasgow 6, hipoxemia e pneumotórax à esquerda, verificado pela radiografia de tórax, devido à SNE mal posicionada. Prontamente retiraram e repassaram a SNE, e realizaram intubação orotraqueal. Evoluiu com hipercalemia, sendo instituído medidas clínicas para normalização dos níveis de potássio e programação de hemodiálise. Solicitaram parecer da cirurgia para drenagem do hemitórax esquerdo. Durante o procedimento de drenagem torácica em selo d?água houve saída imediata de moderada quantidade de ar e dieta enteral.CONCLUSÃOA repercussão que uma situação iatrogênica está intimamente relacionada a qualidade da relação médico-paciente que já foi estabelecida. No caso descrito houve desfecho desfavorável com o óbito da paciente o que demonstra profunda importância do tema. Podemos observar que a interdisciplinaridade e a busca da prática da integral no ambiente hospitalar, são fatores atenuantes ao número de situações iatrogênicas.

CODIGO DO TRABALHO: 2697

TÍTULO DO TRABALHO: ÍLEO ADINÂMICO, MAL NECESSÁRIO OU EVITÁVEL? REVISÃO DA LITERATURA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MAXLEY MARTINS ALVES1; LEONARDO EMILIO DA SILVA1; LARA SILVA PAIXÃO2; THIAGO HAYASHIDA TELES DE CARVALHO2; GABRIEL ALVES CARRIÃO2; RAFAEL BEZE SOUZA2; RAFAEL INACIO GUIMARAES2; VICTOR HUGO OLIVEIRA PONCIANO2. 1. INSTITUTO DE CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO, OBESIDADE E METABÓLICA, GOIANIA - GO - BRASIL; 2. COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES CAPÍTULO GOIÁS, GOIANIA - GO - BRASIL.

RESUMO:
íleo adinâmico ocasionado pela cessação transitória da coordenação da motilidade intestinal, após atos cirúrgicos, acarretando prejuízo a tolerância de dieta oral e alteração do trânsito intestinal. Definido com presença de distensão abdominal em pacientes com náuseas e ausência de flatos por 03 dias de pós operatório sem obstrução mecânica intestinal. Aumenta em média 72 horas de internação, com incidência elevada, próximo de 15,3% em cirurgias de colón, por exemplo e em média 15-18% no geral. Acarreta impacto na morbidade e nos custos da saúde. Influenciado por variáveis cirúrgicas, cirurgias abdominais prévias, uso de analgésicos opióides, idade, variáveis cirúrgicas (perda sanguínea, tempo de cirurgia.Devido esses resultados faz-se necessário prevenção. Desde a educação do paciente, tomando-se como modelo os protocolo ERAS. Tempo de jejum reduzido pré operatório, início precoce de dieta em pós operatório, táticas cirúrgicas, como laparoscopia, uso de estratégias multimodais para dor, deambulação precoce. Iyer et al J Manag Care Pharm 2009. Delaney CP et al. Am J Surg;191:315-319, 2006.Gervaz P et al. Int J Coloectal Dis 2006.Artinyan A, et al. World J Surg 2008.Svatek RS et al. Urology 2010.Kronberg U. et al Ann Surg 2011.Resnick J et al. Am J Gastroenterol;92:751-762, 1997.Senagore AJ. Am J Health-Syst Pharm; 64(suppl 13):S3-S7, 2007.Van Bree et al. Neurogastroenterol Motil. Aug, 2013.

CODIGO DO TRABALHO: 1676

TÍTULO DO TRABALHO: Íleo biliar: Relato de Caso e Revisão da literatura

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FELIPE ARAUJO DE SOUZA; MIRELLA DE FATIMA FUKUDA; WELLINGTON CUNHA; JANAYNA THAINÁ RABELATO; ANELISE STACHEWSKI RUSSO; ANDRE AMERICO MARTINS DE OLIVEIRA; ROBERTO MONTORO NETO; MARCELA QUEIROZ. HOSPITAL ANA COSTA, SANTOS - SP - BRASIL.

RESUMO:
O íleo biliar é uma complicação incomum da colelitíase, cerca de 1 a 3% dos pacientes acima de 60 anos, caracterizado por uma obstrução mecânica do intestino delgado ou do cólon, devido à impactação de um ou mais cálculos na luz intestinal.O presente trabalho relata o caso de uma paciente feminina, de 87 anos, hipertensa, com hernia incisional volumosa em regiao infraumbilical. Referia dor em hipocôndrio direito, acompanhada de vômitos e distensão abdominal com 30 dias de evolução e piora dos sintomas nas últimas 72 horas, com parada de eliminação de gases e fezes .A tomografia de abdome evidenciou presença de aerobilia e um cálculo misto na topografia do segmento ileal do intestino. Foi realizada laparotomia exploradora com enterotomia e retirada do cálculo e enterorrafia, sem manipulação da vesícula ou da fístula bilio-entérica.Concluímos que a doença calculosa de vesicular pode provocar o aparecimento de complicações graves, razão pela qual devemos pensar na indicação da colecistectomia eletiva, particularmente em doentes sintomáticos e com risco cirúrgico baixo, independentemente da idade.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2134

TÍTULO DO TRABALHO: IMPACTO DA TRANSFUSÃO DE CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS EM CIRURGIAS DO APARELHO DIGESTIVO EM UM HOSPITAL UNIVERSITARIO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ARTUR SERRA NETO1; TÁRCIA HELINY NOJOZA MENDONÇA2; KARLA MILLANA CARDOSO RODRIGUES2; MICHELLY SAMPAIO BONATES DURANS3; ADRIANA CARNEIRO CORRÊA NASCIMENTO3; MARIA SILVANE DE FÁTIMA VIANA RANGEL3. 1. HUUFMA - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, SAO LUIS - MA - BRASIL; 2. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, SAO LUIS - MA - BRASIL; 3. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, SÃO LUÍS - MA - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Cerca de 20 a 40% dos pacientes hospitalizados são diagnosticados com algum grau de anemia. Durante muito tempo, a decisão de transfundir ou não durante o período perioperatório foi fundamentada principalmente na hematimetria. As evidências atuais mostram um consumo excessivo de sangue alogênico, diminuição das doações e bancos de sangue com estoques reduzidos. Objetivo: Determinar a taxa de transfusão de concentrado de hemácias, o tempo de internação hospitalar, taxa de mortalidade e número de unidades de concentrado de hemácias transfundidas em pacientes submetidos a cirurgias do aparelho digestivo no Hospital Universitário Presidente Dutra. Métodos: Estudo quantitativo, retrospectivo, realizado com dados secundários investigados de prontuários de pacientes submetidos a cirurgias do aparelho digestivo no Hospital Universitário Presidente Dutra, com 18 anos de idade ou mais, no período de janeiro de 2015 a julho de 2016. Para análise estatística, utilizou-se o programa Minitab versão 14. Resultados: Dos 34 pacientes analisados, 13 receberam transfusão de concentrado de hemácias, representando um total de 38,24%. Um total de 66 unidades de concentrado de hemácias foi utilizado, cuja média foi de 1,94, com desvio padrão de 5,10. A taxa de mortalidade da amostra coletada foi de 11,76%. Considerando o grupo que recebeu transfusão de concentrados de hemácias, a taxa de mortalidade foi de 30,77%. Analisando o tempo de internação hospitalar, observa-se que os pacientes que não receberam transfusão de concentrados de hemácias ficaram hospitalizados por menos tempo em relação ao grupo dos pacientes que receberam transfusão de concentrado de hemácias. Conclusão: Observou-se maior tempo de internação hospitalar do grupo de pacientes que recebeu transfusão de concentrados de hemácias em relação ao grupo dos pacientes que não recebeu transfusão de concentrado de hemácias.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2179

TÍTULO DO TRABALHO: Impacto do curso de medicina na qualidade de vida dos estudantes

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PHILLIPE GERALDO T. DE ABREU REIS1; ADONIS NASR2; FLAVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASICH3; IWAN AUGUSTO COLLACO2; EDUARDO LOPES MARTINS FILHO4; BRUNA ARCOVERDE ABBOTT4; JEAN RAITZ NOVAIS4; JESSICA ROMANELLI AMORIM DE SOUZA4. 1. HOSPITAL ERASTO GAERTNER, CURITIBA - PR - BRASIL; 2. HOSPITAL DO TRABALHADOR, CURITIBA - PR - BRASIL; 3. HC-UFPR, CURITIBA - PR - BRASIL; 4. UFPR, CURITIBA - PR - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: A rotina cirúrgica de excessivas horas de trabalho gera um estresse contínuo entre os profissionais da saúde. Inúmeros mitos associam a especialidade cirúrgica com condições de vida precárias dos médicos, residentes e internos. Esse estudo avaliou o nível de estresse entre estudantes de medicina em estágios da cirúrgica comparado com o mesmo em estágios da clínica.Métodos: Estudo descritivo transversal e comparativo. Durante o período de fevereiro a abril de 2016, estudantes de medicina dos últimos 2 anos do curso responderam a um questionário online. Foi utilizado questionário validado relacionando o nível de estresse dos participantes nos 30 dias anteriores à participação, o que permitiu a formulação de uma escala de estresse que foi comparada com a população controle da mesma faixa etária (grupo controle A: população americana e grupo controle B: população de professores do Sul do Brasil). Os dados analisados foram descritos em porcentagens estatísticas simples. Variáveis contínuas foram analisadas pelo teste de t de Student e variáveis discretas pelo teste Qui-Quadrado.Resultados: 285 estudantes responderam ao questionário, sendo a maioria do quarto ano de medicina (39,6%), da mesma instituição (53,3%) e mulheres (60,7%). O nível de estresse dos estudantes mostrou que a maioria (35,1%) estavam aborrecidos com algo que aconteceu inesperadamente nas últimas semanas e muitos destes sentiam-se incapazes de controlar coisas importantes em suas vidas. Analisando a qualidade de vida dos estudantes de medicina no geral, a qualidade de vida apresentou-se como ?regular? (entre 3 e 3,9), enquanto que o nível de estresse foi superior quando comparado às populações dos grupos A e B, ambos com significância estatística (p= 0,00001668 e p= 0,0001686 respectivamente).Conclusão: Estudantes de medicina têm uma qualidade de vida regular e alto nível de estresse comparado às populações A e B.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 456

TÍTULO DO TRABALHO: IMPACTO DO SUPORTE NUTRICIONAL PERIOPERATÓRIO EFICAZ

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DANIEL LINHARES CARDOSO1; VICTÓRIA QUEIROZ RAMOS1; WALTER BATISTA DE SANTANA NETO1; AMANDA LINHARES CARDOSO2. 1. UNIVERSIDADE DE FORTALEZA, FORTALEZA - CE - BRASIL; 2. UNICHRISTUS, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVOS: Revisar evidências na literatura sobre nutrição perioperatória. Comparar desfechos relacionados a diferentes técnicas de inserção de dieta pré e pós-operatórias. Relacionar evolução do paciente com método aplicado. MÉTODOS: Revisão da literatura sobre nutrição perioperatória. Estudo transversal buscando dados nas bases: The Cochrane Library, MEDLINE e UpToDate. Publicações de 2003 a 2017 em português e inglês foram revisadas priorizando mais recentes e alto fator de impacto. RESULTADOS: Estabelecido em 1946, jejum pré-operatório prolongado (8-12h) foi visto como essencial para redução de complicações em cirurgias eletivas. Adoção empírica dessa rotina servia para assegurar o esvaziamento gástrico, minimizando risco de broncoaspiração e regurgitação do conteúdo gástrico ao haver indução anestésica e redução dos reflexos protetores das vias aéreas, eventos raros mas de alta morbimortalidade. No pós-operatório (PO), evitava-se nutrição oral até a resolução do íleo ou volta da função intestinal, o que correspondia a dias. Recomenda-se jejum pré-operatório de 2h para líquidos ?clear? (água, suco, café e chá - não inclui álcool) e 6h para líquidos ?non-clear? e comidas sólidas. Após 90 minutos o estômago esvazia os líquidos ?clear?. Após 2h, metade do sólido ingerido passa pelo duodeno. Esvaziamento de sólidos depende do volume e nutrientes da refeição, é diminuído mulheres e idosos. Não cumprimento do tempo mínimo de jejum pode atrasar a cirurgia. Períodos longos de jejum favorecem ocorrência de síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS) e queda do estado imunológico. No PO, dieta deve ser realizada precocemente, após 12h, por via oral ou sonda nasoentérica. É segura, contribui para retorno da função intestinal, diminui tempo de internamento e acelera cicatrização. CONCLUSÕES: Nutrição perioperatória interfere na evolução do paciente. Abreviação do jejum contribui para redução da resposta metabólica, resistência à insulina e internamento. Retorno funcional do íleo e a redução de complicações PO são minimizados com a retomada precoce da dieta. Deve-se questionar práticas empíricas e buscar adotar medidas baseadas em evidências. Apesar dos benefícios da redução do jejum perioperatório e malefícios do jejum prolongado para a evolução do paciente, baixa aderência persiste. Prática baseada em evidências e centrada no paciente aumenta satisfação do tratamento e melhora o prognóstico.

CODIGO DO TRABALHO: 2523

TÍTULO DO TRABALHO: IMPLANTAÇÃO DE UM NOVO MODELO ASSISTENCIAL NO SERVIÇO DE CIRURGIA DE URGÊNCIA EM HOSPITAL SECUNDÁRIO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCIO JOSE CARDOSO AMARAL; MAURO HENRIQUE DE SA ADAMI MILMAN; LUCAS CARTAFINA BARBOSA DE SOUSA; AMANDA DA CUNHA BORGES; JOSE ROBERTO MELCHIORI BUCCO. HOSPITAL REGIONAL DE COTIA, COTIA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: implantar um novo modelo assistencial (Método HDS) e avaliar as repercussões no atendimento do paciente cirúrgico de urgência.Método: estudo retrospectivo realizado em hospital público, nível secundário,no 1º trimestre de 2015 e 4º trimestre de 2016. Foram incluídos os pacientes operados por sepse de foco abdominal e maiores de 14 anos. O estudo compreendeu 2 períodos:fase I (pré-HDS)? os plantonistas agiam de maneira autônoma, e fase II(método HDS implantado)? um cirurgião sênior discutia os casos com os plantonistas, definia conduta, programava a sequência cirúrgica e fiscalizava a execução. Os resultados foram submetidos à estatística. Resultados:foram avaliados 65 pacientes na fase I e 105 na fase II. Os grupos eram semelhantes, pois não apresentaram diferenças significantes namédia de porte cirúrgico-CBHPM(7.5 ±0,5 na fase I e 7,9 ±0,9 na fase II) e no tempo cirúrgico médio (2,8 horas). A taxa de pacientes que retornaram ao pronto socorro para definição cirúrgica caiu de 13% para 4% (p=0,028). O intervalo médio entre admissão hospitalar e início da cirurgia foi reduzido de 18h ±11,7hpara14h ±12,5h (p=0,007). Na fase I, 44,6% das cirurgias eram realizadas no período in hours (dias úteis das 7h às 19h) e na fase II subiu para 60% (p=0,05). Ataxa de pacientes com risco anestésico-cirúrgico ASA Ie IIsubiu de 52% para 83%(p=0,001). A taxa de colecistectomia laparoscópica de urgência era de 8,3% na fase I e alcançou 96% na fase II (pConclusões:oMétodo HDS determinou a reduçãode pacientes que retornam ao hospital para definição cirúrgica e do intervalo entre a admissão hospitalar e o início da cirurgia. Além disso,aumentou os índices de pacientes com baixo risco anestésico-cirúrgico, de colecistectomias laparoscópicas de urgência, de pacientes com internação inferior a 48 horas e de pacientes operados no período in hours.Bibliografia: 1.PritchardN, NewboldR, RobinsonK et al Effect of the acute general surgical unit: a regional perspective, ANZ Journal of Surgery, 2016, n/a. 2.ShakerianBN, ThomsonA, GorelikIPet al. Outcomes in emergency general surgery following the introduction of a consultant-led unit, British Journal of Surgery, 2015, 102, 13, 1726

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2774

TÍTULO DO TRABALHO: INCIDÊNCIA DE MICROMETÁSTASES EM LINFONODO SENTINELA NO CÂNCER DE MAMA: A IMPORTÂNCIA DO APRIMORAMENTO DA AVALIAÇÃO PELO MÉTODO HISTOLÓGICO PÓS-OPERATÓRIO.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JÉSSICA MAYUMI NAGAO1; FLAVIO LUIZ LIMA SALGADO2. 1. UNITAU, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. UNITAU, TAUBATÉ - SP - BRASIL.

RESUMO:
1- Introdução: O melhor parâmetro para avaliar o prognóstico do câncer de mama é o estudo anatomopatológico dos linfonodos axilares. Foi instituída a biópsia do linfonodo sentinela no tratamento do câncer de mama, que é o primeiro da linhagem linfática a apresentar células malignas nos cânceres de mama que metastatizam, e sua positividade é um indicativo para a linfadenectomia axilar. Enquanto a biópsia do linfonodo sentinela tem se mostrado eficiente e mais protetora que a linfadenectomia axilar na incidência de complicações, ainda existem preocupações relacionadas a sobrevida das pacientes, principalmente na presença das micrometástases linfonodais. Apesar dos avanços na biópsia do linfonodo sentinela, ainda há um expressivo número de resultados falso-positivos e falso-negativos. 2-Objetivos:A revisão sistemática da literatura foi motivada a fim de analisar dados na literatura científica que apontem para a possibilidade de um falso-negativo no imprint do linfonodo sentinela. Além de levantar dados em relação ao impacto no prognóstico, tempo livre sem doença, recorrência local, metástases à distância, e o número de falsos-negativos identificados após avaliação mais sistemática do método anatomopatológico.3-Métodos: busca e seleção e revisão de artigos científicos que abordam o tema. 4-ResultadosApós análise dos artigos científicos que abordam o presente tema estudado, não há um protocolo específico universal para o estudo anatomopatológico do linfonodo sentinela, não sendo obrigatória a imunohistoquímica que vem se mostrado sensível para presença de micrometástases. Há conflito entre estudos devido ao fato desta falta de padronização para comparar o impacto da avaliação mais sistemática do método anatomopatológico na sobrevida global e sobrevida livre de doença.Ainda assim, nos presentes estudos foi concluído que ainda é necessário maiores pesquisas para descartar que a micrometástase não tem impacto no prognóstico, na sobrevida global e sobrevida livre de doença e se não é necessária uma avaliação precisa do linfonodo sentinela.5-Conclusões:Há necessidade de instituir um protocolo padrão universal para o estudo anatomopatológico do linfonodo sentinela, principalmente em pacientes com câncer de mama estadiamento T1-T2N0M0, que serão submetidas à biópsia do linfonodo sentinela, já que tal fato não permite comparar precisamente os estudos atuais em relação ao tema.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1428

TÍTULO DO TRABALHO: Indicadores assistenciais cirúrgicos em hospital universitário terciário de Porto Alegre

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: THAMYRES ZANIRATI DOS SANTOS; SOFIA MICHELE DICK; LUCIANA ELTZ SOARES; TATIANE DOS SANTOS; LEONARDO HEKMAN D`ÀVILA; BERNARDO MASTELLA; KAROLINA BROCHADO JORGE; LEANDRO TOTTI CAVAZZOLA. HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:
Introdução Mensurar a qualidade da prestação dos serviços de saúde é necessário para compreender o padrão assistencial cirúrgico. Objetivo Avaliar indicadores cirúrgicos em hospital de Porto Alegre, de 2006 a 2015. Método Foram coletados, no Serviço de Arquivo Médico e Informações em Saúde(SAMIS) de um hospital universitário terciário, dados sobre taxa(Tx) de mortalidade cirúrgica(MortCx) - geral, por caráter e por pagador-, infecção de ferida operatória(IFO) discriminados pelo potencial de contaminação e Tx de cancelamentos (TxCAN). MortCx foi a morte de um paciente desde a cirurgia(cx) até 30 dias após. O diagnóstico de IFO foi feito na 1ª consulta de follow-up ou na internação pós procedimento(PCTO). As causas de CAN foram divididas em 4 grupos: gerais, do bloco, administrativas e do paciente. Foi feita análise estatística por teste ANOVA de uma via seguida de teste tuckey. Resultados No período analisado, ocorreram 74849 cx e 2320 óbitos (TxMortCx 3,1%). 2113 óbitos (91%) no SUS(TxMortCx 3,4%) e 207 no grupo particular-plano(TxMortCx 1,5%). Já os PCTOs por caráter foram 60047 eletivos com 1.026 óbitos (TxMortCx 1,7%) e 14.802 foram considerados de emergência, com 1294 óbitos (TxMortCx 8,7%). 0,1% dos óbitos eram ASAI, 0,9% ASAII, 6,5% ASAIII, 26,7% ASAIV, 63,7% ASAV. Os serviços de Cx do Aparelho Digestivo, Cx Geral, Ginecologia e Obstetrícia, Otorrinolaringologia e Urologia foram responsáveis por 45106, representando 60% dos PCTOs realizados, TxMortCx de 2,3% e 45% do total de óbitos. Ocorreram 61497 cx limpas(CxL), 48932 cx contaminadas(CxC) e 2367 cx infectadas(CxI). Não houve diferença estatisticamente significativa entre as Tx em CxL e CxC(p=0,9), existindo apenas se comparado com CxI(pConclusões Há similaridade entre as TxIFO em CxL e CxC. Já CxI tem quase 200 vezes mais IFO do que as demais. TxCAN tem tendência de queda, sendo motivos do paciente e do bloco os mais significativos. A discriminação pouco detalhada dos dados e o não pareamento são limitações. Apesar disso, o estudo de dados de indicadores assistenciais é de grande importância. Análises futuras poderão identificar pontos passíveis de melhorias, otimizando desfechos.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2104

TÍTULO DO TRABALHO: Infarto omental extenso, tratamento conservador?

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ARTHUR KONISHI ALVES1; KARINHELA TATIEGENE JUNGES AMARAL2; LUIZA BRUM BORGES3; CAROLINE FERREIRA ARAUJO4; THAIS VICENTINE XAVIER5; FERNANDO PACHECO DOS SANTOS FERREIRA DA SILVA1. 1. ACADÊMICO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS, PELOTAS - RS - BRASIL; 2. PRECEPTORA DA CIRURGIA GERAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO DE PAULA, PELOTAS - RS - BRASIL; 3. RESIDENTE DE CIRURGIA GERAL DO HOSPITAL ESCOLA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS, PELOTAS - RS - BRASIL; 4. RESIDENTE DE CIRURGIA GERAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO DE PAULA, PELOTAS - RS - BRASIL; 5. ACADÊMICA DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS, PELOTAS - RS - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O infarto omental é uma causa pouco usual de abdômen agudo, com predomínio do sexo masculino 3:2. Se apresenta com dor abdominal aguda no lado direito, febre baixa, e ausência de outros sintomas gastrointestinais, isso leva, muitas vezes, a um diagnóstico intraoperatório. O diagnóstico diferencial deve ser feito com apendicite, diverticulite, apendagite e colecistite. A maior disponibilidade e uso de exames de imagem no cenário de abdômen agudo podem evitar a laparotomia. A ultrassonografia(US) abdominal tem baixa sensibilidade, a tomografia computadorizada(TC) é o padrão-ouro para o diagnóstico mostrando massa heterogênea e hiperatenuante. Essa patologia tem um curso auto-limitado; consequentemente o tratamento conservador, com hidratação apropriada, antibiótico intravenoso e anti-inflamatórios, é o recomendado. Ocorre uma gradual resolução da lesão, com sucesso em 78% dos casos, possivelmente as custas de maior tempo de internação e maior uso de analgesia com opiódes, se comparado a ressecção laparoscópica precoce. A intervenção cirúrgica é necessária quando se tem achados radiológicos inconclusivos ou há deterioração das condições clínicas. Relato do caso: C.E.R.M., masculino, 27 anos, sem patologias prévias. Procurou o Pronto Socorro por dor em hipocôndrio direito há 5 dias com piora progressiva. Relatou aumento da dor após as refeições, negou febre, náuseas, vômitos ou alterações intestinais. Ao exame físico apresentava-se com dor a palpação em hipocôndrio direito, sem quaisquer outros achados. Na admissão, o único exame laboratorial alterado foi PCR, a primeira hipótese foi de colecistite. Para confirmação e diagnóstico diferencial foi solicitada TC de abdômen, que demonstrou amplo infarto do grande omento. Optou-se por tentar o tratamento conservador, com hidratação, analgésico, antiinflamatório e antibioticoterapia com Ciprofloxacino e Metronidazol. O paciente apresentou pronta resposta ao tratamento apesar da grande quantidade de omento envolvido, recebendo alta no 3º dia, após melhora da dor abdominal e normalização da PCR. Seguiu acompanhamento ambulatorial e, 6 meses depois permanece assintomático. Conclusão: O tratamento conservador comprovou ser eficaz e seguro, desde que haja um diagnóstico radiológico preciso, evitando-se uma intervenção cirúrgica desnecessária na maioria desses paciente. Também apresentou um curto tempo de internação, sem os gastos de uma cirurgia, se equiparando aos resultados de uma intervenção precoce.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2559

TÍTULO DO TRABALHO: INFILTRAÇÃO INCISIONAL DE CLORIDRATO DE ROPIVACAÍNA 0,75% PARA A REDUÇÃO DA DOR PÓS-OPERATÓRIA EM PACIENTES SUBMETIDOS A COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA ELETIVA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LUCIANA ANDRADE DE GODOY; MAURO HENRIQUE DE SA ADAMI MILMAN; SARA VENOSO COSTA; ROGERIO APARECIDO ESTEVES NEVES; JOSE ROBERTO MELCHIORI BUCCO. HOSPITAL GERAL DE ITAPECERICA DA SERRA, ITAPECERICA DA SERRA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Avaliar a analgesia proporcionada pela infiltração de cloridrato de ropivacaína na ferida operatória em pacientes submetidos à colecistectomia videolaparoscópica eletiva. Método: Ensaio clínico randomizado com pacientes submetidos a colecistectomia videolaparoscópica eletiva. Os participantes receberam o mesmo esquema de analgesia. O grupo intervenção recebeu também infiltração subcutânea de 10ml de cloridrato de ropivacaína a 0,75% nas incisões logo após o fechamento da ferida. Receberam alta em 24 horas e, após 48 horas de pós-operatório, foram entrevistados por meio de contato telefônico, utilizando-se questionário com perguntas fechadas. Os resultados foram submetidos à análise estatística. Resultados: Cem pacientes participaram do estudo, sendo 47 do grupo controle e 53 do grupo intervenção. No grupo controle, 53,2% dos pacientes queixaram-se de dor e no intervenção, 45,2%. A nota média de dor (0-10) foi de 2,2 no grupo controle e de 1,9 no da intervenção. A média de doses de dipirona sódica foi igual em ambos os grupos (1,8), porém a de cloridrato de tramadol foi de 0,7 no grupo controle e de 0,3 no da intervenção. Houve redução significante na ocorrência de dor umbilical nos pacientes do grupo intervenção (pConclusão: Houve diminuição na dor em região umbilical nos pacientes submetidos à colecistectomia videolaparoscópica no grupo de pacientes que recebeu infiltração incisional de cloridrato de ropivacaína 0,75%. Não houve diferença no consumo de analgésicos domiciliares, na presença de dor no período pós-operatório e realização de atividades de vida diária. Bibliografia: 1.Blichfeldt-Eckhardt MR, Ording H, Andersen C, Licht PB, Toft P. Early visceral pain predicts chronic pain after laparoscopic cholecystectomy. Pain. 2014;155(11):2400-7. 2.Moreira L, Truppel YM, Kozovits FGP, Santos VA, Atet V. Analgesia no pós-cirúrgico: panorama do controle da dor. Revista Dor. 2013;14:106-10. enfermeiros de um hospital geral. Texto & Contexto - Enfermagem. 2010;19:283-90.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 661

TÍTULO DO TRABALHO: INFORMAÇÃO À GRADUAÇÃO DE MEDICINA: UMA ESTRATÉGIA PARA AUMENTAR O NÚMERO DE TRANSPLANTES HEPÁTICOS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: VINICIUS MAGALHÃES RODRIGUES SILVA; PAULA DE MOURA CAPPELLETTI; CARLOS ANTÔNIO TEODORO ROSSIGNOLO; LUARA BARBOSA BAPTISTA. UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO, RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O transplante hepático (TH) é a única forma de tratamento para a insuficiência hepática de caráter terminal. Atualmente, persiste a discrepância entre o número de pacientes em lista de espera pelo órgão, e o número de doadores. Para tentar diminuir essa diferença, diversas atitudes têm sido propostas. Desde campanhas midiáticas até congressos, fóruns e simpósios multidisciplinares. OBJETIVO: Verificar o impacto de um simpósio sobre o tema nas respostas dos ouvintes. MÉTODO: Estudantes de graduação participantes de um simpósio sobre TH responderam a um questionário de cinco itens antes e depois das palestras. Os dados foram comparados e os resultados analisados. RESULTADOS: A primeira pergunta foi: Você sabe o que fazer para se tornar um doador de órgãos? Previamente às palestras 62,1% dos entrevistados responderam positivamente. Após 88,9%. Referente à pergunta: Você sabe quem decide para que a doação de órgãos ocorra. Antes das apresentações 72,7% disseram sim. Após, houve totalidade nas respostas. Em terceiro lugar foi perguntado aos estudantes: Você sabe o que é morte encefálica? Previamente 12,1% responderam que não. Depois, apenas, 2,2%. Não houve diferença estatística na resposta à pergunta: Sua família ser contra ou a favor da doação de órgãos te influenciaria? A resposta negativa foi verificada em 69,7% e 64,4%, antes e depois do evento, respectivamente. Quanto à última pergunta: Você doaria seus órgãos? Não houve diferença nas respostas prévias e posteriores. Os resultados foram 92,4% e 93,3%, respectivamente. CONCLUSÃO: Considerando o exposto, podemos entender que a precocidade na informação pode influenciar o número de doadores através do conhecimento de como se dá o processo de doação.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1361

TÍTULO DO TRABALHO: INGESTÃO DE SUBSTÂNCIA CÁUSTICA: RELATO DE CASO.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: HENRIQUE VALERIO DE MESQUITA; HERMANO AUGUSTO DE MEDEIROS JÚNIOR; LEANDRO DE SOUZA LEHFELD; TATIANA PASCHOALATO; GUSTAVO DA SILVEIRA TRINDADE; MURILO RODRIGUES DO CARMO; MURILO BARCELOS DE SOUZA; BRUNO FERNANDO BINOTTO; CIRO EDUARDO FALCONE. HOSPITAL RENASCENÇA CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO:A ingestão de substâncias cáusticas é freqüente e mais observada em dois grupos etários: na infância, de um a cinco anos (ingestão acidental) e nos adultos entre 20 e 46 anos (tentativas de suicídio). Este relato tem como objetivo apresentar caso de ingestão de substância cáustica, acidental na infância e proposital na idade adulta, em um mesmo paciente.RELATO DE CASO:Paciente masculino, 32 anos, admitido após ingestão de soda cáustica - tentativa de suicídio - com história prévia de ingestão acidental de soda cáustica na infância com 01 ano de idade, com necessidade de realização de gastrostomia no primeiro episódio.Realizada endoscopia com evidências de lesões Zargar IIb repetida precocemente após 24 horas, identificando padrão de piora e optado por passagem de sonda nasoenteral para garantia de via alimentadora, sendo iniciada dieta via sonda. Após evolução satisfatória, iniciou dieta via oral no décimo dia. Recebeu alta hospitalar após retirada da sonda enteral, com seguimento ambulatorial multidisciplinar.Ingestão de substâncias cáusticas podem causar, desde leve hiperemia, até necrose e perfuração do esôfago e estômago, lesões estas que podem variar de acordo com a presença de pré-morbidades no tecido atingido, quantidade e concentração da substância ingerida e duração do contato. A complicação tardia mais grave é a ocorrência de neoplasia maligna.CONCLUSÃO:A ingestão de substâncias cáusticas causa lesões graves e o seguimento endoscópico é mandatório pois permite diagnóstico precoce de possível futura neoplasia.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2704

TÍTULO DO TRABALHO: LAPAROSCOPIA E MÚLTIPLAS LESÕES INTESTINAIS PÓS LIPOAPIRAÇÃO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MAXLEY MARTINS ALVES1; LEONARDO EMILIO DA SILVA1; PHELIPE GONÇALVES MENDES PIMENTEL2; PATRÍCIA ALINE DE ANDRADE RODRIGUES2; REINALDO NEVES JUNIOR2; VICTOR HUGO OLIVEIRA PONCIANO2; RAFAEL BEZE SOUZA2; RAFAEL INACIO GUIMARAES2. 1. INSTITUTO DE CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO, OBESIDADE E METABÓLICA, GOIANIA - GO - BRASIL; 2. COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES CAPÍTULO GOIÁS, GOIANIA - GO - BRASIL.

RESUMO:
M.C.L, 45 anos, maio de 2016. AP: lipoaspiração e abdominoplastia em 2012.Com cirurgia de lipoaspiração há 7 dias, com evolução de dor abdominal importante no 5 PO, medicada em domicílio sem melhora, sendo internada no 6 PO, com abdome doloroso mas sem irritação peritoneal franca, frequência cardíaca 86 bpm, níveis tensionais normais, ausência febre, desidrata 4+/4+. Diurese retraída em volume. Realizado hidratação vigorosa e coleta de exames com PCR elevado e leucograma sem alterações. Piora da dor abdominal na noite de internação, com dispneia, com SpO2 94%, ausculta abolida nas bases, sendo realizado Raio X tórax com derrame pleural e níveis hidroaéreos delgado em Raio X abdominal. Taquicardia, com FC 104 bpm, apesar da hidratação e mantendo hipocalemia, com potássio Realizado ressuscitação volêmica seguida de laparoscopia de urgência com evidência de 05 lesões delgado por perfuração de cânula de lipoaspiração e conteúdo entérico na cavidade. Devido borda vivificadas, foram realizadas enterorrafias e um segmento com enteroanastomose pós enterectomia parcial, via laparoscópica, devido estabilidade hemodinâmica da paciente durante o ato cirúrgico. Realizado acessos trocateres via umbilical e cicatrizes prévias de lipoaspiração. Irrigação copiosa da cavidade abdominal com SF 0,9% aquecido, aproximadamente 20 litros, sem drenos devido peritonite difusa. Realizado teste com volumosa quantidade de azul de metileno por todas as alças, e órgãos sólidos sem lesões. Encaminhada a UTI, onde permaneceu intubada por 24 horas, mantendo taquicardia mas com níveis tensionais sem drogas vasoativas.Em 48 horas foi realizado nova abdordagem laparoscópica para revisão e higienização da cavidade com 20 litros de SF0,9% pré aquecido. Suturas prévias todos verificadas, novo teste com azul de metileno por todo segmento de alças, ausência de outras lesões.Mantida em dieta parenteral total por 10 dias, com ruídos hidroaéros presentes apenas no 8 PO. Uso de cefalosoporina de 3 geração e antibiótico antianaeróbico, nesse período. Alta hospitalar em 12 PO com aceitação de dieta.Até a presente data sem intercorrências, exceto por queixas de gazes e cólicas abdominais sem repercussão clínica.

CODIGO DO TRABALHO: 2713

TÍTULO DO TRABALHO: Laparoscopia na abordagem de complicações de cateter peritoneal de diálise Tenckhoff

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MAXLEY MARTINS ALVES1; LEONARDO EMILIO DA SILVA1; ISABELA SUAVINHA JAYME2; LARA SILVA PAIXÃO2; THIAGO HAYASHIDA TELES DE CARVALHO2; GABRIEL ALVES CARRIÃO2; RAFAEL BEZE SOUZA2; RAFAEL INACIO GUIMARAES2. 1. INSTITUTO DE CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO, OBESIDADE E METABÓLICA, GOIANIA - GO - BRASIL; 2. COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES CAPÍTULO GOIÁS, GOIANIA - GO - BRASIL.

RESUMO:
A insuficiência renal crônica é afecção de alta prevalência, tendo como causas nefropatia diabética, hipertensão arterial sistêmica, doença policística renal, glomerulonefrites, infecções urinárias de repetição, cálculos urinários, entre outras.Pacientes com insuficiência renal crônica estágio IV (ClCr entre 15 e 29 ml/min) e estágio V (ClCr menores que 15 ml/min), apresentam indicação de diálise, seja por meio de acessos venosos ou peritoneais intermitentes. A indicação depende das condições clínicas e da escolha do paciente conjuntamente com seu médico nefrologista.O implante de cateter de Tenckhoff é realizada de atualmente por meio de punção direta peritoneal com dissecção de túnel subcutâneo, sob anestesia local. Casos complexos podem ser realizados por via laparoscópica, tendo como visualização direta a segurança do procedimento ou complicações de cateteres já implantados.Relato de 5 casos de implante ou intervenção laparoscópica para cateter de Tenckhoff. Sem mortalidade ligada ao procedimento. Tempo médio de internação 02 dias. Idade pacientes 40- 76 anos, IMC médio menor 30, com 01 paciente com IMC 41.Foram realizados 02 implantes considerados de complexidade pela equipe de nefrologia, sendo um obeso com complicações vasculares prévias, IMC 41, sendo realizado laparoscopia para implante seguro do cateter, sem intercorrências. Segundo paciente com quadro de abdome agudo prévio e laparotomia exploradora com cicatriz mediana xifo-púbica, sendo realizado laparoscopia, lise de aderências e implante sob visualização direta de cateter, sem intercorrências.A não funcionalidade de drenagem do cateter é uma complicação que pode impedir a diálise peritoneal e conduzir o paciente a uremia. Foram realizadas 03 laparoscopias para revisão intracavitária de cateter, com obstrução e aderências em omento maior. Sendo realizado lise aderências, liberação e posicionamento de cateter na pelve. Sendo uma paciente idosa, 76 anos, anticoagulada com uso regular de Marevan, utilizado pinça ultrassônica para omentectomia maior completa, por aderências pós peritonite secundária ao cateter. Por não existir condições anatômicas vasculares satisfatórias, foi optado por tratamento laparoscópico, procedimento com tempo maior de 2 horas, com extração de omento com pequena incisão tipo Pfannenstiel, sangramento sem necessidade de transfusão, permanência de 48 horas em unidade de terapia intensiva e sobrevida de mais de 12 meses pós cirurgia.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2726

TÍTULO DO TRABALHO: Laparoscopia na abordagem de corpo estranho abdominal, relato de dois casos.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MAXLEY MARTINS ALVES1; LEONARDO EMILIO DA SILVA1; VICTOR HUGO OLIVEIRA PONCIANO2; CAIO CASTRO MENDANHA BARROS2; LEANDRO CAMPOS DONA2; REINALDO NEVES JUNIOR2; LUDMILLA DA SILVA BATISTA2; PATRÍCIA ALINE DE ANDRADE RODRIGUES2. 1. INSTITUTO DE CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO, OBESIDADE E METABÓLICA, GOIANIA - GO - BRASIL; 2. COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES CAPÍTULO GOIÁS, GOIANIA - GO - BRASIL.

RESUMO:
A presença de corpo estranho na cavidade abdominal não é algo incomum nas emergências e pronto socorros. Em média, a cada 500 a 1500 operações intra-abdominais ocorre um caso, ou seja, uma incidência em torno de 0,15% a 0,2%.Relatamos dois casos com resolução laparoscópica, com objetivo de alavancar a importância desta tática cirúrgica minimamente invasiva nas situações de corpos estranhos na cavidade peritoneal.Primeiro caso, sra A.D.M., 38 anos, com quadro de dor pélvica recorrente, com piora após implante de Dispositivo Intrauterino (DIU). Realizado dois ultrassons pós implante do mesmo sem alterações do posicionamento adequado, mesmo após quadro de dor e sangramento transvaginal. Colpocitológico sem sinais de infecção. Flora mista habitual da paciente.Apresenta dispauremia recente, com spots sangrantes pós coito. Realizado Tomografia Computadorizada com presença e bloqueio inflamatório sobre região retossigmóide e presença de DIU extrauterino.Realizado laparoscopia com lise de aderências sobre a topografia com extração do dispositivo, sem intercorrências, com alta hospitalar após 12 horas.Segundo caso, paciente A.M.G., 50 anos com quadro de dor e massa abdominal infraumbilical, dolorosa e palpável, com crescimento recente. Histórico de obesidade com IMC 43, histerectomia há 4 meses, com sangramento importante no ato cirúrgico, associado a miomatose uterina.Realizado TC abdome com achado de massa central volumosa com aspecto de corpo estranho. Realizado laparoscopia dia 18 julho de 2015, com achado de volumoso bloqueio omento, com realização de lise de aderências e liberação de alças intestinais aderidas, com retirada de codpo estranho com incisão de 5 cm periumbilical, com extração de compressa. Mantido dreno na topografia e antibioticoterapia profilática, com alta hospitalar em 48 horas. Em acompanhamento ambulatorial sem alterações dignas de nota no momento.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2385

TÍTULO DO TRABALHO: Leiomioma Colônico Extraluminal ? Uma causa rara de massa Abdominal

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PEDRO DOS SANTOS PEREZ; FELIPE HADDAD LOVATO; RAMIRO COLLEONI NETO; DAVID CARLOS SHINGUEOKA; GASPAR DE JESUS LOPES FILHO; RICARDO ARTIGIANI NETO; MILTON SCALABRINI. ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Leiomioma é uma neoplasia cuja principal característica é diferenciação em músculo liso que pode ocorrer em qualquer parte do trato gastrointestinal. São mais frequentemente encontrados no estômago e duodeno próximal em penas 3% dos casos se apresentam no cólon. De acordo com uma série de 88 casos de Miettinen et al são mais frequentes em homens em uma razão 2,4:1 com idade mediana de 62 ao diagnóstico. Classicamente se apresentam com quadro de dor e massa abdominal, muitas vezes são também achados de exame de imagem. São neoplasias naturalmente benignas e com bom prognóstico geralmente após ressecção cirúrgica.Apresentamos um caso de uma paciente de 43 anos assintomática que veio encaminhada ao nosso serviço para investigação de massa abdominal palpável em fossa ilíaca direita há 5 anos. Foi realizada uma ultrassonografia em que foi observado massa expansiva intraperitoneal localizada no mesogastro, heterogênea de contornos regulares e limites precisos, com vascularização predominantemente central medindo 12,9x9,5x5,8cm além de uma tomografia computadorizada de abdome que mostrou volumosa formação expansiva, com densidade de partes moles, contornos lobulados, localizada no flanco direito/mesogastro, medindo 14x7cm nos maiores eixos com íntimo contato com o músculo reto abdominal anterior à direita, sem plano de clivagem definido.Paciente estava em bom estado geral sem outras queixas e foi realizada laparotomia com hemicolectomia direita com ressecção em bloco de massa pediculada de 15cm localizada na parede externa do cólon direito que foi removida. No anátomo-patológico foi desdrito uma massa de 750g medindo 13,8cm no seu maior eixo e superfície externa revestida por serosa lisa, brilhante e translúcida, revelando vasos tortuosos de calibres variados. Aos cortes a lesão era brancacenta e fasciculada, com consistência firme elástica e testes de imunohistoquímica compatíveis com leiomioma.Leiomiomas são neoplasias mais frequentes no trato genital feminino e raramente são vistos nessa localização. A maioria deles é assintomática e tem ótimo prognóstico, sendo a recidiva é um evento raro. Constituem um importante diagnóstico diferencial de massa abdominal junto com outras neoplasias como GIST e Schwannoma gastrointestinal. O tratamento de escolha é a ressecção cirúrgica.Nosso caso traz um leiomioma com apresentação clássica mas de tamanho e localização raros com resolução cirúrgica e boa evolução.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 646

TÍTULO DO TRABALHO: LEIOMIOSSARCOMA DE VEIA CAVA INFERIOR

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MAURO BOLDRINI NASCIMBEM1; ANA LETICIA LUCHIARI FERRARI2. 1. UNIMED AMERICANA, AMERICANA - SP - BRASIL; 2. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOLeiomiossarcoma de veia cava inferior é neoplasia maligna incomum, de crescimento lento. Tem prognóstico ruim, mas abordagem cirúrgica agressiva e ausência de metástases, chega-se a longa sobrevida. Sintomas tendem a ser inespecíficos e normalmente precedem o diagnóstico por longo período.RELATO DE CASOPaciente do sexo feminino, 38 anos, com história de lombalgia há seis meses. Antecedentes: HAS e Artrite Reumatoide há 14 anos em uso de metotrexato. Solicitada RM de coluna lombar que mostrou massa retroperitoneal. RM de abdome mostrou volumosa massa medindo 9,9 x 7,7 x 7,0 cm, localizada na transição do hipocôndrio com flanco direito, em contato íntimo com duodeno, cabeça e processo uncinado do pâncreas e veia cava inferior.Exames laboratoriais de função renal, hepática e marcadores tumorais normais. Realizou-se punção guiada por ecografia endoscópica, e exame citológico do produto mostrou achados compatíveis com neoplasia mesenquimal de diferenciação muscular lisa.Paciente submetida a laparotomia mediana xifopúbica. Exploração da cavidade não evidenciou metástases. Realizada exposição do tumor, dissecção e reparo da veia cava inferior suprarrenal e infrarrenal e veia renal esquerda. Tentativa de dissecção e reparo de veia renal direita ocorreu sem sucesso, optando-se por nefrectomia direita. Realizada heparinização sistêmica e ressecção do tumor com clampeamento lateral da veia cava inferior. Paciente recebe alta hospitalar no 5o PO, sem intercorrências. Feita anticoagulação com rivaroxabana por seis meses. Realizado tratamento adjuvante com Radioterapia Conformada 3D. Paciente em acompanhamento há nove meses, sem sinal de recidiva.CONCLUSÃOO leiomiossarcoma de veia cava inferior corresponde de 0,5% a 1% das neoplasias de tecidos moles. O sexo da paciente é concordante com a literatura, que sugere forte prevalência em mulheres. A idade está abaixo da média (50-60 anos), provavelmente por ser portadora de artrite reumatoide e estar imunossuprimida pelo uso contínuo de metotrexato.A localização do tumor, no segmento médio, é a área mais acometida. Queixa de lombalgia relatada não condiz com as descritas na literatura: desconforto epigástrico e dor no hipocôndrio direito. Não existem marcadores tumorais sorológicos para diagnóstico, sendo a RM o exame de escolha. Em nosso caso utilizamos punção guiada por ecografia endoscópica para diagnóstico histológico pré-operatório. Não há relato semelhante na literatura com essa abordagem diagnóstica.

CODIGO DO TRABALHO: 2340

TÍTULO DO TRABALHO: LINFANGIOMA ABDOMINAL

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MAURO BOLDRINI NASCIMBEM1; ANA LETICIA LUCHIARI FERRARI2. 1. UNIMED AMERICANA, AMERICANA - SP - BRASIL; 2. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOO linfangioma cístico abdominal é uma malformação benigna do sistema linfático, de etiologia não totalmente conhecida. Tem rara ocorrência, sendo que 9% dos casos ocorre em região abdominal. A faixa etária predominante é em crianças e raramente observa-se em adultos. O tratamento é cirúrgico. RELATO DE CASOPaciente do sexo masculino, 27 anos, apresentou queixa de dor abdominal intermitente em região periumbilical irradiando para fossa ilíaca esquerda há 4 anos. O exame físico revelou massa palpável e dolorosa em flanco e fossa ilíaca esquerda. US de abdome, observou lesão cística em hemiabdome esquerdo, de septações finas. TC de abdome mostrou imagem em flanco esquerdo medindo 5x7x19 cm e formações císticas menores junto ao cólon ascendente e fundo de saco. RM mostrou achados que corroboram com US e TC. Realizada biópsia percutânea sugestiva de linfangioma. Realizado laparotomia mediana com achado de cistos espalhados no cólon direito, massa coalescente entre omento e cólon esquerdo, formando área de herniação interna e cistos coalescentes em fundo de saco. Realizada ressecção das lesões, sem ressecção visceral.Exame anatomopatológico descreve estroma fibroconjuntivo frouxo e bem vascularizado, sem atipias, com diagnóstico de linfangioma. Paciente evolui bem no pós operatório, sem intercorrências, tendo alta no 3o PO.DISCUSSÃOLinfangiomas abdominais são malformações congênitas e benignas, provavelmente originados da embriogênese. Tem outras possibilidades etiológicas: hemorragia, obstrução/inflamação crônica ou trauma.A incidência é rara, predomina em crianças até 5 anos e o diagnóstico é precoce, diferente do nosso paciente que apresentou sintomas com 23 anos. Existem diversas classificações para linfangiomas abdominais, sendo o nosso caso: cistos multicêntricos, multiloculados e cavernosos. A manifestação clínica é variável, podendo ser assintomática ou apresentar dor abdominal e massa palpável. Complicações incluem hemorragias por rutura traumática ou obstrução intestinal por hérnia interna ou aderências. Exames complementares para o diagnóstico consistem em US, RM e TC abdominais. Pode ser feito punção/biópsia para anatomopatológico. Tem como diagnósticos diferenciais: pseudocistos, cistos dermoides, linfoceles, mesoteliomas, lipomas, lipossarcomas. Tratamento consiste na ressecção cirúrgica radical das lesões, que costuma ser curativo e sem complicações.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2316

TÍTULO DO TRABALHO: LINFANGIOMA CÍSTICO RETROPERITONEAL: UM RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CAMILA FERNANDES DA CUNHA1; FERNANDO FREIRE LISBOA2; MARIA MARINA LEONARDO ALVES COSTA3; LARISSA QUEIROZ DE OLIVEIRA1; ISADORA VELÚCIA DIAS DE ARAÚJO1; MARCELO AUGUSTO FIRMINO DE QUEIROZ1; ZÊMIA MARIA CÂMARA COSTA FERREIRA1; GIRLANNE DE OLIVEIRA DANTAS1. 1. UNIVERSIDADE POTIGUAR, NATAL - RN - BRASIL; 2. PROFESSOR DO DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DA UFRN, NATAL - RN - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, NATAL - RN - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Linfangioma cístico (LC) é um tumor benigno incomum, sendo mais encontrado em crianças e raramente em adultos. Ele se origina de uma malformação congênita dos vasos linfáticos devido a uma obstrução desses vasos e traz como consequência uma linfangiectasia local. O LC localiza-se preferencialmente nas superfícies do corpo, possuindo uma incidência desconhecida. Contudo, sabe-se que a forma retroperitoneal representa menos de 1% de todos os LC abdominais. Geralmente é assintomático, apresentando-se como um achado incidental. Porém, quando os sintomas estão presentes, as manifestações mais comuns do LC são dores abdominais, distensão abdominal, assimetria abdominal nos casos de grande tumoração, febre, fadiga, perda de peso e hematúria, com a possibilidade de apresentar massa palpável e ser confundido com outros cistos oriundos do fígado, rim ou pâncreas. Como opção de tratamento para o LC cístico a ressecção cirúrgica completa ainda é o de escolha para a cura e ela pode ser feita por laparoscopia ou laparotomia. RELATO DE CASO: CFC, 22 anos e do sexo feminino. Em Agosto de 2013 realizou ultrassonografia abdominal após crise de nefrolitíase que revelou imagem cística com septos em seu interior, localizada entre o rim esquerdo e baço medindo 11,1x9,3 cm. Em julho de 2016, realizou nova tomografia abdominal para acompanhamento, revelando volumosa formação hipodensa multiloculada se estendendo desde o retroperitônio para a cavidade peritoneal no hemiabdome esquerdo, sem realce evidente ao meio de contraste, medindo cerca de 14,3x8,6 cm nos seus maiores eixos. Logo em seguida, foi solicitado uma Ressonância Magnética que evidenciou imagem com contornos lobulados medindo 16x12,3x10,6 cm nos seus maiores diâmetros, provocando compressões extrínsecas sobre o estômago, baço, pâncreas, alças intestinais delgadas, cólon e rim esquerdo. Como tratamento, realizou-se laparotomia mediana trans-umbilical com a visualização e excisão de lesão cística. Paciente está, até data atual, evoluindo sem intercorrências e sem evidência de recidivas.CONCLUSÃO: A descrição do caso de LC retroperitoneal reforça a indicação da excisão cirúrgica completa como tratamento de escolha para minimizar recidivas. Porém, deve-se ter cautela quanto às estruturas vizinhas e cirurgias extensas. No presente relato, procedeu-se a ressecção cirúrgica completa, sem intercorrências. O diagnóstico definitivo foi dado pelo anatomopatológico que evidenciou tratar-se de linfangioma cavernoso.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2671

TÍTULO DO TRABALHO: Lipodistrofia Mesentérica determinando abdome agudo obstrutivo ? Relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RAYSSA RUSZKOWSKI DO AMARAL1; NATHAN LEÃO PEIXOTO1; VANESSA MACHADO RIOS1; RAFAEL NAZARIO BRINGHENTI1; LUCAS SPADARI MAGGIONI2; DANIEL WEISS VILHORDO2. 1. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL - PUCRS, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 2. HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUCRS, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A lipodistrofia mesentérica (LM) é uma enfermidade pseudotumoral do mesentério que compreende diversos graus de fibrose, inflamação crônica e necrose gordurosa. Apesar da etiologia desconhecida, são fatores indicados como prováveis desencadeantes: infecção, trauma, cirurgia, isquemia mesentérica, alterações autoimunes. Predomina em homens caucasianos entre 40 e 60 anos, podendo manifestar sintomas sistêmicos e gastrointestinais, como dor abdominal, náuseas, vômitos, diarreia, perda ponderal, febre, massas palpáveis (50% dos pacientes). O diagnóstico diferencial inclui linfoma, carcinomatose peritoneal, tumores carcinoides, edema e fibromatose mesentérica. Sugere-se não tratar pacientes assintomáticos. Para aqueles sem sintomas obstrutivos, indica-se o uso de tamoxifeno associado a prednisona. Aconselha-se a abordagem cirúrgica para os pacientes que apresentarem sintomas obstrutivos refratários ao tratamento conservador. A doença apresenta um curso autolimitado, com desfecho favorável em 80% dos casos.Relato do Caso: Paciente do sexo masculino, 70 anos, encaminhado à emergência do Hospital São Lucas da PUCRS por vômitos de estase, distensão abdominal e diarreia há 3 dias. Negava febre ou elementos patológicos nas fezes. Radiografia de abdome agudo demonstando obstrução de intestino delgado, confirmado pela tomografia computadorizada de abdome. O paciente foi encaminhado, no mesmo dia, para cirurgia de urgência. A laparotomia exploradora evidenciou obstrução e distensão de alças de delgado com rotação de segmento de jejuno terminal, onde estavam localizados, em meio aos folhetos mesentéricos, inúmeros nódulos sólidos, alguns de 8-10cm de diâmetro, mal delimitados, de aspecto amarelado e fosco. Realizou-se biópsia excisional de duas das massas, de 3,4x2,5x1,3cm e 3,5x2,4x1,7cm. O laudo anatomopatológico indicou LM. O paciente apresentou íleo adinâmico nos primeiros dias do pós-operatório, com melhora gradual. Recebeu alta 8 dias após a internação, em bom estado geral.Conclusão: O mesentério, enquanto órgão, pode ser sede de doenças específicas. A LM é uma condição rara, com poucos relatos na literatura. Devido a sua apresentação clínica pouco específica, o diagnóstico é estabelecido através da avaliação histológica em pacientes com achados sugestivos nos exames radiológicos. O tratamento da LM não é padronizado, devendo ser individualizado de acordo com a condição de cada paciente.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1977

TÍTULO DO TRABALHO: LIPOMA GIGANTE DE DORSO, 15 ANOS DE EVOLUÇÃO E SUAS CONSEQUÊNCIAS SÓCIO-AFETIVAS: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOSE ANTONIO CUNHA E SILVA1; ANTONIO CARLOS RIBEIRO G. IGLESIAS2; JOSÉ FRANCISCO F. LIMA SIMÃO DE SOUSA2; KIYOSHI GOKE1; MARCUS VINICIUS M.VALADAO DA SILVA3. 1. HOSPITAL MUNICIPAL FRANCISCO DA SILVA TELLES - H.M.F.S.T., RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; 2. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE (HUGG) - UNIRIO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; 3. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER - INCA, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOOs lipomas representam aproximadamente 16% dos tumores mesenquimais e consistem nas neoplasias mais comuns dos tecidos moles. Podem acometer quaisquer local do organismo1,2. Apresentam incidência aproximada de 10% e prevalência de 2,1 por 1.000 indivíduos3. São classificados como subcutâneos ou subfasciais, podendo este ainda ser subdividido em intramusculares e intermusculares. Os intramusculares correspondem até 5% e os intermusculares de 0,3% a 1,9% de todos os lipomas3. Os lipomas gigantes são definidos por medir no mínimo dez centímetros em uma de suas dimensões ou pesar ao menos 1000 gramas1.RELATO DE CASO:Paciente feminina, 53 anos, branca, origem portuguesa, comerciante, católica, sem história prévia de outras neoplasias, apresentando lesão em dorso direito de crescimento progressivo que no último mês apresentou ulceração central. Procurou o serviço de Cirurgia Geral queixando-se de grande sensação de peso, além de distúrbios emocionais oriundos das questões estéticas que lhe restringiam uso de determinadas roupas e limitavam seu convívio social. Anteriormente, procurou demais serviços de saúde em busca de atendimento, porém sem êxito.Ao exame clínico, observou-se tumoração sólida, pediculada em região dorsal/torácica supra-escapular direita. Realizou-se Ultrassonografia que evidenciou presença de volumosa massa sólida e exofítica, com textura heterogênea, avascular ao Doppler, medindo 21,0 x 17,0 cm, localizada no tecido celular subcutâneo da região dorsal direita, correspondente a lipoma. Planos musculares íntegros.A paciente foi submetida a procedimento cirúrgico para exérese da lesão. Sob anestesia geral e em decúbito ventral, realizou-se ressecção a partir de uma incisão em elipse. A síntese ocorreu por planos através de pontos com Vicryl 0, e em pele através de pontos de Donatti, com Nylon 4.0. Foi colocado dreno de penrose, o qual foi retirado no primeiro dia de pós-operatório. Alta hospitalar no primeiro dia de pós-operatório. Primeira revisão pós-operatória em 14 dias com retirada de pontos. A paciente evoluiu sem complicações ou intercorrências.CONCLUSÃOAtravés da análise da literatura existente sabe-se que a incidência de lipomas é muito frequente, porém os chamados gigantes são bem mais raros. O diagnóstico é essencialmente clínico, podendo ser utilizado exames de imagem para melhor estudo do caso2. A total remoção cirúrgica sob visão direta ainda se mantém como principal tratamento empregado.

CODIGO DO TRABALHO: 2085

TÍTULO DO TRABALHO: Lipoma gigante em região de dorso - Relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: KATHARINNE INACIO VAZ LAURIANO; RAISSA NASCIMENTO HAMAOKA; WESLEY SILVERIO PIMENTA; RODRIGO KOUZAK MAYER; GABRIEL BROM ANDRADE; DIMITRI CARVALHO HOMAR; MAISA HELENA DE ABREU SILVA SANTOS; DANIELLA SILVA MENA. HOSPITAL REGIONAL DO GAMA - DF, GAMA - DF - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Lipomas gigantes são neoplasias benignas do tecido adiposo, geralmente produzem deformidades estéticas e compressão tecidual de estruturas adjacente. A incidência é maior em mulheres, localizam-se preferencialmente na região do tronco, membros superiores e região cervical. Costumam ser indolores, assintomáticos, crescimento lento e progressivo. O crescimento do lipoma é incomum, pois seu tamanho costuma limitar-se a 2cm de diâmetro, não ultrapassando uma área de 10cm2. No presente trabalho é relatado um caso de lipoma gigante localizado na região de dorso torácico, enfatizando sua evolução e a conduta diante do caso.Relato de caso: Mulher de 48 anos, refere aparecimento há cerca de doze anos de nódulo em região dorsal mediana, com crescimento progressivo, lento, indolor, sem prurido e sinais flogísticos. Nega doenças prévias, câncer na família, cirurgias anteriores, tabagismo, alergias ou uso de medicamentos. Ao exame físico grande massa em região dorsal, medindo aproximadamente 20 cm, de consistência fibroelástica. Exames laboratoriais normais. A tomografia computadorizada de tórax demostrou grande lipoma dorsal medindo cerca de 20,8cm (cranio-caudal) x 9,2cm (antero-posterior) e 23,1 cm (látero-lateral), sem anomalias em seu interior, sem septações grosseiras em seu interior, nem tampouco impregnações anômalas por meio do contraste venoso e mantendo planos de clivagem com todas as estruturas adjacentes. Paciente foi encaminhada para cirurgia, sendo realizado incisão elíptica vertical no centro da lesão em dorso, com dissecção por planos, isolando tecido adiposo da aponeurose profunda e por fim a retirada completa da tumoração de tecido adiposo com fuso de pele. O excesso de pele decorrente da "expansão tumoral" foi ressecado, e a incisão foi fechada sem tensão, nos planos subdérmico e intradérmico. A paciente não apresentou complicações durante e após o procedimento cirúrgico. Recebeu alta hospitalar no terceiro dia pós-operatório. Foi observada melhora estética e funcional importante trinta dias após o procedimento cirúrgico.Conclusão: O diagnóstico e tratamento cirúrgico adequados desses tumores restituem ao paciente melhora estética e funcional.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1355

TÍTULO DO TRABALHO: LIPOMA RETROPERITONEAL GIGANTE: UM RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANA CARLA FRANCO UBINHA1; SILAS SOARES CAVALCANTE1; JULIANA DE SOUZA1; PAMELA SACALINA1; ANA CAROLINA TRENTINI IZAR1; ADRIELI HELOISA CAMPARDO PANSANI1; DANILO TOSHIO KANNO2; GUSTAVO HENRIQUE SARTINI2. 1. UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Os lipomas são tumores mesenquimais compostos de adipócitos maduros. A sua patogénese não foi completamente definida e sua localização no retroperitônio é rara. Estes tumores são tipicamente descritos como massas moles e móveis, assintomáticos e de crescimento lento. Na presença de um tumor adiposo retroperitoneal, o primeiro passo é confirmar sua benignidade, com base inicialmente em suas características radiológicas. A tomografia computadorizada e ressonância magnética desempenham papéis fundamentais na caracterização dessas lesões e definição de sua possível extensão às estruturas adjacentes. Para assegurar um tratamento e um seguimento adequados, os lipomas devem ser diferenciados dos lipossarcomas, que representam 45% de todas as neoplasias retroperitoneais. Relato do caso: M.M.G., sexo feminino, compareceu em atendimento ambulatorial com queixa de peso abdominal há um ano, associado a edema e aumento de volume em membro inferior esquerdo. Negou alteração do hábito intestinal. De antecedentes pessoais, destacava-se hipertensão crônica, com controle medicamentoso. Apresentava, ao exame físico, tumoração palpável em hemiabdome esquerdo. Dando seguimento ao caso, foram solicitados exames de tomografia e ressonância magnética de abdome e pelve, que evidenciaram lesão retroperitoneal compatível com neoplasia mesenquimal de linhagem lipomatosa que se estendia desde a região superior do flanco esquerdo até a fossa ilíaca esquerda. Foi realizada cirurgia para ressecção do lipoma, durante a qual confirmou a presença da massa, com aproximadamente 30 cm de diâmetro. O anátomo-patológico confirmou o diagnóstico de lipoma retroperitoneal. A paciente evoluiu sem intercorrências após o procedimento cirúrgico. Conclusão: Os lipomas são tumores benignos e o seu diagnóstico é fundamental para seguimento do caso. Exames radiológicos e o anátomo-patológico têm papel importante neste processo.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2027

TÍTULO DO TRABALHO: LIPOMATOSE RETROPERITONEAL ATÍPICA: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ARTHUR LUIZ NORTE GOMES PEREIRA ARARUNA1; THAÍS ROSSANA CRUZ DE SOUZA1; ROBERTO MORENO MENDONÇA2; MARCUS VINICIUS DE MAIA PASSOS2; ÉLIO JOSÉ SILVEIRA DA SILVA BARRETO3; MANUELA GOMES DE AGUIAR1; FLORA VIEIRA ALVES1; LARAH REBECA DIÓGENES HOLANDA1. 1. UNIVERSIDADE POTIGUAR, NATAL - RN - BRASIL; 2. INSTITUTO DE RADIOLOGIA DE NATAL, NATAL - RN - BRASIL; 3. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES, NATAL - RN - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Sarcomas surgem de tecidos conjuntivos esqueléticos e extraesqueléticos. A maioria ocorrem nas extremidades, mas outros locais podem ser afetados, como o retroperitônioacometimento este incomum, constituindo 10-15 % de todos os sarcomas de partes moles. Em adultos, os tipos histológicos mais comuns de sarcomas retroperitoneais são lipossarcomas e leiomiossarcomas. ?Tumor lipomatoso atípico? e ?lipossarcoma bem diferenciado? são utilizados para descrever a mesma entidade.RELATO: MCSJ, 49 anos, sexo masculino, dislipidemico, queixava-se de dor lombar há 3 anos, de fraca intensidade, associada e aumento do volume abdominal e discreto ganho de peso. Ultrassonografia de abdome evidenciou volumosa imagem ecogênica, sólida, de limites mal definidos, medindo 18,8 x 6,9 x 19,0 cm, anterior a aorta abdominal, ocupando o mesogastro e flanco esquerdo. Realizou tomografia computadorizada e ressonância magnética de abdome que revelaram imagem lipomatosa com pequena calcificação de permeio, de difícil mensuração, envolvendo praticamente todo abdome, notadamente no hipocôndrio/flanco esquerdo, com compressão das estruturas do abdome, principalmente das alças intestinais, desviadas para a direita. A hipótese diagnóstica radiológica foi de lipomatose peritoneal ou lesão tipo lipoma. Paciente foi submetido a laparotomia, sendo ressecada a massa tumoral, medindo 23 x 33 cm. O diagnóstico histopatológico foi de lipossarcoma bem diferenciado, padrão lipoma-like (tumor lipomatoso atípico).CONCLUSÃO: O diagnóstico diferencial para lesões lipomatosas no retroperitônio e pelve deve incluir lipomatose, lipoma, lipossarcoma, lipoblastomatose, hibernoma, teratoma e mielolipoma. Lipossarcoma é um tumor maligno de origem mesenquimal e o tipo mais comum de malignidade retroperitoneal primária. Existem tipos histologicamente diferentes de lipossarcoma e no mesmo tumor pode haver uma mistura de diferentes subtipos histológicos. Dependendo da sua histologia, podem ter diferentes proporções de células malignas e tecido conectivo, o que torna variável sua aparência aos exames de imagem. Os bem diferenciados contêm uma quantidade apreciável de gordura e na TC e RMN eles se assemelham a lipomas, o que pode dificultar o diagnóstico. Lipossarcomas de alto grau podem não demonstrar quantidade apreciável de gordura e se assemelham a outros sarcomas. Massas gordurosas que permanecem estáveis por longo tempo sugerem doença benigna.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1558

TÍTULO DO TRABALHO: MALACOPLAQUIA RENAL COM INVASÃO DE CÓLON ASCENDENTE: UM RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ÁGATA ROTHERT; FILIPE VIEIRA KWIATKOWSKI; DIEGO DE CARVALHO MARI; RAFAEL VIEIRA KWIATKOWSKI; ROBERTA DE OLIVEIRA BORGES COSENZA; DANTE ADRIANO DO PRADO. HOSPITAL DO ROCIO, CAMPO LARGO - PR - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A malacoplaquia é uma condição rara que cursa com lesões granulomatosas xantocrômicas à avaliação histológica e se apresenta clinicamente com febre, disúria, hematúria e acometimento de trato urinário inferior , com preferência pelo sexo feminino (4:1). Nesse relato, trazemos uma paciente com apresentação atípica da doença com características invasoras, mimetizando uma apresentação oncológica.RELATO DO CASO: S. M. R. C. S., feminino, 35 anos, apresentando constante quadro de dor lombar e alterações do hábito urinário ? hematúria e disúria ? é submetida a tomografia computadorizada que revela grande massa tumoral em polo inferior de rim direito, com abaulamento de cólon ascendente e potencial invasão de músculo psoas.Durante o ato cirúrgico se evidenciou invasão colônica e procedeu-se a nefrectomia total à direita associada a hemicolectomia direita.Paciente evolui com dor abdominal e vômitos no pós-operatório, mas não houve intercorrências com necessidade de reparo cirúrgico. Seguiu de alta com antibioticoterapia e acompanhamento ambulatorial sem intercorrências até o presente momento.Ao exame anatomo-patológico foi identificada proliferação epitelial atípica, extensamente necrótica, associada a células xantomatosas e gigantes, multinucleadas, acometendo hilo renal e se extendendo à tecido adiposo e muscular perirrenal. Ressecção com margens livres e ausência de acometimento linfonodal. Foram realizadas provas imuno-histoquímicas que confirmaram o diagnóstico de malacoplaquia. CONCLUSÕES: A malacoplaquia é um acometimento raro, geralmente se localizando no trato urinário baixo, com acometimento de bexiga. O caso da paciente supra-citada se destaca pela raridade da localização ? renal ? mas ainda mais pelo caráter infiltrativo da lesão, que se extendeu até órgão adjacente.

CODIGO DO TRABALHO: 1847

TÍTULO DO TRABALHO: Mastite Puerperal e Abscesso Mamário: Relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: VÍVIAN FOUREAUX GOMES ROCHA DOS SANTOS; PRISCILA DE ALMEIDA CORRÊA CAMPOS; ROBERTO BARBOZA GAUER; RUBIA BIANCHINI DE FREITAS. CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA, VOLTA REDONDA - RJ - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O leite materno é considerado um dos pilares para a promoção e proteção da saúde das crianças. Ao longo dos anos ocorreram mudanças na prática da amamentação e apesar do incentivo ao aleitamento materno, ainda há prática inadequada da amamentação, correlacionada aos problemas enfrentados durante a lactação. As duas principais intercorrências do período lactacional são a estase do leite e a infecção. Dentre as intercorrências tem-se a mastite puerperal e o abscesso mamário, entre outros. A mastite puerperal ocorre geralmente na 2ª e 3ª semanas após o parto. Caracteriza-se por um processo inflamatório devido à estase intraductal do leite e a liberação de citocinas para o tecido intersticial, que pode ou não cursar com quadro infeccioso. A mama afetada encontra-se dolorosa, edemaciada, hiperemiada e quente. Quando há infecção, há manifestações sistêmicas importantes, como mal-estar, febre alta (acima de 38 ºC) e calafrios. Em decorrência de uma mastite não tratada, 5% a 10% dos casos tem-se o abscesso mamário, diagnosticado clinicamente, pelo abscesso propriamente dito ou uma flutuação sensível no tecido mamário, ou pela ultra-sonografia, sugerindo melhor local para incisão e aspiração. RELATO DE CASO: Paciente T.R.O., 34 anos, em consulta no Pronto Atendimento do Hospital São Lucas (HSL), em Quatis/RJ em 15/09/2016, apresentando abscesso mamário a direita, drenando no momento da consulta. Relata início do quadro há 5 dias, com mastalgia local, associado a hiperemia e febre (39ºC), sendo orientada pelo médico obstetra da Unidade Básica de Saúde a manter aleitamento materno, ordenhando o excesso de leite. Fez uso de compressas quentes para diminuir a dor e o edema. Exames laboratoriais com leucócitos a 17000 sem outras alterações. Permaneceu em internação hospitalar por 8 dias, fazendo uso de analgésicos, Cefazolina 1,0g EV de 8/8horas por 48 horas seguido de Cefalexina 500 mg VO 6/6 por 5 dias, sob os cuidados de equipe cirurgica, clinica medica e enfermagem. Interrompeu-se a lactação durante este periodo. Após alta hospitalar, realizou curativo 2 vezes ao dia sob a orientação da equipe cirúrgica. Até a conclusão dete trabalho, paciente obteve ampla recuperação do tecido mamário, sem demais intervenções.CONCLUSÃO: A mastite puerperal e abscesso do tecido mamário é um tema recorrente, sendo de extrema importância reconhecer e manejar o tratamento de forma correta, mantendo a saúde da mãe e do recém nascido.

CODIGO DO TRABALHO: 2144

TÍTULO DO TRABALHO: Médico residente: qualidade de vida e aspectos psicológicos

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PHILLIPE GERALDO T. DE ABREU REIS1; ADONIS NASR2; FLAVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASICH3; IWAN AUGUSTO COLLACO2; ANA LUISA BETTEGA4; GEOVANNA LABRES DE SOUZA5; BRENO LOPES PORTO6; MARCIO CANEVARI FILHO6. 1. HOSPITAL ERASTO GAERTNER, CURITIBA - PR - BRASIL; 2. HOSPITAL DO TRABALHADOR, CURITIBA - PR - BRASIL; 3. HOSPITAL DE CLÍNICAS - UFPR, CURITIBA - PR - BRASIL; 4. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, CURITIBA - PR - BRASIL; 5. PUC PR, CURITIBA - PR - BRASIL; 6. UFPR, CURITIBA - PR - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: a residência médica é um período de grande crescimento professional para médicos, mas requer grande dedicação e renúncia de atividade de lazer diário e/ou tempo livre. Essa realidade acarreta significativa perda de qualidade de vida, aumentando o estresse dos residentes. Esse estudo foi realizado para avaliar a percepção de qualidade de vida entre residentes do primeiro ano de residência, comparado com residentes em outros anos.Métodos: um estudo analítico transversal comparativo foi realizado no período de fevereiro a abril de 2016, submetendo médicos residentes a questionários voluntários de preenchimento online. O questionário validado de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (OMS), com 26 perguntas, foi usado: as duas primeiras perguntas sobre qualidade de vida geral e as outras 24 sobre quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e ambiente). Os residentes foram então divididos em 2 grupos: 1) primeiro ano de residência (R1) e 2) outros anos de residência (não-R1). As análises foram realizadas com porcentagens estatísticas simples. Variáveis contínuas foram analisadas pelo teste de t-Student. Variáveis discretas foram analisadas pelo teste de qui-quadrado.Resultados: 97 residentes responderam o questionário, 49,5% deles estavam no primeiro ano de residência e 50,5% estavam em outros anos de residência. Em geral, a qualidade de vida foi regular: entre 3-3.9 (de 5) em todos os domínios. Apesar da semelhante qualidade de vida geral regular, quando comparado o domínio psicológico, residentes do primeiro ano tiveram pior qualidade de vida (3.53) que residentes de outros anos (3.38 pConclusão: apesar da qualidade de vida geral dentre os residentes ser regular, no domínio psicológico foi perceptível que residentes do primeiro ano tiveram pior qualidade de vida que residentes em outros anos. A razão para isso pode ser atribuída ao medo de cometer erros, cansaço, falta de orientação pelos chefes, estar constantemente sob pressão, plantões noturnos, controle excessive por supervisores, falta de tempo para lidar com necessidades pessoais, familiares e outras relações sociais afetivas.

CODIGO DO TRABALHO: 1268

TÍTULO DO TRABALHO: MELANOMA INTESTINAL: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ROBSON DAVID DE ARAÚJO LIAL1; DIEGO COIMBRA ALENCAR1; JOÃO EMILIO LEMOS PINHEIRO FILHO2; GUILHERME MEIRELES FERREIRA3; JULIANNA FANY ALMEIDA SOUSA1; MARIANE MENDES GIL BARBOSA SANTOS2; HELDER DE MELO SÉRVIO4; MAC DAVE CARDOSO RIBEIRO MATOS SILVA5. 1. FACULDADE INTEGRAL DIFERENCIAL, TERESINA - PI - BRASIL; 2. HOSPITAL SANTA MARIA, TERESINA - PI - BRASIL; 3. HOSPITAL GETÚLIO VARGAS, TERESINA - PI - BRASIL; 4. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ, TERESINA - PI - BRASIL; 5. HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE TERESINA, TERESINA - PI - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Melanoma é um tumor de melanócitos com incidência menor que 3% quando comparado às neoplasias malignas. O trato gastrointestinal é um dos múltiplos sítios de metástases o qual pôde ser visto em estudos de necropsias com uma taxa em torno de 50%. RELATO DE CASO: Mulher, 34 anos, admitida em um hospital privado de Teresina ? PI em fevereiro/2014 com relato de epigastralgia, melena, anemia e passado clínico de melanoma cutâneo tratado com exérese e uso de Interferon por um ano. Ao exame físico apresentava massa palpável em região infraumbilical associada à distenção abdominal. Solicitados exames complementares: ultrassom e tomografia computadorizada abdominal evidenciaram formação expansiva parcialmente delimitada de contornos lobulados estendendo-se da região pélvica ao meso/epigástrio. Após isso, a paciente foi referenciada à cirurgia geral que optou por laparotomia exploratória (enterectomia) com retirada de peça. O histopatológico constatou neoplasia maligna pouco diferenciada com invasão linfática e a imuno-histoquímica concluiu melanoma maligno de intestino delgado. A paciente ainda encontra-se em seguimento clínico sem histórico de recidivas. CONCLUSÃO: Esse caso revela o quanto é inespecífica as queixas de um paciente com melanoma intestinal. Assim cabe à equipe médica sempre estar atenta ao paciente.BIBLIOGRAFIA:RIBEIRO, Rómulo et al . Invaginação Intestinal por Metástases de Melanoma: a propósito de um caso clínico. Rev. Port. Cir., Lisboa , n. 23, p. 57-60, dez. 2012 . Disponível em . acessos em 10 fev. 2017.

CODIGO DO TRABALHO: 594

TÍTULO DO TRABALHO: MIOMA DE LIGAMENTO LARGO SUGERINDO NEOPLASIA OVARIANA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOÃO PAULO NUNES BRANDÃO; FILIPE DE SOUZA DAMASCENO; MÁRCIO ANDRADE SILVA FREIRE; ANDRE LUIS BARBOSA ROMEO; ANA CELIA DINIZ C. BARBOSA ROMEO; JAMILE CARAMELLO ORTINS SAMPAIO; JOÃO RAFAEL SILVA SIMÕES ESTRELA; DANIEL CARDOSO CAVALCANTE GUERRA. HOSPITAL ANA NERY, SALVADOR - BA - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Relato de raro caso de paciente jovem assintomática com mioma de ligamento largo com suspeita pré-operatória de neoplasia ovariana.Relato de caso: Paciente de 29 anos, menarca aos 11 anos, coitarca aos 21 anos, G0P0A0, DUM há +/- 08 dias, sem comorbidades, alergias ou passado de cirurgias prévias e fazendo uso regular de anticoncepcional oral, sem antecedentes familiares dignos de nota. Submetida à ultrassonografia transvaginal rotineira que evidenciou útero e ovário à esquerda sem alterações e formação nodular sólida em região anexial direita de volume 47cm3, com vascularização periférica presente ao doppler, sugerindo tumoração ovariana. O exame físico não evidenciou alterações bem como exames pré-operatórios. Os marcadores tumorais CA 125 e CEA com valores dentro da faixa de normalidade. Paciente foi submetida à videolaparoscopia observando-se útero, ovários, trompas e fundos de saco sem alterações, e nodulação sólida na intimidade do ligamento largo à direita, sobre o ureter e os vasos ilíacos, sendo realizada exérese da mesma sem intercorrências. Recebeu alta 24 horas após o procedimento cirúrgico. O exame anatomopatológico evidenciou nodulação miomatosa.Conclusão: Os miomas intraligamentares representam apenas 6% de todos os miomas uterinos e o seu aparecimento no interior do ligamento largo pode trazer sintomas pélvicos importantes, principalmente do tipo compressivo, e confusão diagnóstica com neoplasias ovarianas, por vezes levando a laparotomias desnecessárias. A remoção pode ser trabalhosa pela proximidade com estruturas nobres como o ureter e os vasos ilíacos, acentuando-se a necessidade da abordagem por laparoscopia pelas suas inerentes vantagens.

CODIGO DO TRABALHO: 1747

TÍTULO DO TRABALHO: Modelo de Caixa Preta de Custo Acessível e Fácil Reprodutibilidade Usado na Introdução e Treinamento de Acadêmicos de Medicina na Videocirurgia

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GABRIEL DOS SANTOS WINZ1; RAISSA JOSÉ DE FRANÇA CARVALHO2; LUISA RODRIGUES POLESE FREITAS1; MAYARA FERNANDA VICTAL1; ANNA CLARA ASCENDINO CORRÊA1; RAFAEL MASSAO DA SILVA NAGATO1; RAÍSA RAMOS BEZERRA1; LUCAS SCARANELLO1. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, CAMPINAS - RJ - BRASIL.

RESUMO:
ObjetivosA qualificação técnica é indispensável para formação de um cirurgião. Com a consolidação da videocirurgia, tornou-se imprescindível o exercício contínuo para o desenvolvimento de habilidades táteis e visuais. Visando aproximar acadêmicos de medicina à videocirurgia, aprimorar estas habilidades e reduzir riscos em situações reais o trabalho tem como objetivo produzir uma caixa preta de fácil reprodutibilidade e custo acessível.MétodosA caixa foi construída por membros da Liga Acadêmica de Técnica Operatória e Cirurgia Experimental (LATeC) em 2016. Utilizou-se madeira compensada com 1cm de espessura em paralelepípedo de 30x25x20cm (CxAxL) baseado em medida de abdome com pneumoperitonio e parte frontal removível deslizante com dois orifícios superiores com 6cm de diâmetro, à 10cm da câmera, cobertos com borrachas para trocateres.Fixou-se webcam Multilaser WC045 na parte superior interna, próximo a abertura anterior, e lâmpada led em parede lateral para iluminação complementar. Utilizou-s software DebutVideo Capture para corrigir inversão da câmera em notebooks.ResultadosOs modelos de caixa preta no mercado apresentaram custos inviáveis para acadêmicos (R$1550,00). Em pesquisa bibliográfica, um modelo confeccionado em acrílico transparente de Batista et al em 2006 demonstrou-se inviável pelo complexo manuseio das placas e custo elevado (R$840,00). Em 2012, Batista et al atualizou o projeto, reduzindo o custo (R$335,00). Múltiplas portas de entradas e custo elevado dificultaram a sua reprodução.Em 2016, membros da LATeC construíram uma caixa baseada no modelo de Batista et al de 2006, porém, menor, em paralelepípedo, com madeira compensada, webcam e lâmpada, utilizando notebook para a projeção de imagens, empilhável, fácil locomoção e menor gasto com materiais (R$90,00). A abertura frontal permitiu melhor acesso à área interna. Utilizou-se a caixa em atividades práticas com acadêmicos de medicina e residentes de cirurgia do HUGG.ConclusõesA caixa preta permite o melhor entendimento e treinamento da técnica e de habilidades táteis e visuais bidimensionais de videocirurgias, sendo de fácil reprodutibilidade e de custo acessível para uma liga acadêmica, aproximando estudantes de medicina às técnicas sem expor aos riscos de cenários reais.BibliografiaBatista Danilo Malta, Felzemburgh Victor Araujo, Matos Ediriomar Peixoto. Novo modelo experimental para treinamento em videocirurgia. Acta Cir. Bras. 2012 Out; 27(10): 741-745

CODIGO DO TRABALHO: 1757

TÍTULO DO TRABALHO: MORTALIDADE EM CIRURGIA ? ANÁLISE DE 45 ÓBITOS RELACIONADOS A PROCEDIMENTOS OPERATÓRIOS EM UM HOSPITAL GERAL.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: AIRTON ZOGAIB RODRIGUES; FELIPE ARAUJO DE SOUZA; MARCELA QUEIROZ; MESSIAS ELIAS NETO; MIRELLA DE FATIMA FUKUDA; ROBERTO MONTORO NETO. HOSPITAL ANA COSTA DE SANTOS, SANTOS - SP - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Análise de 45 óbitos em doentes, submetidos a procedimentos operatórios em um hospital geral.Método: Estudo retrospectivo de prontuários de 45 pacientes internados em caráter eletivo e ou urgência, submetidos a procedimentos operatórios, no período de janeiro à dezembro de 2016 em um hospital geral de 220 leitos, analisando-se: sexo, faixa etária, local de internação, diagnósticos, comorbidades, especialidades envolvidas, ASA dos pacientes, operações realizadas, se em caráter de urgência ou eletivas, complicações imediatas, média de permanência e prováveis causas de óbito. Em nenhum dos pacientes realizou-se exame necroscópico.Resultados: Realizaram-se 9.222 procedimentos operatórios, 6.287 eletivos e 2.935 de urgência, com 45 óbitos (0,48%) pós-operatórios, sendo 6(0,25%) óbitos em eletivas e 39 (1,32%) em urgências. Dos 45 pacientes analisados, 58% eram mulheres; faixa etária mais usual a de maiores de 50 anos (98%), média de idade de 73 anos; 66% dos doentes foram internados inicialmente na enfermaria com posterior transferência para a UTI; 51% dos diagnósticos como abdome agudo, sendo o mais prevalente o obstrutivo, seguido do vascular, perfurativo e inflamatório; em seguida vieram as vasculopatias arteriais periféricas responsáveis por 18% dos diagnósticos; comorbidades presentes em 98% dos pacientes, como a HAS (43%) e Diabetes (22%) as mais usuais; a especialidade mais envolvida foi a cirurgia geral em 53% dos casos, seguida da cirurgia vascular em 17% das vezes; segundo a classificação do risco anestésico, tivemos a seguinte distribuição: ASA II-22%, ASA III-55% e ASA IV-22%; 86% as operações foram em caráter de urgência; 84% dos pacientes apresentaram complicações imediatas, sendo as clínicas mais frequentes (74%) do que as cirúrgicas (26%); as principais complicações clínicas foram: o choque séptico (50%) e a insuficiência respiratória aguda (14%) e as cirúrgicas: as deiscências de anastomoses intestinais (40%) seguidas do choque séptico (20%); 93% dos pacientes necessitaram tratamento na UTI, com 5 dias de média de permanência; tivemos como causas prováveis de óbito mais prevalentes: o choque séptico em 53%, sendo 83% desses por foco de origem abdominal; a hipertensão intracraniana em 11%; IMOS (8%) e isquemia mesentérica intratável em 8% dos pacientes.Conclusões: A mortalidade pós-operatória apesar de não elevada, ocorreu em pacientes idosos, de alto risco, com comorbidades e internados e operados em caráter de urgência.

CODIGO DO TRABALHO: 415

TÍTULO DO TRABALHO: MUDANÇA DE PARADIGMAS: IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO ACERTO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: OLAVO NAPOLEAO DE ARAUJO NETO1; DANIEL LINHARES CARDOSO2; BRUNO GABRIELE COSTA2; WALTER BATISTA DE SANTANA NETO2. 1. UNICHRISTUS, FORTALEZA - CE - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE DE FORTALEZA, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Protocolo ACERTO (ACEleração da Recuperação TOtal Pós-Operatória) é multimodal, objetiva otimizar evolução pós-operatória diminuindo estresse pós-traumático com intervenções multidisciplinares e baseadas em evidências (BE) no perioperatório. Tendência iniciou na década de 90 na Dinamarca para pacientes de cirurgias colorretais, hoje já estabelecido nessa especialidade, busca espaço em outras áreas.OBJETIVOS: Revisar evidências na literatura sobre utilização do protocolo ACERTO. Comparar seus desfechos com os tradicionais. Correlacionar custo e benefício. Descrever aspectos da dificuldade de implementação.METODOLOGIA: Revisão da literatura descrevendo o protocolo ACERTO. Estudo transversal buscando dados nas bases: The Cochrane Library, MEDLINE e UpToDate. Publicações de 2011 a 2017 em português e inglês foram revisadas priorizando mais recentes e alto fator de impacto.DISCUSSÃO: Método multimodal e BE, iniciou na cirurgia colorretal, mas mostrou benefícios em: cirurgia do trato digestivo, torácica, urológica, vascular, etc. Consiste em mudanças no perioperatório, adiantando recuperação funcional do paciente, reduzindo estresse cirúrgico, melhorando resposta metabólica e função gastrointestinal, diminuindo complicações e tempo de internação (até 3 dias) e custos, além de evitar o catabolismo e perda proteica. Requer colaboração interdisciplinar. Mudanças foram preconizadas, dentre elas: completa orientação para o paciente, ingestão de líquidos ricos em carboidratos até 2h antes da cirurgia, abordagens minimamente invasivas, otimização do manejo de fluidos, retirada precoce de drenos, mobilidade precoce e retomada da dieta até no primeiro dia pós-operatório. Interesse no protocolo tem crescido, mostrando dificuldades para implementação: mudança do paradigma, desconhecimento, falta suporte multidisciplinar. Implementação de novas práticas demora a se disseminar, evidências sugerem que mudança de conduta nos EUA ocorre 15 anos após evidência estar disponível, imagina-se no Brasil.CONCLUSÃO: Evolução pós-operatória é desafio para o cirurgião. Procedimentos cirúrgicos podem ter taxas de complicações ultrapassando 40%. Implementação do protocolo é gradual e implica benefícios para o paciente, profissional e sistema. Há dificuldades para sua implementação. Benefícios clínicos, culturais e econômicos estão sendo reconhecidos. Feedback constante e avaliação periódica dos resultados é essencial. Abordagem BE e multimodal deve se tornar padrão ouro.

CODIGO DO TRABALHO: 2688

TÍTULO DO TRABALHO: NEOPLASIA DE CÉLULAS DE MERKEL, SEM SITIO DE LESÃO PRIMÁRIA DEFINIDO: UM RELATO DE CASO.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: YASMIN BIONE DINIZ; MAFIRA PEREIRA SAFT; PATRÍCIA ALVES MANGUEIRA. INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS, ARAGUAÍNA - TO - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A neoplasia de células de Merkel é rara, de origem neuroendócrina agressiva e pouco compreendida. Ocorre com maior frequência em áreas expostas ao sol, e, principalmente, em pacientes de origem caucasiana, acima dos 65 anos e do sexo masculino. Essa neoplasia tem um crescimento acelerado, com alta propensão de metástase regional e a distância. Seu tratamento desta neoplasia envolve a excisão da lesão com margem ampla, radio e quimioterapia adjuvante.CASO CLÍNICO: RJP, sexo feminino, 70 anos, de origem parda, lavradoura, e procedente de Santana do Araguaia- PA dá entrada na unidade hospitalar relatando que a aproximadamente um ano observou o surgimento de uma lesão de aspecto nodular em região inguinal direita, pouco doloroso, com ausência de alterações de coloração e de temperatura cutânea. Nos seis meses seguintes, houve aumento progressivo do nódulo associado a também aumento da dor. Somente após isso que a paciente procurou um serviço de atenção primária a saúde. O profissional médico solicitou uma tomografia de quadril que evidenciou nódulo heterogêneo, com captação de contraste em região inguinal direita sugestiva de linfonodomegalia. Foi realizado biopsia (a qual não confirmou o diagnóstico) e imuno-histoquimica do local da lesão, que evidenciou o diagnóstico de carcinoma metastático de células de Merkel. Apenas após quatro meses conseguiu atendimento na unidade hospitalar, sendo que durante esse período paciente referiu aumento de diâmetro do nódulo de aproximadamente 5cm. Na admissão apresentava nódulo em região inguinal direita, endurecido, fixo, doloroso a palpação, de aproximadamente 10 cm de diâmetro, sem alterações cutâneas, sem tumoração ulcerada como seria característica da doença. Foi realizado estadiamento da doença no entanto o sitio primário não foi evidenciado. Paciente foi submetida a excisão do tumor com margens amplas e linfadenectomia regional, onde foi colocado um dreno portovac no local. Após a cirurgia paciente evoluiu bem, sem queixas álgicas a partir do quarto dia de pós operatório (DPO) e foi de alta no 5° DPO com dreno funcionante.CONCLUSÃO: Trata-se de um câncer metastático de Células de Merkel, no qual não foi encontrado o sitio primário, a paciente não corresponde ao padrão de aparecimento da doença. É uma doença de rápido crescimento e alto índice de morbimortalidade, principalmente se o tumor for maior que 2cm que a doença costuma ter prognostico ruim e baixa sobrevida.

CODIGO DO TRABALHO: 3087

TÍTULO DO TRABALHO: Neoplasia Primária Múltipla - relato de caso.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: HEITOR FRANCO DE GODOY; MONICA MAZZURANA BENETTI; DANIEL DANTAS DE OLIVEIRA; JOSE FERNANDO MARQUES CARDOSO; AMER ABDUL BASSET EL KHATIB; BRUNO BARREIRO; WAGNER JOSÉ RIVA; FERNANDO YOCHITERU ROLIM SAKIYAMA. HOSPITAL GUILHERME ALVARO, SANTOS - SP - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoA Neoplasia Primária Múltipla (NPM) é uma patologia rara, definida segundo os critérios de Warren e Gates (1932) como a presença de múltiplos tumores malignos, com diagnósticos anatomopatológicos distintos e que não sejam metástases a distância do outro tumor. A North American Association of Central Cancer Registries classifica como sincrônicos, os tumores que aparecem no mesmo indivíduo em um mesmo intervalo de tempo e metacrônicas em intervalo de tempo diferentes em até cinco anos. A literatura contem poucos relatos de NPM sincrônicas, principalmente quando existem mais que dois focos primários. Nosso objetivo é descrever um relato de caso de paciente com três neoplasia malignas: próstata, colón e pulmão. Relato de CasoE.V.C., 65 anos, masculino, procedente de Pedro de Toledo ? SP, tabagista (20 maços/ano) em acompanhamento oncológico devido adenocarcinoma de próstata, tratado com hormonioterapia com gosserrelina e radioterapia (38 sessões), apresenta em imagem tomográfica de controle, lesão nodular em lobo superior esquerdo do pulmão. Foi solicito PET-CT que evidenciou hipercaptação em áreas de próstata, pulmão, colón sigmoide e tireóide. Realizado colonoscopia apresentando lesão úlcero-vegetante de colón sigmoide com anatomopatológico de adenocarcinoma. Optado por intervir primeiramente no intestino, realizado retosigmoidectomia regrada com coloretoanastomose termino-lateral mecânica, apresentando peça cirúrgica com adenocarcinoma tubular e mucinoso moderadamente diferenciado, com invasão neoplásica em serosa e tecido adiposo peri-cólico (pT3pN0pMx; Dukes B), evoluiu com fistula no 11º dia de pós operatório tratada com rafia da mesma e ileostomia protetora. Reencaminhado a oncologia com realização de quimioterapia adjuvante. Após seis meses da retosigmoidecectomia, com evolução favorável, o paciente foi submetido à lobectomia superior esquerda, com anatomopatológico de carcinoma epidermóide pouco diferenciado. Até o momento o paciente apresenta-se em acompanhamento ambulatorial com a equipe de oncologia clínica e cirurgia de cabeça e pescoço, em bom estado geral. ConclusãoO diagnóstico das NPM depende de um completo estadiamento pré-operatório e adequado seguimento clínico. O tratamento envolve uma equipe multidisciplinarintegrada, com foco central no paciente com o objetivo de um melhor prognóstico.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1213

TÍTULO DO TRABALHO: NEOPLASIA TESTICULAR COMO UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TUMOR ABDOMINAL

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PAOLA TRINDADE MEINICKE1; RICARDO COSTA AGUIAR1; SAULO BORBOREMA TELES2; RAFAELA CRISTINA DE CAMPOS1; IGOR BOTELHO DE ARAUJO1; LUIS FABRICIO CALDAS FERRAZ1; LUIS CARLOS NEVES DE OLIVEIRA3; FÁBIO ISRAEL LIMA CASTELO BRANCO MARQUES1. 1. HOSPITAL HELIOPOLIS, SAO PAULO - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL HELIÓPOLIS, SAO PAULO - SP - BRASIL; 3. HOSPITAL HELIOPOLIS/FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SAO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O câncer testicular é o tumor maligno mais comum em homens entre 15-35 anos, sendo responsável por 1% de todos os canceres no sexo masculino. O tumor de células germinativas corresponde a 95% dos canceres testiculares, sendo o subtipo seminomatoso correspondente a 48,2%. Mesmo com a orquidopexia, a criptorquidia prévia continua como fator de risco, sendo encontrada em 28,5% dos seminomas e 15,5% dos não seminomas. O LDH está relacionado com o volume tumoral e é produzido em todos os tipos de tumores testiculares. Eleva-se em 35,7% dos seminomas e 40% dos não seminomas. O tratamento dos tumores testiculares teve grande avanço desde os anos 1970, atingindo, atualmente, índice de cura superior a 90% mesmo em tumores avançados com o aprimoramento da técnica cirúrgica e a implementação da quimioterapia. O objetivo deste trabalho é descrever um caso clínico ratificando a criptorquidia, com testículo intra-abdominal, como principal fator de risco para tumor testicular maligno e seu diagnóstico diferencial para massas abdominais. Relato de Caso: JLS, 43 anos, apresenta queixa de dor em fossa ilíaca direita há 1 mês, associada a massa abdominal palpável de crescimento progressivo. Nega perda ponderal, mudança de hábitos intestinais ou demais queixas. Relata ausência de testículo à direita desde a infância. Ao exame físico, apresenta massa palpável em fossa ilíaca direita e hipogástrio, endurecida, fixa e pouco dolorosa. Bolsa testicular com testículo esquerdo tópico e ausência de testículo à direita. Marcadores tumorais: B-hCG: 21,78 mUI/ml, AFP: 4,4 ng/ml e DHL: 282 U/L. À Ressonância magnética, apresenta tumor abdominal em quadrante inferior direito (10x10x12cm), sem ponto de clivagem com cúpula vesical, íleo terminal, ceco e peritônio parietal; e em íntimo contato com ureter direito, veia ilíaca externa direita e veia cava inferior. Submetido a laparotomia exploradora com ressecção de massa tumoral em bloco, ileocolectomia direita, cistectomia parcial, com anastomose ileotransverso primária, cistorrafia e linfadenectomia de cadeia ilíaca e intercavoaórtica. Anatomo-patológico: Seminoma clássico com margens livres. Paciente com boa evolução pós-operatória, em seguimento ambulatorial e quimioterápico. Conclusão: Demonstra-se com este trabalho a relevância da criptorquidia como fator de risco para tumor testicular e a importância de se considerar a neoplasia de testículo como diagnóstico diferencial em pacientes criptorquídicos com massa abdominal.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1660

TÍTULO DO TRABALHO: NEOPLASIAS PRIMÁRIAS DE APÊNDICE: INCIDÊNCIA DE 2010 A 2015 NO HOSPITAL GETÚLIO VARGAS- RECIFE

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RAMONN CHAVES DA SILVA RODRIGUES1; LUCIANO CALHEIROS DE MORAIS GUERRA1; RODRIGO SANTIAGO MOREIRA1; ÍCARO DANIEL CARRILHO DIOGENES1; MARILI DANTAS DA SILVA2; GABRIELA LUCENA RAMOS DA SILVA2; BRUNO MARINHO PINTO DE ÁGUILA1; ANA CECÍLIA CARVALHO TORRES2; THIAGO SOUZA E SILVA3. 1. HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - RECIFE/PE, RECIFE - PE - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO - UPE, RECIFE - PE - BRASIL; 3. HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - HGV, RECIFE - PE - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: As neoplasias primárias de apêndice cecal são doenças raras que podem se apresentar como cistoadenomas, tumores carcinoides, adenocarcinomas e adenocarcinóides. Os tumores carcinoides são neoplasias malignas neuroendócrinas e representam cerca de 80-88% das neoplasias do apêndice cecal. São diagnosticados geralmente durante apendicectomias e estima-se que correspondam a 1% das apendicectomias. Predominam em mulheres na faixa etária entre 20 e 30 anos. Tumores carcinoides com menos de 2 cm, sem comprometimento linfonodal, com margens livres podem ser tratador somente com apendicectomia. O adenocarcinoma de apêndice apresenta-se clinicamente como apendicite aguda. No entanto, também pode se apresentar com ascite ou massa abdominal. OBJETIVO: Analisar o quadro clínico, epidemiologia, achados cirúrgicos e anatomopatológicos dos pacientes com neoplasia primária de apêndice no Hospital Getúlio Vargas em Recife. MÉTODOS: Foi realizado um estudo observacional, retrospectivo, descritivo e transversal fundamentado na análise dos resultados anatomopatológicos e nos prontuários dos pacientes atendidos do Hospital Getúlio Vargas (Recife) do período de 2010 a 2015. RESULTADOS: Foram analisados 2592 resultados de estudos anatomopatológico que incluíam apêndice no seu resultado. Encontrou-se 11 casos.Houve predomínio do sexo masculino com 56 % dos pacientes. A média de idade foi de 46 anos. O sintoma mais prevalente foi de dor abdominal com incício há mais de três dias. Todos os casos de tumores carcinoides (cinco) foram lesões menores de 2 cm com acometimento além da camada submucosa, em 40% houve comprometimento da margém cirúrgica. Os adenocarcinomas estiveram presentes em dois pacientes com infiltração além da camada submucosa em ambos. Não houve acometimento linfonodal nem comprometimento de margem cirurgica. Os tumores benignos estiveram presentes em 4 pacientes. Todos os pacientes foram tratatos com apendicectomias somente.CONCLUSÃO: As Neoplasias primárias de apêndice cursam com quadro clínico insidioso e sintomatologia branda. Para o tratamento adequado é essencial a análise histopatológica da peça uma vez que os achados cirúrgicos podem ser normais. Referências Bibliográficas: 1. CORREA NETO, I. J. F. et al . Carcinoid tumor of cecal appendix: one-year incidence at the Santa Marcelina Hospital. J. Coloproctol. (Rio J.), Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p. 245-249, Dec. 2014;

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1657

TÍTULO DO TRABALHO: NEOPLASIAS RARAS RETROPERITONEAIS: SCHWANNOMA ANTIGO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PALOMA ALVES BEZERRA MORAIS1; PAULO ALVES BEZERRA MORAIS1; DOGLAS GOBBI MARCHESI1; GABRIEL SANT`ANA ZUCOLOTO2; RENAN TORRES CAETANO DA SILVA1. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO, VITORIA - ES - BRASIL; 2. ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA, VITORIA - ES - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Os Schwannomas antigos são variantes raras de tumores que surgem das células de Schwann. Possuem localização retroperitoneal em apenas 0,5% a 5% de todos os casos e são extremamente raros.[1] Representam aproximadamente 1 a 5% de todos os tumores retroperitoneais.2 Um estudo feito em 2016, evidenciou apenas 21 casos de schwannoma retroperineal renal descritos na literatura. Estes tumores envolvem pacientes entre 14 e 84 anos com discreta predominância no sexo feminino.3Relato do caso: Paciente, 41 anos, sexo feminino, admitida em Hospital Universitário em novembro de 2016 com quadro de dor em flanco esquerdo há cinco meses sem outros sintomas associados. Portadora de hipertensão arterial sistêmica. Nega perda de peso, alterações do hábito intestinal ou dos ciclos menstruais, gestações prévias e tabagismo.Em acompanhamento ambulatorial prévio, realizou ultrassonografia abdominal em outubro de 2016 que evidenciou volumosa formação expansiva sólida heterogênea em flanco esquerdo, com contorno regular, limites definidos e calcificações de permeio. Presença de áreas esparsas de fluxo ao estudo Doppler com volume estimado em 1293 cm^3. Tal lesão apresenta aparente plano de clivagem com o rim esquerdo, que se encontra deslocado cranialmente, com moderada dilatação do sistema pielocalicinal. Realizou tomografia de abdome porém, não possuía o laudo.Após preparo pré-operatório, realizou-se laparotomia mediana xifopúbica com ressecção de volumoso tumor de retroperitônio seguida de nefrectomia esquerda em monobloco, linfadenectomia retroperitoneal, colectomia esquerda e anastomose colorretal termino-terminal. Evolui com instabilidade hemodinâmica imediata necessitando de noradrenalina e com lesão renal aguda no pós-operatório necessitando de diálise por sete dias. Prescrita antibioticoprofilaxia com ceftriaxone e metronidazol. Histopatológico concluiu tratar-se de Schwannoma antigo com limites de ressecção livres de comprometimento neoplásico.Conclusão: Schwannomas retroperitoneais são tumores raros geralmente detectados incidentalmente após exames de imagem.4 Etiologia parece ter relação com a perda de expressão da proteína de Merlin.5 Possuem crescimento lento, são benignos, indolentes e apresentam sintomas compressivos locais.[1] Diagnóstico definitivo baseia-se no exame anatomopatológico do tumor. Há bom prognóstico sendo a malignização e a recorrência raras.4

CODIGO DO TRABALHO: 2189

TÍTULO DO TRABALHO: Níveis de estresse em estudantes em preparação para entrar no curso de medicina

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PHILLIPE GERALDO T. DE ABREU REIS1; ADONIS NASR2; FLAVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASICH3; IWAN AUGUSTO COLLACO2; GEOVANNA LABRES DE SOUZA4; BRENO LOPES PORTO5; MARCIO CANEVARI FILHO5; MARINA NARDELLI GOES6. 1. HOSPITAL ERASTO GAERTNER, CURITIBA - PR - BRASIL; 2. HOSPITAL DO TRABALHADOR, CURITIBA - PR - BRASIL; 3. HC-UFPR, CURITIBA - PR - BRASIL; 4. PUC-PR, CURITIBA - PR - BRASIL; 5. UFPR, CURITIBA - PR - BRASIL; 6. UP, CURITIBA - PR - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: O último ano do ensino médio representa o último momento antes de começar a universidade, quando os alunos refletem sobre suas perspectivas de vida e precisam escolher a carreira mais adequada para as suas vidas. Desta forma, este estudo foi realizado para avaliar o nível de estresse entre os graduandos do ensino médio que pretendem ser aprovado em um curso de Medicina, quando comparado com as pessoas em geral em sua idade. Métodos: Um estudo comparativo descritivo transversal. Durante o período de fevereiro a abril de 2016, alunos do ensino médio foram submetidos a um questionário de forma voluntária, com preenchimento online. Foi utilizado um questionário validado constituído de questões relacionadas ao nível de estresse ao qual eles estavam submetidos durante os 30 dias que precederam sua aplicação, permitindo a formulação de uma escala de estresse, com valor a ser comparado com a população de controle na mesma faixa etária (controle A: população americana e controle B: população de professores no Sul do Brasil). A análise dos dados foi realizada com percentuais estatísticos simples. As variáveis ??contínuas foram analisadas com o ?Student t test? e as variáveis ??discretas com o ?chi-square test?. Resultados: 166 alunos responderam o questionário, estando a maioria cursando o segundo ano de cursinho (30,7%) sendo a maioria da mesma instituição (75,3%) e do sexo feminino (68,7%). Ao se avaliar o nível de estresse destes estudantes verificou-se que grande parte deles (39,8%) ficou com muita frequência aborrecido com algo que aconteceu inesperadamente sendo que a maior parte deles (34,9%) se sentiu incapaz, com muita frequência, de controlar coisas importantes de sua vida. Analisando-se a qualidade de vida dos pré-vestibulandos verificou-se uma qualidade global regular (entre 3 e 3,9), enquanto o nível de estresse se apresentou mais elevado do que a população controle, porém sem significância estatística (p=0,15). Conclusão: Pré-vestibulandos apresentam uma qualidade de vida global regular e um nível de estresse elevado em relação a população controle.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2190

TÍTULO DO TRABALHO: Níveis de estresse entre estudantes do internato

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PHILLIPE GERALDO T. DE ABREU REIS1; ADONIS NASR2; FLAVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASICH3; IWAN AUGUSTO COLLACO2; PEDRO AUGUSTO DE ASSIS GOES4; EDUARDO LOPES MARTINS FILHO5; BRUNA ARCOVERDE ABBOTT5; JEAN RAITZ NOVAIS5. 1. HOSPITAL ERASTO GAERTNER, CURITIBA - PR - BRASIL; 2. HOSPITAL DO TRABALHADOR, CURITIBA - PR - BRASIL; 3. HC-UFPR, CURITIBA - PR - BRASIL; 4. PUC-PR, CURITIBA - PR - BRASIL; 5. UFPR, CURITIBA - PR - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Os dois últimos anos de graduação em medicina, conhecido como internato, é um período de crescimento profissional, mas implica em uma rotina extenuante muitas vezes acompanhada por renúncia do lazer diário. Este período de aprendizagem requer muita dedicação, razão pela qual a qualidade de vida desses estudantes acaba sendo prejudicada. Desta forma, este estudo foi realizado para avaliar a percepção da qualidade de vida entre os estudantes de medicina durante o seu estágio em especialidades cirúrgicas, em comparação com os de especialidades não cirúrgicas. Métodos: Estudo transversal realizado durante o período de fevereiro a abril de 2016. Estudantes de Medicina em período de internato foram submetidos a um questionário voluntário, com o preenchimento online. Um questionário validado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre a qualidade de vida, constituído por 26 questões foi usado: as duas primeiras sobre a qualidade de vida geral, e as outras 24 abrangeram quatro domínios (psicológico, relações sociais e físicas e ambiente). Os alunos foram divididos em 2 grupos: 1) especialidades cirúrgicas (CIR) e 2) especialidades não cirúrgicas (CLI). A análise dos dados foi realizada com estatísticas percentuais simples. As variáveis ??contínuas foram analisadas com o ?Student t test? e as variáveis ??discretas com o ?chi-square test?. Resultados: 177 alunos responderam o questionário, estando a maioria passando pela especialidade médica de cirurgia geral (19,22%) e clínica médica (19,22%) sendo mais da metade da mesma instituição (56,5%) e do sexo feminino (52,5%). Ao se avaliar o nível de estresse destes estudantes verificou-se que grande parte deles (33,3%) ficou com muita frequência aborrecido com algo que aconteceu inesperadamente sendo que uma pequena parcela deles (28,2%) quase nunca se sentiu incapaz de controlar coisas importantes de sua vida. Analisando-se a qualidade de vida dos doutorandos verificou-se uma qualidade global regular (entre 3 e 3,9), enquanto o nível de estresse se apresentou mais elevado do que a população controle, com significância estatística (p=0,00028). Conclusão: Doutorandos apresentam uma qualidade de vida global regular e um nível de estresse elevado em relação a população controle.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2194

TÍTULO DO TRABALHO: Níveis de estresse entre os médicos residentes

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PHILLIPE GERALDO T. DE ABREU REIS1; ADONIS NASR2; FLAVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASICH3; IWAN AUGUSTO COLLACO2; JESSICA ROMANELLI AMORIM DE SOUZA4; LUIS FERNANDO SPAGNUOLO BRUNELLO4; THAIS TAKAMURA4; CAROLINE LOUISE BALCEWICZ DAL BOSCO5. 1. HOSPITAL ERASTO GAERTNER, CURITIBA - PR - BRASIL; 2. HOSPITAL DO TRABALHADOR, CURITIBA - PR - BRASIL; 3. HC-UFPR, CURITIBA - PR - BRASIL; 4. UFPR, CURITIBA - PR - BRASIL; 5. UFPR, CURITI A - PR - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: A residência é um período de grande crescimento profissional para os médicos, mas envolve muita dedicação e renúncia do lazer diário. Em particular residência médica em cirurgia, onde na maioria dos casos os limites de carga de trabalho são violados em todo o país. Esta realidade leva a perdas significativas na qualidade de vida e pode aumentar o nível de estresse dos residentes. Desta forma, este estudo foi realizado para avaliar o nível de estresse entre os residentes de especialidades cirúrgicas, quando comparado com o mesmo em especialidades não cirúrgicas. Métodos: Um estudo comparativo descritivo transversal. Durante o período de fevereiro a abril de 2016, médicos residentes foram submetidos a um questionário de forma voluntária, com o preenchimento online. Foi utilizado um questionário validado constituído por questões relacionadas ao nível de estresse ao qual eles foram submetidos durante os 30 dias que precederam sua aplicação, permitindo a formulação de uma escala de estresse, com valor a ser comparado com a população controle, considerando a mesma faixa etária (controle A: população americana e controle B: população de professores no Sul do Brasil). Residentes foram então divididos em 2 grupos: 1) especialidades cirúrgicas (CIR) e 2) não-cirúrgico (CLI). A análise dos dados foi realizada com percentuais estatísticos simples. As variáveis ??contínuas foram analisadas com o ?Student t test? e as variáveis ??discretas com o ?chi-square test?. Resultados: 97 médicos residentes responderam o questionário, estando a maioria no primeiro ano de residência (49,5%) sendo a cirurgia geral a especialidade com maior número de residentes entrevistados (21,6%). A instituição com maior representividade representou 33,3% dos residentes, sendo a maioria do sexo masculino (60,8%). Ao se avaliar o nível de estresse destes residentes verificou-se que grande parte deles (40,2%) ficou com muita frequência aborrecido com algo que aconteceu inesperadamente sendo que uma parcela deles (36,1%) ás vezes se sentiu incapaz de controlar coisas importantes de sua vida. Analisando-se a qualidade de vida dos doutorandos verificou-se uma qualidade global regular (entre 3 e 3,9), enquanto o nível de estresse se apresentou mais elevado do que a população controle, com significância estatística (p=0,0033). Conclusão: Residentes apresentam uma qualidade de vida global regular e um nível de estresse elevado em relação a população controle.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 305

TÍTULO DO TRABALHO: O SUPORTE BÁSICO DE VIDA ENTRE LEIGOS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOSE ANTONIO CHEHUEN NETO; MARIANA RODARTE FREIRE; RENATO EROTHILDES FERREIRA; IGOR VILELA BRUM; DÉBORA RODRIGUES PEREIRA; LETÍCIA GOMES SANTOS; SILVIA LOPES DE MORAES; HAYLLA HARAMOTO. UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: o Suporte Básico de Vida (SBV) é o atendimento inicial em situações de parada cardiorrespiratória (PCR), preconizado para ser realizado até que uma equipe especializada chegue ao local. É comprovado que o atendimento precoce pode salvar vidas e reduzir sequelas nessa emergência, mas os leigos devem ter conhecimento adequado sobre os procedimentos. Mesmo sendo reconhecida mundialmente a elevada incidência de PCR em ambiente extra-hospitalar, é escassa a literatura nacional sobre o tema. Investigamos o conhecimento, as limitações pessoais e o interesse dos leigos sobre o SBV na cidade Juiz de Fora (MG). Método: foi aplicado um questionário com 30 questões, parte do questionário validado por Pergola e Araújo (2009) e outra com base na literatura mundial, incluindo aspectos socioeconômicos, experiência prévia e questões específicas sobre SBV e primeiros socorros. Nossa amostra foi de 377 indivíduos (após 4,4% de recusa), com erro máximo de 4,5% e nível de confiança de 95%. Quanto à distribuição amostral, dos 561 setores censitários municipais distribuídos em sete regiões demográficas, foram pesquisados 15 setores, sendo escolhidos, a partir de sorteio, três setores da região central e dois setores de cada uma das demais. Foram utilizados Testes Qui-quadrado e ?t? não pareado para verificar possíveis associações entre o conhecimento sobre SBV e variáveis socioeconômicas. Resultados: cerca de 41% dos entrevistados declararam saber o que é SBV, mas apenas 5,8% afirmaram que, de fato, sentiam-se preparados para aplicá-lo. Quase a totalidade da amostra considerou esse conhecimento importante e 89,9% fariam um treinamento sobre SBV. A média de respostas corretas da amostra foi 37,8%±18,1, observando-se maior conhecimento entre aqueles com maior escolaridade (38,6%±18,3, p=0,014) e que haviam realizado algum treinamento prévio em SBV (43,5%±17,8, p=0,002). Conclusões: os leigos reconhecem sua relevância individual no atendimento inicial em situações de PCR e, embora tenham interesse em aprender sobre SBV, não dispõem de meios de capacitação. Uma mínima parte dos entrevistados se sente preparada para atuar. Com base na literatura de que qualquer minuto no atraso do atendimento da PCR aumenta a mortalidade, sugerimos aos gestores públicos divulgar os conhecimentos sobre SBV a leigos em ambientes públicos específicos.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1199

TÍTULO DO TRABALHO: Obstrução Intestinal e Abdome Agudo Inflamatório Associado a Gravidez Ectópica Abdominal

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CAROLINE CARLA MAGERL; JOAO BATISTA VIEIRA DE CARVALHO; GABRIELA FRANZIN RAVAZI; LÍVIA MARIA CARVALHO DE LIMA; WESLEY BLANCO MOTA; RODOLFO LUZ CAMPOS; PLÍNIO AUGUSTO MOREIRA FONSECA; MARÍLIA SARGAÇO DE OLIVEIRA. UNIFENAS ALFENAS, ALFENAS - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO E OBJETIVO: A gravidez abdominal é uma forma rara de gravidez ectópica com incidência reportada de uma em 245 gestações ectópicas. Os sinais sugestivos deste tipo de gravidez ectópica são sangramento vaginal anormal, dor abdominal, movimentos fetais dolorosos, fácil palpação das partes fetais, náusea e vômito excessivos, evidência de restrição de crescimento intra-uterino. O objetivo deste trabalho é apresentar um caso de gravidez ectópica associada a abdome agudo cirúrgico inflamatório e obstrutivo.MÉTODOS: Revisão de prontuário, entrevista com a paciente, métodos diagnósticos que a paciente foi submetida ao ser admitida no Serviço de Cirurgia do Hospital Universitário Alzira Vellano. Revisão de literatura. RESULTADOS: Paciente de 38 anos de idade, sexo feminino, deu entrada no Serviço de Cirurgia do HUAV com quadro de dor abdominal em cólica, difusa, queda do estado geral, febril, vômitos incoercíveis de início há 36 horas. Ao exame físico observou-se presença de massa palpável em fossa ilíaca esquerda e epigástrio e peristaltismo de luta visível à inspeção, sem alterações ao toque retal. Foram realizados exames complementares para seguimento do caso. No raio X de abdome constatou presença de níveis hidro-aéreos e distensão gasosa do alças do grosso intestino e delgado. Ultrassonografia abdominal foi observado a presença de gravidez ectópica abdominal e placenta intrabdominal. Indicado a cirurgia de urgência e a laparotomia exploradora que revelou gravidez abdominal com feto morto e placenta aderida ao mesentérico e alças de delgado e ligamento largo. Feito retirada do feto e placenta com lise das aderências e enteroptiquia de alças do jejuno, lavagem exaustiva da cavidade e laparorrafia. Paciente com alta no 9º dia P.O.CONCLUSÕES: No presente caso o diagnóstico foi feito com base no exame clínico com auxílio dos exames de imagem (Radiografia e Ultrassonografia abdominal e pélvica). O tratamento cirúrgico é indicado com a retirada do feto e placenta e liberação das alças e aderências conduta adotada no presente paciente.
BIBLIOGRAFIA:TIMOR-TRITSCH IE, e col. Cesarean scar pregnancy is a precursor of morbidly adherent placenta. Ultrasound Obstet Gynecol, 2014.YUSUF, N; et al. Advanced abdominal pregnancy with alive fetus: A case report and review. The ORION Medical Journal, v.33, n.1, 2010, p.733-734.MENEZES MO, e col. Gravidez Adominal com recém-nascido vivo: relato de caso. Interfaces Científicas.Saúde e Ambiente, 2015

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1565

TÍTULO DO TRABALHO: OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR BANDA CONGÊNITA ANÔMALA - RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCELO FERNANDES MAIA DE LIMA; FERNANDO SIMÕES DE SENA; HENRIQUE MOURA PARREIRA; RODRIGO SPÍNOLA E SILVA; MARIA CLARICE A. VASCONCELOS; ANDERSON FREITAS DE SOUZA ASSIS MORAIS; VINICIUS PIRES RODRIGUES; ELCIO ANTUNES DOS SANTOS. HOSPITAL MARCIO CUNHA, IPATINGA - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução - A etiologia obstrutiva do intestino delgado continua a ser um problema comum no campo da cirurgia abdominal, podendo possuir diversas etiologias, incluindo extrínsecas (aderências, hérniações, tumores metastáticos, processos inflamatórios, aneurismas e endometriose) ou processos intrínsecos (tumores paretais intestinais, doença de Crohn, intussuscepção, bezoar, cálculo biliar, corpo estranho). As aderências pós-operatórias são a causa mais comum, representando quase 80% dos casos clínicos, mesmo com o advento da cirurgia minimamente invasiva . As causas não relacionadas às condições acima mencionadas são raramente encontradas e, dentre estas, uma especialmente rara é a obstrução intestinal por banda congênita, previamente referida como anômala.Uma banda congênita anômala é uma aderência intraperitoneal que não tem relação com um processo intra-abdominal (laparotomia anterior, doenças inflamatórias, peritonite, remanescentes embriogênicos, etc.) e é considerado de origem congênita ou de novo. Faixas adesivas congênitas podem causar um obstrução intestinal por aprisionamento de uma alça intestinal entre esta banda e o mesentério.Relato de caso ? PMM, 64 anos, masculino, branco, aposentado, deu entrada no serviço de urgência com quadro de dor abdominal, distensão e vômitos. Ao exame, paciente corado, bom estado geral, apresentando distensão abdominal, dor abdominal difusa à palpação, ruidos hidroaéreos aumentados, não sendo depreendidas herniações ou cicatrizes cirúrgicas. Submetido a triagem radiológica de abdome em ortostatismo com múltiplos níveis hidroaéreos, ausência de gás na ampola retal. Procedeu-se a laparotomia, que evidenciou distensão importante de alças delgadas a partir de obstrução pontual causada por banda fibrótica. Finalizou-se o processo com a secção cirúrgica da mesma e inventário da cavidade abdominal, que não identificou outras alterações. Paciente apresentou evolução pos-operatória sustentada, com alta hospitalar no quinto dia.Conclusão - Embora as bandas congênitas sejam normalmente identificadasem pacientes pediátricos, elas podem dar origem a uma obstrução intestinal em qualquer faixa etária. As taxas de incidência de bandas congênitas são incertas, compreendidas entre 3,3% e 28% em autópsias. As manifestações clínicas variam de uma apresentação sintomática leve até sinais de estrangulamento do intestino, requerentes de tratamento cirúrgico imediato.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 838

TÍTULO DO TRABALHO: OBSTRUÇÃO INTESTINAL SECUNDÁRIA A ENTERITE ACTÍNICA CRÔNICA- RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: AYDER ANSELMO GOMES VIVI; GABRIEL RODRIGUES VIEIRA; ANA CAROLINA TAVEIRA ENGLER RAIZ COELHO; GABRIELA STEFANESCU SILVA; POLLIANY DO MONTE LANÇA. FACULDADES INTEGRADAS PADRE ALBINO, CATANDUVA - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOA Enterite Actínica é uma complicação decorrente da Radioterapia no tratamento de neoplasias abdomino-pélvicas.Trata-se de uma desordem da função intestinal que, embora pouco diagnosticada, tem sua incidência em 20% dos casos irradiados. O aparecimento pode se dar num período de 1 mês até 20 anos após exposição à radiação. O objetivo deste trabalho é relatar um caso típico da lesão e ressaltar a importância do diagnóstico e conduta adequados.RELATO DO CASOZ.L.L, sexo feminino, 68 anos, branca, aposentada. Encaminhada ao Ambulatório de Cirurgia do Hospital Emílio Carlos com história de sucessivos quadros de abdome agudo obstrutivo com distensão, dor abdominal, parada da eliminação de fezes e flatos. Sua História Pregressa não possuía doenças crônicas, no entanto havia uma histerectomia e anexectomia com terapia radiológica coadjuvante há 20 anos devido a câncer de útero. Mediante a clínica apresentada e o histórico exposicional, a Hipótese Diagnóstica foi Enterite Actínica. Para confirmá-la foram realizados exames de Raio-X contrastado de intestino delgado, Retossigmoidoscopia e a Tomografia Computadorizada Abdominal.O tratamento de escolha foi cirúrgico, com realização de laparotomia mediana sobre incisão longitudinal umbilico-pélvica prévia. Foi observada área de endurecimento e estreitamento considerável do calibre da alça intestinal ileal em uma extensão aproximada de 30 cm. Realizou-se ressecção da mesma, com posterior anastomose término-terminal dos segmentos viáveis e livres de espessamento fibrótico.O Exame Histopatológico revelou tecido fibro-conjuntivo espesso e adiposo saculiforme, parcialmente revestido por serosa fibrótica, compatível com Enterite Actínica Crônica.No retorno,150 dias depois, a paciente encontrava-se em bom estado geral, trânsito intestinal preservado e com ganho ponderal de 12 Kg. Evoluiu sem fístulas ou herniação intestinal.CONCLUSÃOA prevenção da enterite actínica impõe-se cada vez mais significativa na prática médica, vede números razoáveis de morbi-mortalidade (principalmente nos casos de Enterite Actínica Crônica que não se restringem ao retossigmoide).Durante o acompanhamento de pacientes portadores de neoplasias pélvicas submetidas a protocolos radioterápicos devem ser observados fatores predisponentes, como emprego de doses elevadas de radiação e técnica inadequada. O prognóstico da doença é reservado e o tratamento depende da forma de enterite (aguda ou crônica) e dos sintomas dela decorrentes.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1049

TÍTULO DO TRABALHO: OSTEOMALACIA ONCOGÊNICA HIPOFOSFATÊMICA: CONSEQUÊNCIAS DO DIAGNÓSTICO PRECOCE

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ARTHUR PAREDES GATTI; FERNANDO JOSÉ SAVÓIA DE OLIVEIRA; LUIZA TONELLO; WILLIAM PFAFFENZELLER; TATIANA MIE MASUKO; DIEGO INÁCIO GOERGEN; RODRIGO DE PIERI COAN; RACHID EDUARDO NOLETO DA NOBREGA. UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Osteomalácia Oncogênica Hipofosfatêmica (OOH) é uma síndrome paraneoplásica incomum induzida por um pequeno tumor mesenquimal de característica benigna, sem sítio específico. A OHO gera deformidades por desmineralização óssea com baixos níveis de fosfatemia e 1,25-dihidroxi- vitamina D, hiperfosfatúria (com níveis séricos normais de PTH, cálcio e 25-hidroxi- vitamina-D) decorrentes da secreção tumoral de Fator de Crescimento de Fibroblastos (FGF-23). O paciente evolui com dor para atividades físicas, perda de massa muscular, limitações ao movimento, múltiplas fraturas, disfunção cardiorrenal e óbito. A ressecção com margens livres interrompe a história natural da doença, minimizando as sequelas. CASO CLÍNICO: Paciente masculino, 40 anos com deformidades estruturais e dor progressiva ao caminhar há 3 anos. Laboratorialmente foram evidenciados níveis séricos normais de cálcio e vitamina D; baixos de potássio e fósforo, levantando a hipótese de OOH. Realizou-se Tomografia Computadorizada e Ressonância Nuclear Magnética revelando difusa redução de massa óssea, sinais de fraturas prévias em múltiplos sítios e lesão nodular inguinoescrotal esquerda de característica fibroelástica com alta impregnação junto ao Músculo Adutor Longo, sem característica invasiva. A Positron Emission Tomography (PET/CT) demonstrou lesão de 2.5x1.6cm e a Cintilografia Óssea com Tecnécio difusa captação articular por estresse e a mesma lesão inguinoescrotal. Realizada a ressecção cirúrgica com margens livres e submetido ao estudo imunohistopatológico fechando diagnóstico de OOH. Após o 7º dia pós operatório, paciente se encontrava com melhora da dor à deambulação, laboratorial e Fração de Ejeção Cardíaca (33%- 66%). Após 3 meses, deambulava sem auxílio, uso mínimo de analgésicos, retornado ao trabalho que exercia anteriormente, mesmo com deformidades estruturais sequelares. CONCLUSÃO: A OOH é uma síndrome limitante e fatal que pode ser curada após uma ressecção cirúrgica com margens livres, porém o desafio se dá pelo diagnóstico precoce da doença e a condição estrutural dos centros de saúde. O foco deve ser a reintegração deste paciente para a família e sociedade, recolocando-o como um indivíduo economicamente ativo.

CODIGO DO TRABALHO: 1039

TÍTULO DO TRABALHO: OSTEOMALACIA ONCOGÊNICA HIPOFOSFATÊMICA: CONSEQUÊNCIAS DO DIAGNÓSTICO TARDIO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ARTHUR PAREDES GATTI; FERNANDO JOSÉ SAVÓIA DE OLIVEIRA; WILLIAM PFAFFENZELLER; LUIZA TONELLO; TATIANA MIE MASUKO; DIEGO INÁCIO GOERGEN; RODRIGO DE PIERI COAN; RACHID EDUARDO NOLETO DA NOBREGA. UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Osteomalácia Oncogênica Hipofosfatêmica (OOH) é uma síndrome paraneoplásica incomum induzida por um pequeno tumor mesenquimal de característica benigna, sem sítio específico. A OHO gera deformidades por desmineralização óssea com baixos níveis de fosfatemia e 1,25-dihidroxi- vitamina D, hiperfosfatúria (com níveis séricos normais de PTH, cálcio e 25-hidroxi- vitamina-D) decorrentes da secreção tumoral de Fator de Crescimento de Fibroblastos (FGF-23). O quadro clínico é de dor durante atividades físicas, perda de massa muscular, evolução para limitações ao movimento, fraturas múltiplas, disfunção cardiorrenal, podendo levar ao óbito. A ressecção com margens livres é a única forma de interromper a história natural da doença e, tão rápido feito o diagnóstico e tratamento, menor as sequelas para o paciente. CASO CLÍNICO: Paciente feminina, 60 anos, desnutrida, com dor generalizada refratária e fraturas de repetição em múltiplos sítios após mínimo trauma por 2 anos, levando à limitações para movimento, necessidade de próteses de auxílio à locomoção e, restrição ao leito. Níveis séricos normais de cálcio e PTH; altos de fosfatase alcalina e baixos de potássio e fósforo foram encontrados durante análise laboratorial. Aventada a hipótese de OOH e investigada por Photon Emission Computed Tomography / Computed Tomography (PECT/CT), demonstrando múltiplas áreas de fratura e hipercaptação na articulação do platô tibial esquerdo com cerca de 0.8cm. Esta massa tumoral foi excisada cirurgicamente com margens livres e a análise imunohistopatológica confirmou OOH. Após cirurgia os níveis laboratoriais se normalizaram, houve melhora dos parâmetros nutricionais, a paciente relatou melhora clínica, porém as deformidades estruturais, limitação para deambular e disfunção cardiorenal não mudaram pelo diagnóstico tardio da OOH, gerando quadro de abdome agudo por hipomotilidade intestinal, choque séptico e morte, apesar da cura da doença de base. CONCLUSÃO: A OOH é uma síndrome que pode ser curada totalmente após uma ressecção cirúrgica com margens livres, porém o desafio se dá pelo diagnóstico precoce da doença e a condição estrutural dos centros de saúde. O foco deve ser a reintegração deste paciente para a família e sociedade, recolocando-o como um indivíduo economicamente ativo.

CODIGO DO TRABALHO: 985

TÍTULO DO TRABALHO: Osteomalácia Oncogênica: Relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DEBORAH LOUIZE DA ROCHA VIANNA PALMIERI; MARCO ANTONIO CORREA GUIMARAES FO; MARIA CRISTINA ARAUJO MAYA; MAÍRA DA CRUZ GONÇALVES LEAL. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Osteomalácia oncogênica hipofostafêmica (OOH) é uma síndrome paraneoplásica rara, com poucos casos relatados, em que fatores tumorais produzidos por células tumorais mesenquimais levam a perda renal de fosfato e distúrbio na síntese renal do calcitriol.Relato de Caso: J.A.T., masculino, 65 a, em acompanhamento com Endocrinologia desde 2008, por quadro de osteoporose grave e fraturas patológicas, com diagnóstico de OOH de sítio indeterminado. Iniciou os sintomas em 1993, com lombalgia, dores musculares e ósseas. Evoluiu com fraturas patológicas em arcos costais e fêmur direito. Realizou investigação com tomografia computadoriza que mostrou importante redução da densidade óssea; cintilografia óssea, com múltiplos focos hipercaptantes, e densitometria óssea com valores abaixo do valor esperado em coluna lombar e colo de fêmur. Exames laboratoriais iniciais mostraram fósforo sérico baixo, clearance de fósforo urinário aumentado, fosfatase alcalina elevada; PTH, cálcio sérico, creatinina, fósforo urinário, e gasometria arterial normais. Iniciou tratamento clínico com suplementação oral de fosfato e vitamina D. Realizou, em 2009, cintilografia com sestamibi que evidenciou hipercaptação focal em paratireoide inferior esquerda. Foi realizado paratireoidectomia cujo laudo histopatológico revelou adenoma de paratireoide. Mesmo assim manteve os sintomas de lombalgia e dores ósseas, sem modificação no padrão laboratorial Em 2016, foi identificada tumoração em região plantar de calcâneo direito e realizado exame ultrassonográfico que mostrou imagem hipoecogênica sólida com 33 x 23 mm. Foi submetido a ressecção de tumoração de calcâneo direito; o laudo mostrou tratar-se de Tumor Mesenquimal Fosfatúrico positivo para vimentina e CD34. Em consultas ambulatoriais de acompanhamento, o paciente apresentou melhora progressiva da dor óssea e da dificuldade de locomoção e normalização do quadro laboratorial. Conclusão: A OOH é uma síndrome rara, que deve ser suspeitada em casos de osteomalácia associados a hipofosfatemia. A identificação do tumor responsável pelo quadro é difícil, já que são lesões pequenas e em topografias atípicas, e podem se passar anos até a sua correta localização. Bibliografia:1. Jan de Beur SM. Tumor-induced Osteomalacia. JAMA; 2005:1260-1267.2. Cecil 18ª ed.: 2014; 1600-1604. 3. Collins MT. Tumor-induced Osteomalia.Encodr Relat Cancer. 2011 Jun; 18(3): R53-R77.

CODIGO DO TRABALHO: 2553

TÍTULO DO TRABALHO: PANICULITE MESENTÉRICA: ACHADO INCIDENTAL EM HERNIORRAFIA INGUINAL ELETIVA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MAURO HENRIQUE DE SA ADAMI MILMAN; SAMANTHA CAVALCANTE DE BRITO; FABIO SOUZA GUIMARÃES; AMANDA DA CUNHA BORGES; MARCIO JOSE CARDOSO AMARAL; JOSE ROBERTO MELCHIORI BUCCO. HOSPITAL REGIONAL DE COTIA, COTIA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: paniculite mesentérica é uma doença inflamatória rara que acomete principalmente o tecido adiposo do mesentério do intestino delgado e cólon. Os casos podem variar desde assintomáticos a graves, quando há presença de dores abdominais persistentes. O diagnóstico é realizado pelos exames de imagem, como tomografia computadorizada e a confirmação por biópsia. Neste trabalho é apresentado um relato de caso de paniculite mesentérica em um paciente submetido à herniorrafia inguinal eletiva. Relato de Caso: paciente gênero masculino, 63 anos, admitido para herniorrafia inguinal eletiva. Portador de hipertensão e hiperplasia prostática benigna, fazendo uso de anti-hipertensivo e doxasozina.No exame físico, apresentava bom estado geral, anictérico, afebril, normotenso, normocorado e hidratado. O abdome apresentava-se plano, flácido, indolor e hérnia inguinal esquerda redutível. A triagem nutricional foi realizada e o paciente encontrava-se eutrófico. O ato cirúrgico foi iniciado por uma inguinotomia. Após abertura do saco herniário (Nyhus IIIa) ocorreu extravasamento de secreção de aspecto seropurulento. Realizada laparotomia mediana, observado cerca de 100 ml de secreção leitosa em região hipogástrica, a qual não foi aspirada e desprezada. A raiz do mesentério encontrava-se espessada. Realizada biópsia do mesentério de cerca de 1 cm. Os exames laboratoriais do paciente não apresentaram alterações. Na tomografia computadorizada (TC) de abdome e pelve, foi observado espessamento de todo o mesentério, ectasia dos vasos mesentéricos, sinal do anel de gordura, a presença de uma pseudocápsula e aumento da densidade do tecido adiposo.O paciente teve alta no 2º dia pós operatório, em bom estado de saúde e assintomático. Foi receitado apenas analgésicos. No retorno ambulatorial após duas semanas o paciente encontrava-se assintomático sendo retirados os pontos.O exame anatomopatológico, constatou que os tecidos conjuntivo e adiposo apresentavam fibrose, contudo sem sinais de malignidade. Realizada imunohistoquímica que indicou um processo inflamatório crônico em tecido adiposo sem imunoexpressão de antígenos epiteliais e com macrófagos abundantes correspondendo a uma provável paniculite mesentérica.Conclusão: a paniculite mesentérica é um processo inflamatório benigno que impõe desafio diagnóstico, devendo ser considerada como diagnóstico diferencial em pacientes com sintomas abdominais e espessamento de raiz de mesentério.

CODIGO DO TRABALHO: 382

TÍTULO DO TRABALHO: Panorama da atuação do setor de Cirurgia Geral do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV) em relação ao SUS Vitória

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BÁRBARA AHNERT BLANCO DE MOURA MAGALHÃES; FREDERICO OCTÁVIO PEROZINI DEMONER; IVANNA MOREIRA SELGA DA SILVA; LARISSA FIRME RODRIGUES. ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA, VITÓRIA - ES - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: O Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória, fundado em 1545, é uma entidade filantrópica e um hospital escola, que atende a toda população do Espiríto Santo e uma parcela proveniente de estados vizinhos.Diante de sua conhecida importância, buscou-se evidenciar sua atuação no que tange a especialidade Cirurgia geral através da Enfermaria São Miguel. Foram comparadas, portanto, intervenções cirúrgicas realizadas no mesmo em relação ao SUS Vitória (ES) no período de 01/06/2016 à 30/06/2016. A Enfermaria do HSCMV, possui todos os leitos ativos e assegurados pelo SUS contando ainda com uma equipe de 6 médicos cirurgiões, 12 residentes cirúrgicos e até 20 internos. Método: Foi desenvolvido um estudo de caráter descritivo, prospectivo, fundamentado nos dados coletados dos prontuários da enfermaria. Foram coletados do ano de 2015 (365 dias) o nº de casos e a média de permanência SUS por meio do DATASUS, sendo posteriormente relativizados para um período 29 dias (nº de dias do período de estudo).Resultados: No mês de junho foram internados 211 pacientes. Foram excluídos os pacientes admitidos nos dias 01 e 30 de junho de 2016, totalizando uma amostra de 197 pacientes. A média de pacientes-dia foi de 22,58 e taxa de ocupação de 66,43%. A média de permanência foi de 3,32 dias. Não houve óbitos. Como causas de internação, permite-se destacar: colelitíase e colecistite (56 casos), hérnia inguinal (29 casos) e outras hérnias (15 casos), sendo a representatividade em percentual da relação entre o número de casos da enfermaria e o número de casos do SIH/SUS, respectivamente 48,69%; 52,72% e 27,27% .Conclusão: A média de permanência e a taxa de mortalidade foram menores em relação as registradas no SUS Vitória, fato que pode estar relacionado ao caráter eletivo das intervenções cirúrgicas e influenciada principalmente pelos diagnósticos de hérnia inguinal, colelitíase e colecistite, visto que estes possuíram grande quantidade de pacientes e não costumam apresentar maiores complicações, exigindo, portanto, um período pequeno de internação. Todavia, a taxa de ocupação hospitalar na enfermaria mostrou-se abaixo do padrão SUS, evidenciando necessidade de reavaliação da instituição, pois isto implica em subutilização dos leitos e aumento nos custos de manutenção hospitalar.Bibliografia: SANTA CASA DE VITÓRIA. Sobre a Santa Casa. [2013];CNES (Brasil). Datasus. Ficha estabelecimento de saúde. [2016];DATASUS. Sistema de informações hospitalares (SIH/SUS). [2016]

CODIGO DO TRABALHO: 572

TÍTULO DO TRABALHO: PARAGANGLIOMA EXTRA-ADRENAL: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LARA ALMEIDA MIRANDA1; JULIANA RIBEIRO RODA1; CAMILA CRISTINA LACERDA1; JONICE BLASIOLI COSTA2; BERNARDO MULINARI DE LACERDA PESSOA2; SALVADOR AFFONSO F.PINHEIRO2; MARCUS VINICIUS RONCADA PERES2. 1. FACULDADE DE MEDICINA - PUC-CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO - HMCP - PUC-CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Paragangliomas ou feocromocitomas extra-adrenais são tumores das células cromafins do sistema neuroendócrino, secretores de catecolaminas, de localização habitual extra-adrenal a qualquer nível simpático com incidência de 1-2 por milhão. A faixa etária mais frequente gira em torno de 40-50 anos de idade. Pacientes podem ser assintomáticos ou apresentar hipertensão arterial sistêmica / paroxismos ou complicações resultantes do aumento de volume tumoral com metástases. A TC é o exame inicial mais utilizado para localização do tumor. A RNM tem eficácia semelhante à TC porém é mais eficaz na detecção de tumores extra-adrenais. Existem diferentes abordagens terapêuticas para esta patologia, mas a cirurgia constitui o seu único tratamento curativo, porém, estímulos como a cirurgia podem provocar um aumento da secreção de catecolaminas, originando complicações com potencial risco de vida para o doente. Relato de caso: Paciente masculino, branco, 78 anos deu entrada no Serviço de Cirurgia Geral do HMCP em setembro de 2016 com quadro de dor e aumento de volume abdominal associado com tumoração palpável sem alterações de trânsito intestinal ou urinário. Apresentava antecedentes de DM2 e HAS de difícil controle. Realizado US Abdome que mostrou presença de lesão expansiva heterogênea, com áreas ecogênicas em seu interior, de contornos parcialmente lobulados, medindo 16x15x10cm, que mantinha aparente contato com a aorta, e tinha seu epicentro de difícil identificação. Pela RNM de abdome imagem de massa retroperitoneal de grande volume, sólido-cística, próxima à veia cava inferior. O paciente foi submetido à Laparotomia Exploradora sendo identificado tumoração retroperitoneal volumosa que se mostrava aderida à alças de delgado, à aorta abdominal e à veia cava inferior porém sem invadí-los sendo ressecada com sucesso. Durante a cirurgia, paciente apresentou emergência hipertensiva controlada. Encaminhado à UTI no pós-operatório onde apresentou IAM com choque cardiogênico refratário evoluindo a óbito. O estudo AP/IHQ resultou Paraganglioma extra-adrenal do sistema neuroendócrino simpáticoadrenal. Conclusão: Paraganglioma é uma entidade patológica rara, cujo diagnóstico geralmente é tardio e constitui um desafio devido manifestações clínicas inespecíficas e pobres e estar associada à mortalidade elevada na presença de complicações visto seu caráter secretivo catecolaminérgico como no caso em questão cuja evolução foi desfavorável devido a este fator.

CODIGO DO TRABALHO: 2220

TÍTULO DO TRABALHO: Percepção dos médicos sobre a folga pós-plantão

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PHILLIPE GERALDO T. DE ABREU REIS1; ADONIS NASR2; FLAVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASICH3; IWAN AUGUSTO COLLACO2; THAIS TAKAMURA4; CAROLINE LOUISE BALCEWICZ DAL BOSCO5; ANA LUISA BETTEGA4; GEOVANNA LABRES DE SOUZA6. 1. HOSPITAL ERASTO GAERTNER, CURITIBA - PR - BRASIL; 2. HOSPITAL DO TRABALHADOR, CURITIBA - PR - BRASIL; 3. HC-UFPR, CURITIBA - PR - BRASIL; 4. UFPR, CURITIBA - PR - BRASIL; 5. UP, CURITIBA - PR - BRASIL; 6. PUC-PR, CURITIBA - PR - BRASIL.

RESUMO:
Folga pós-plantão: descanso e recuperação?Objetivo: A prática médica é frequentemente associada com stress. O estudo foi feito para avaliar se a possibilidade de ter folga após planão noturno ou não altera o nível de stress entre os doutorandos, residentes e médicos.Métodos: Um estudo descritivo e comparativo cross-sectional. Durante o período de Fevereiro até Abril de 201, doutorandos, residentes e médicos foram submetidos a um questionário voluntário, de preenchimento online. Foi utilizado um questionário validado que consistia em perguntas relacionadas ao nível de stress que eles relatam nos últimos 30 dias, permitindo a formulação de uma escala de stress, com validade para ser comparada com a população controle da mesma faixa etária (controle A: população americana e controle B: população de professores no sul do Brasil). Eles também foram questionados se eles tem folga pós-plantão noturno ou não. Análise dos dados foi feita com porcentagens estatísticas simples. As variáveis contínuas foram analisadas com o test T de student e as variáveis discretas com o teste do qui-quadrado.Resultados: Responderam ao questionário 177 doutorandos, 97 residentes e 88 médicos. Em relação aos doutorandos, 55,9% possuem folga pós-plantão noturno e 97,7% consideram que ter essa folga melhora sua qualidade de vida. Sobre os residentes, 42,3% possuem folga pós-plantão noturno e 95,9% consideram que isso melhora sua qualidade de vida; o que significa um maior nível de stress do que a população controle A, com significância estatística (p=0,0033). 53,4% dos médicos têm folga pós-plantão noturno e 96,6% relaciona isso com melhora na qualidade de vida; 73,8% deles estão satisfeitos consigoe 59,1% relataram que algumas vezes eles sentiram mau humor, ansiedade ou depressão, então o nível de stress foi de 15,9, mas ainda assim menor do que a população controle B (17.2) com significância estatística (pConclusão: Apesar de a maioria deles considerar que ter folga pós-plantão melhora a qualidade de vida, não houve significância estatística entre os níveis de stress e ter ou não esse período de descanso.

CODIGO DO TRABALHO: 518

TÍTULO DO TRABALHO: PERFIL DA DISTRIBUIÇAO DOS LEITOS DE UTI NO ESTADO DO PARÁ

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: THAIANA CERQUEIRA FERRAZ1; RODRIGO RODRIGUES DA SILVA1; DILMA COSTA DE OLIVEIRA NEVES2. 1. FUNDACAO SANTA CASA DE MISERICORDIA DO PARÁ, BELEM - PA - BRASIL; 2. CENTRO EDUCACIONAL DO PARÁ, BELEM - PA - BRASIL.

RESUMO:
Estima-se que são necessários 2,5 a 3 leitos por mil habitantes, no entanto recomenda que para o cálculo da necessidade de leitos hospitalares por clínica deve ser levado em consideração o percentual de internações programadas pelo gestor, tomando como base a população, a taxa de ocupação hospitalar e o tempo médio de permanência segundo cada especialidadeObjetivo:Descrever a distribuição e disponibilidade de leitos de uti no Estado do Pará,demonstrando a real situação do Estado.Método:Foram utilizados dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde-CNES, referentes ao mês de setembro de 2016. Os dados foram extraídos pelo programa Tabwin da Internet (Tabnet) e posteriormente convertidos em planilhas do programa Excel 7.0.O estudo foi realizado agrupando-se os 144 municípios constituintes do Estado do Pará.Resultados:a região do Pará, a única região do Estado que possui UTI I (SUS) e a Região do Araguaia(5).as regiões que possuem maior número de leitos de UTI II (SUS) são: Metropolitana I (142), Carajás (20) e Rio Caetés.A região de saúde que tem maior número de leitos UTI Adulto I (Não SUS) é a Região Metropolitana I. As regiões de saúde que tem maior número de leitos UTI Adulto II (Não SUS) são: Metropolitana I (71) e Baixo Amazonas com 13 leitos.Conclusao:os resultados sobre o número de UTI no Estado do Pará SUS e Não SUS que mostram-se insuficiente para a demanda das regiões de Saúde, principalmente dos interiores, fazendo com que muitas pessoas saiam de seus locais de origem em busca de leitos, causando um desconforto tanto para o paciente quanto para o sistema, que por sua vez sobrecarrega-se nos grandes cidades do Estado. A falta de leitos resulta no cancelamento de cirurgias eletivas, no atraso da admissão de pacientes com urgência médica e na alocação dos mesmos em leitos inapropriados (clínico versus cirúrgico, feminino versus masculino). Acrescido a esse cenário há a dificuldade de transferência de pacientes entre alas, com eventual postergação de altas da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), podendo elevar o tempo de permanência hospitalar.Referencias:ANTUNES, J.L.F. Hospital: Instituição e história social. São Paulo: Letras & Letras; 1991.ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. SUS: O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde. São Paulo: Editora Atheneu, 2008.BRAGA NETO, F.C; BARBOSA, P.R; SANTOS, I.S. Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências.

CODIGO DO TRABALHO: 798

TÍTULO DO TRABALHO: Perfil dos pacientes com colecistite aguda operados em um hospital de ensino em Santa Cruz do Sul

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RAFAEL LUIZ DONCATTO1; DORIS MEDIANEIRA LAZZAROTTO SWAROWSKY1; MARCELO CEZAR MAFFI2; GUILHERME BACKES2; INÁCIO SWAROWSKY1; LUIZ MIGUEL DONCATTO2. 1. HOSPITAL SANTA CRUZ, SANTA CRUZ DO SUL - RS - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL, SANTA CRUZ DO SUL - RS - BRASIL.

RESUMO:
RESUMOIntrodução: A colecistite aguda é uma emergência médica que, se não tratada a tempo e adequadamente, pode levar à complicações clinicas e desfecho negativo. Essa moléstia é caracterizada pela inflamação da vesícula biliar, com dor em quadrante superior direito, febre e leucocitose[1]. O presente estudo tem por objetivo analisar o perfil dos pacientes com colecistite aguda em um hospital de ensino do interior do estadoMetodologia: Estudo observacional prospectivo, pesquisa composta por 23 pacientes atendidos no pronto atendimento do Hospital Santa Cruz com quadro de colecistite aguda. Nestes pacientes foi aplicado um questionário (apêndice A), no momento do diagnóstico e no pós operatório.Resultados: No período da pesquisa foram realizadas 157 colecistectomias no Hospital Santa Cruz, destes 23 com quadro clinico sugestivo de colecistite aguda; 14 do sexo masculino e 9 do sexo feminino, com idade média de 49,6 anos. Os pacientes demoraram em média, desde o inicio da dor e procurar o atendimento médico 58 horas. Os sintomas principais foram dor em quadrante superior direito 86,9%, Sinal de Murphy presente em 56,5% e febre 13%. Foram realizadas 13 abordagens videolaparoscopicas (56,5%) sem nenhuma conversão e as demais pelo método convencional.Conclusão: Os pacientes com quadro de colecistite aguda, mesmo após episódios recorrentes de cólica biliar e avaliações médicas em diferentes locais apresentaram baixos índices de complicações no presente estudo. Entretanto é necessário a criação de protocolos assistenciais dentro do Hospital Santa Cruz e na rede básica de saúde, para melhorar a qualidade de atendimento.Bibliografia:1) Ambe, P, et al. Cholecystectomy for acute cholecystitis. How time-critical are the so called ?golden 72 hours?? Or better ?golden 24 hours? and ?silver 25??2hour?? A case control study World Journal of Emergency Surgery 2014, 9:602) Campanile, C. F, et al. Acute cholecystitis: WSES position statement. World Journal of Emergency Surgery 2014, 9:583) Kawaguchi, K, et al. Early Laparoscopic Cholecystectomy for Acute Cholecystitis in Accordance with the Tokyo Guidelines for the Management of AcuteCholangitis and Cholecystitis Gen Med (Los Angel) 2013, 2:1

CODIGO DO TRABALHO: 887

TÍTULO DO TRABALHO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO CONJUNTO HOSPITALAR DO MANDAQUI

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: THIAGO D`ADDAZIO MACHADO; CAROLINA DELIA DE AGUIAR; ALECSANDER RODRIGUEZ OJEA; TULIO DOS SANTOS CARNEIRO; RIVALDO SERRANO DE ANDRADE NETO; MARINA GONZALEZ DE TOLEDO; GUILHERME COSTA E SILVA; LUCAS PAZZOLINE OLIVEIRA ALEXANDRIA. CONJUNTO HOSPITALAR DO MANDAQUI, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A hemorragia digestiva alta é uma emergência médica e necessita de avaliação e tratamento adequado imediato. É uma enfermidade que confere grande numero de hospitalizações e alto índice de óbitos se não tratada.Objetivo: O presente estudo tem como objetivo avaliar o perfil epidemiológico dos pacientes admitidos no Pronto Socorro Adulto do Conjunto Hospitalar do Mandaqui e para o desenvolvimento de protocolos de atendimento.Métodos: Foram avaliados 110 prontuários, de forma retrospectiva, observacional e descritivo, de pacientes que internaram no referido hospital no período 23 de Janeiro de 2015 a 14 de Novembro de 2016. As variáveis pesquisadas foram: idade; gênero; uso de medicamentos; hábitos de vida, tipo de apresentação clínica (melena, hematêmese, ambos ou enterorragia); intervenção endoscópica; etiologia do sangramento (úlceras: duodeno, estômago; varizes de esôfago ou gástricas e suas classificações, neoplasia; lesão de Dieulafoy; Mallory-Weiss; gastrite hemorrágica; gastrite hipertensiva; gastrite enantemática).Resultados: Houve prevalência pelo sexo masculino (74,54%), na faixa etária entre 60 e 80 anos, apresentando 60,89% dos pacientes com vícios por etilismo e/ou tabagismo. Todos foram submetidos à endoscopia digestiva alta. A principal etiologia presente foi por doença ulcerosa péptica, de localização gástrica. Identificados ainda pacientes portadores de doença varicosa em 36,72% do total de pacientes avaliados. Encontrados valores elevados de esclerose local versus ligadura elástica (52,77 versus 19,44%) para tratamento das varizes gastroesofágicas.Conclusão: Neste estudo identificamos uma prevalência sobre o sexo masculino, com uma faixa etária entre 60-80 anos. A etiologia mais frequente foi a doença ulcerosa péptica, com localização gástrica. O desenvolvimento de protocolos de atendimento em unidades hospitalares para o paciente com HDA é importante para uma abordagem diagnóstica e terapêutica eficaz de acordo com o seu perfil epidemiológico para que assim diminua as recidivas, complicações e o tempo de resposta ao tratamento.Bibliografia1- Wollenman CS, Chason R, Reisch JS, Rockey DC. Impact of ethnicity in upper gastrointestinal hemorrhage. J Clin Gastroenterol 2014; 48:3432- de Melo SW Jr, Bhore R, Rockey DC. Clinical judgment does not circumvent the need for diagnostic endoscopy in upper gastrointestinal hemorrhage. J Investig Med 2013; 61:11463- Sabiston, D.C. Tratado de Cirurgia. 19° Edição. Rio de Janeiro. Elsevier, 2015

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 972

TÍTULO DO TRABALHO: Perfil epidemiológico e social dos pacientes do Serviço de Oncologia de um Hospital Universitário de Alagoas

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JUNYELLE DE ANDRADE CARDOSO FRAGOSO1; MARIANA RÊGO FREITAS1; NAIARA REBOUÇAS TERRA NOVA1; BRUNA DE ALMEIDA ALVES1; EMANOELA DA SILVA GONÇALVES1; GISELE VIEIRA GUERRA CAFEZEIRO2; ANA CAROLINA PASTL PONTES3. 1. CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES (UNIT), MACEIÓ - AL - BRASIL; 2. FACULDADE DE TECNOLOGIA E CIÊNCIAS, SALVADOR - BA - BRASIL; 3. MÉDICA CIRURGIÃ DE CABEÇA E PESCOÇO. PROFESSORA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES., MACEIÓ - AL - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVO: Análise do perfil epidemiológico e social dos pacientes do Serviço de Oncologia do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (CACON-HUPAA/UFAL), em Maceió-AL. MÉTODO: Estudo retrospectivo e analítico a partir de dados obtidos nos registros do Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), do HUPAA-UFAL, referentes ao ano de 2015, seguindo o padrão de distribuição dos casos de câncer de acordo com gênero, idade e hábitos de vida. RESULTADOS: No ano de 2015 foram registrados 653 casos de câncer. Constatou-se maior prevalência no sexo feminino com 378 casos (57,89%), comparada aos 275 (42,11%) no masculino. Quanto à faixa etária, mulheres foram acometidas mais precocemente em relação aos homens, sendo a idade de pico para o surgimento de cânceres aos 52 e 72 anos, respectivamente. Em relação aos sítios de lesão oncológica no sexo feminino, a mama foi o local mais incidente (27,51%), seguido pelos cânceres cutâneos (21,96%), colo de útero (12,96%) e ovário (3,44%). Nos homens, predominou câncer de próstata (29,09%), em seguida, câncer de pele (24,36%), esôfago (4,36%) e neoplasias malignas do sistema hematopoiético e reticuloendotelial (3,64%). Etilismo e tabagismo foram os fatores de risco mais frequentes. Dos 653 pacientes, 300 consomem ou já consumiram bebidas alcoólicas, enquanto 293 afirmaram-se fumantes ou ex-fumantes, ou seja, cerca de 45% dos pacientes registrados já estiveram ou estão expostos aos fatores de risco consideráveis para surgimento de cânceres. CONCLUSÃO: Mediante o exposto, pode-se observar que, na amostra colhida, as mulheres foram mais acometidas por afecções oncológicas do que os homens. Isso se deve não somente à real estatística sobre o câncer, mas, principalmente, à menor procura dos homens por serviços de saúde no Estado. Os registros analisados concordam com as estimativas recentes do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) relativas ao sexo e localização do tumor. Em ambos levantamentos, a próstata e a mama são as regiões mais prevalentes em homens e mulheres, respectivamente. Estudos epidemiológicos referentes ao câncer e suas tendências são expressivos no âmbito da saúde pública e ratificam a importância do desenvolvimento de políticas de saúde eficazes no controle da prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer no país. BIBLIOGRAFIA: Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva ? Rio de Janeiro: INCA, 2015

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2759

TÍTULO DO TRABALHO: PERITONITE SECUNDÁRIA A ISQUEMIA INTESTINAL POR HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA DIREITA.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JULIO CESAR BATISTA JUNIOR1; ISADORA DADALTO DOS SANTOS2; RODRIGO FREITAS BATISTA2; LUIS ALBERTO VALENTE LAUFER1; GABRIELE CASTIGLIONI GAROZE1; NATHALIA VILLARINS PEDROSA1. 1. HOSPITAL ESTADUAL DR. JAYME SANTOS NEVES, VITORIA - ES - BRASIL; 2. CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESPIRITO SANTO - UNESC, COLATINA - ES - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO:As hérnias diafragmáticas em adultos são secundarias a traumatismos na maior parte dos casos. As lesões de diafragma direito são de baixa incidência, porem mais graves e com alto índice de mortalidade se comparadas às contralaterais. RELATO DE CASOHomem negro, 62 anos, historia de trauma de baixa energia ha 10 anos admitido com quadro de dor abdominal difusa de inicio ha quatro dias sem outras queixas associadas.À tomografia de abdome, evidenciado em tórax herniação de alças de delgado e alça cólica do segmento distal do colón ascendente interpondo ? se entre o parênquima hepático e parede abdominal anterior lateral direita. Presença de nível hidroaéreo, sugestivo de obstrução intestinal. Sem melhora com medidas conservadoras, encaminhado ao bloco cirúrgico, para realização de toracoscopia, sendo visualizado hérnia diafragmática a direita com presença de fígado e alças de intestino delgado isquêmicas.Abordagem conjunta com cirurgia geral, visualizado em abdome peritonite difusa, perfuração e isquemia de delgado e ha 5 cm da válvula íleo cecal. Realizado íleo transverso anastomose, recebendo alta no sétimo pós-operatório. CONCLUSÃO:Hérnias diafragmáticas tardias pós-traumatismo fechado à direita são raras, de sintomatologia pobre e difícil diagnostico, devendo ? se atentar para complicações como encarceramento e estrangulamento com alta morbimortalidade e alterações pulmonares residuais.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 640

TÍTULO DO TRABALHO: POLICISTOSE DERMOIDE DOS OVÁRIOS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANA CELIA DINIZ C. BARBOSA ROMEO1; GUSTAVO DOS SANTOS CERQUEIRA SILVA2; JAMILE CARAMELLO ORTINS SAMPAIO2; ÁVIO MOTA BRASIL NETO2; JOÃO PAULO NUNES BRANDÃO2; JORGE MOURA COSTA DIAS TAVARES2; LEONARDO AUGUSTO OLIVEIRA2; ANDRE LUIS BARBOSA ROMEO2. 1. HOSPITAL DO SUBÚRBIO, SALVADOR - BA - BRASIL; 2. HOSPITAL ANA NÉRI, SALVADOR - BA - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Relato de raro caso de paciente jovem apresentando múltiplos cistos dermoides ovarianos bilaterais. RELATO DE CASO: Paciente 23 anos, menarca aos 13 anos, coitarca aos 19 anos, G0P0A0, data da última menstruação há cerca de 20 dias da admissão no serviço. Nega alergias, cirurgias prévias, doenças prévias ou familiares. Uso de anticoncepcional oral há 2 anos. Nega uso de outros medicamentos. Paciente em acompanhamento com Ginecologista, realizou ultrassonografia transvaginal de rotina que evidenciou ovários aumentados de tamanho (51 cm^3 à direita e 60 cm^3 à esquerda) à custa de formação cística única bilateral, com componente sólido em seu interior; dopplerfluxometria com índices de resistência dentro da normalidade. CA 125 = 12U/mL e CEA = 1,8ng/mL. Ao exame físico paciente em bom estado geral, normocorada, abdome flácido, indolor à palpação, ausência de massas palpáveis. Exame ginecológico sem alterações. Indicada ooforoplastia bilateral por videolaparoscopia. Ao inventário da cavidade ovários aumentados de tamanho; ovariotomia esquerda revelou 4 cistos com conteúdo líquido-sebáceo-pelos, com broto dentário em um deles; ovariotomia direita revelou 5 cistos com conteúdo líquido-sebáceo-pelos, com unidade dentária bem formada em um deles. Procedida ooforoplastia bilateral, sem intercorrências. Paciente evoluiu no pós-operatório com estabilidade clínica e hemodinâmica, sem queixas, recebendo alta no primeiro dia PO. Resultado do estudo anatomopatológico evidenciou teratomas maduros em ambos os ovários. CONCLUSÃO: Cistos dermoides são tumores relativamente comuns, acometendo pacientes de 15 a 40 anos de idade, assintomáticas em sua grande maioria. Por serem tumores maduros são benignos, mas sua ressecção cirúrgica é o tratamento de escolha, principalmente pelo risco de complicações como infecção e malignização, pouco provável porém possível conforme descrito na literatura. A presença de múltiplos cistos no ovário acometido é rara, mas deve ser suspeitada e procurada independentemente do resultado ultrassonográfico no intuito de evitar deixar in situ cistos não suspeitados, o que pode levar a intervenções cirúrgicas futuras que poderiam ser evitadas.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1367

TÍTULO DO TRABALHO: PORFIRIA INTERMITENTE AGUDA MIMETIZANDO ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO CIRÚRGICO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JULIANA DE OLIVEIRA FIGUEIRÓ1; DIOGO BENINI1; RAQUEL MACHADO MENEZES2; GILDA GUERRA3; ANNA LUIZA FRAZZON TEIXEIRA2; BRUNA LORENZ4. 1. UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL - ULBRA, CANOAS - RS - BRASIL; 2. CENTRO UNIVERSITÁRIO FRANCISCANO - UNIFRA, SANTA MARIA - RS - BRASIL; 3. IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 4. UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL - UCS, CAXIAS DO SUL - RS - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Porfiria compreende oito desordens metabólicas resultantes da atividade alterada de enzimas da cascata de biossíntese do heme. Porfiria Intermitente Aguda (PIA) deriva de deficiência na porfobilinogênio deaminase (PBG-D), é mais comum após a puberdade, em mulheres e ocorre em ataques intermitentes provocados por drogas, hormônios esteroides e infecções, onde aparecem sintomas como constipação, confusão mental e dores nos membros. Dor abdominal severa é o sintoma mais comum, junto de náusea, taquicardia e ansiedade, sem sinais peritoneais. A PIA tem baixa incidência, mas é a classe de porfiria mais comum no mundo e está associada a alto risco para carcinoma hepatocelular, hipertensão crônica e insuficiência renal crônica. Relato de Caso: Paciente GLCS, feminino, 21 anos, transferida ao Serviço de Cirurgia Geral da 10ª Enfermaria da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, em dezembro 2016. Referia dor abdominal, náusea e quadro de suboclusão há três dias. Ao exame físico, apresentava leve distensão abdominal sem sinais de irritação peritoneal. O diagnóstico prévio de volvo de sigmoide não se confirmou nos exames locais, sendo ratificado para abdome agudo obstrutivo. Realizou-se colonoscopia, com resolução parcial, e depois retossigmoidectomia para tratamento definitivo. Por peritonite fecal e deiscência da anastomose, optou-se por laparotomia exploratória, sendo feita lavagem, colostomia protetora e enterectomia com enteroanastomose, por lesão de jejuno. Evoluiu com sinais de sepse, taquicardia e taquipneia, sendo internada em UTI. Concomitante ao quadro cirúrgico, exame BHCG resultou positivo, avaliado pela ginecologia como aborto pós sepse. No pós-operatório, foi investigada história materna de porfiria, confirmada na paciente por exames e sintomas típicos da patologia. GLCS evoluiu para quadro neuropático com perda de movimento de membros inferiores e da capacidade respiratória e cognitiva, vindo a óbito cerca de dois meses após internar com sintomas de PIA mimetizando quadro de abdome agudo obstrutivo cirúrgico. Conclusão: PIA deve ser considerada como hipótese diagnóstica em casos de distúrbios viscerais e do sistema nervoso central, periférico e autônomo, pois se manifesta com sintomas inespecíficos. O diagnóstico precoce pode ser feito por teste genético que revela portadores assintomáticos para evitar a progressão das crises agudas e viabilizar tratamento efetivo com hematina, ao qual a paciente não teve chance de fazer uso.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2743

TÍTULO DO TRABALHO: Princípios laparoscópicos Pancreatectomia distal, corpo caudal com preservação esplênica videolaparoscópica

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MAXLEY MARTINS ALVES1; LEONARDO EMILIO DA SILVA1; ISABELA SUAVINHA JAYME2; LEANDRO CAMPOS DONA2; LUDMILLA DA SILVA BATISTA2; CAIO CASTRO MENDANHA BARROS2; ALEX BESSA2; PHELIPE GONÇALVES MENDES PIMENTEL2. 1. INSTITUTO DE CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO, OBESIDADE E METABÓLICA, GOIANIA - GO - BRASIL; 2. COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES CAPÍTULO GOIÁS, GOIANIA - GO - BRASIL.

RESUMO:
Pancreatectomia distal reduz perda sanguínea, menores índices de compliacações e menor tempo hospitalização, sendo considerado Gold Standart. Pode ser indicada para ressecção de lesões como insulinoma (21%), cistos serosos (17%) ,pancreatites (6%), cistos mucinosos (28%), tumores malignos (6%), dentre outras.A abdordagem cirúrgica pode ser realizada Medial para distal (82%) ou lateral. A preservação pancreática esta relacionada a lesões benignas.Complicações mais comuns são fistulas, com estudo europeu 35% e Fernandez-Cruz 8,5%, ao grampeamento, estando relaciona a amilase do dreno maior que 3 vezes a amilase sérica.Relato técnica laparoscópica em caso de paciente M.M, 35 anos, com quadro de dor abdominal em hipocôndrio esquerdo, em acompanhamento, por 02 anos com alteração do tamanho e aspecto da lesão caudal pancreática, com cisto complexo e sintomatologia mais acentuada recentemente.Tempo total de cirurgia 2 horas e quarenta minutos, perda sanguínea desprezível, com internação de 3 dias, retirado dreno abdominal siliconado com aspiração contínua (dreno Blake Ethicon), no quinto pós operatório sem débitos.Retorno ao trabalho com 15 dias de pós operatório sem queixas.Atualmente em 6 meses de pós operatório sem queixas.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 302

TÍTULO DO TRABALHO: PROGRAMA MAIS MÉDICOS E A FORMAÇÃO DOS ESTUDANTES DE MEDICINA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOSE ANTONIO CHEHUEN NETO; MARIANA RODARTE FREIRE; RENATO EROTHILDES FERREIRA; KÁTIA ROCHA PAULINO; ISADORA FIGUEIREDO VIEIRA; HAYLLA HARAMOTO; LARISSA BACCOLI DE SOUZA; LOUISE LORRAINE SANTOS. UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: O modelo assistencial da saúde no Brasil passou de uma assistência puramente curativista para a promoção e prevenção à saúde, ocorrendo uma reformulação da graduação médica há mais de uma década. Em 2013 foi aprovada a Lei 12.871, que instituiu o Programa Mais Médicos (PMM). As medidas têm um grande impacto a ser questionado na formação dos estudantes de medicina e na saúde pública, como mudanças na carga horária do internato, importantes Residências Médicas (RM) serão de acesso indireto e pontuação adicional de 10% (dez por cento) na nota do processo de seleção pública dos Programas de RM e inclusão de profissionais estrangeiros no mercado de trabalho. É sabido que o número de interessados em carreira cirúrgica geral está diminuindo no país. Nesse contexto, pretende-se determinar o grau de conhecimento dos acadêmicos de medicina sobrea Lei 12.871 e o PMM e estabelecer os efeitos das novas determinações políticas no âmbito pessoal e profissional desses estudantes. Método: pesquisa transversal e quantitativa, com amostra de 407 estudantes da Faculdade de Medicina da UFJF,permitindo inferência. Estatística: Software SPSS Versão 15.0 ®, 2010. Estudamos variáveis como fase do curso e condição socioeconômica. Resultados: 62,9% desconhecem a Lei e apenas 28,3% tem conhecimento das reformas curriculares propostas para o curso de medicina;78,9% se posicionaram contra a obrigatoriedade do PMM de realizar Residência em Medicina Geral da Família e Comunidade previamente as demais especialidades (excetua-se as de acesso direto); 45,9% optariam pelo acesso direto, levando em consideração a possibilidade de obter o título de especialista em menor tempo, mas apenas 12,5% afirmaram ter mudado os objetivos pessoais após o conhecimento da Lei; somente 20,1% acreditam que o PMM será efetivo e 99,5% afirmaram que apenas a Lei não será suficiente para melhorar a saúde pública do Brasil e enumeraram outras medidas necessárias. Conclusões: por todo o curso, a maior parte dos entrevistados desconhece a Lei 12.87; as mudanças propostas terão maior impacto nos estudantes que no momento estão cursando os últimos períodos da graduação em nosso meio; apenas 16,9% dos estudantes do internato manifestaram interesse em participar. A amostra afirma a necessidade de suprir lacunas da Lei 12.871, como ampliar a infraestrutura no SUS e adequar o gerenciamento dos investimentos.Os autores sugerem ampliar as discussões sobre o tema com vistas a aprimoramentos curriculares.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1378

TÍTULO DO TRABALHO: PSEUDOCISTO ESPLÊNICO EM PACIENTE IDOSA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: OCTAVIO ANTONIO A. DA COSTA FILHO1; RAFAELLY DE FÁTIMA BIUHNA1; SARAH BRANCO RIBEIRO1; ANA CRISTINA PIRES BALBELA1; LETICIA RUANI1; HENRIQUE BRAMBILLA DE LUCCA2. 1. SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTA GROSSA, PONTA GROSSA - PR - BRASIL; 2. HOSPITAL UNIVERSITARIO EVANGÉLICO DE CURITIBA, CURITIBA - PR - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO Os cistos esplênicos costumam ser um achado incidental em exames de imagem convencionais ou encontrados na avaliação de um paciente com dor em quadrante superior de abdome, aumento abdominal, dor em ombro esquerdo ou esplenomegalia. São classificados em verdadeiros (tipo I) e falsos ou pseudocistos (tipoII). Os pseudocistos, compreendem cerca de 70% dos cistos esplênicos não parasitários. Em muitas situações é possível detectá-los por uma história pregressa de trauma. A imagem radiológica geralmente revela uma lesão lisa, unilocular, espessa, eventualmente com calcificações focais. Pequenos pseudocistos (RELATO DE CASO Paciente, sexo feminino, 74 anos, hipertensa, branca, natural e procedente de Carambeí- PR, procura atendimento em Unidade Básica de Saúde por quadro de dor abdominal em hipocôndrio esquerdo e epigástrio persistente. Sem história de traumas abdominais prévios. Não foram palpadas massas abdominais ou quaisquer outras alterações no exame físico. Tomografia de Abdome evidenciou imagem hipodensa, cística, ovalada, com calcificações murais puntiformes e lineares medindo 10,9 x 10,6 x 9,8 cm em baço. Optado por esplenectomia total via laparotomia com incisão mediana supra e infraumbilical. Procedimento realizado sem intercorrências. Paciente evoluiu bem. Anatomopatológico demonstrou esplenomegalia contendo cisto com fibrose,calcificação e de cristais de colesterol em seu interior. Paciente segue assintomáticacisto.DISCUSSÃO Pseudocistos esplênicos são ocorrências raras e sua detecção acaba acontecendo em exames de imagem ocasionais. A paciente em questão apresentava sintomas inespecíficos que levavam a uma série de diagnósticos diferenciais, porém , a comprovação da patologia descrita só foi efetivada após exame de imagem acurado. Apesar da existência de técnicas menos invasivas, a laparotomia com esplenectomia ainda tem sido o método de escolha preferencial para o tratamento de muitos cistos esplênicos ja que há uma menor taxa de recidiva.Tendo em vista dimensões da lesão, foi inviável, neste caso, preservar parcialmente o baço. Entretanto é de suma importância avaliar cada caso a fim de se determinar a melhor abordagem terapêutica, seja ela cirúrgica (laparoscópica ou laparotômica) ou conservadora por meio de acompanhamento seriado do paciente.

CODIGO DO TRABALHO: 502

TÍTULO DO TRABALHO: PSEUDOMIXOMA PERITONEAL CURSANDO COM APENDICITE AGUDA COMPLICADA: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ISADORA OLENSCKI GILLI1; JAMILE CAROLINA BORTOLETTO1; ISABELA PIZA MICELLI1; HEITOR PEREIRA BORGES BONOLO1; IVANA LUNEZO GUIMARÃES DE OLIVEIRA2; SILVIO BATISTA GARCIA SIMÕES2; MÁRIO CÉLIO DE MORAES2; MARCUS VINICIUS RONCADA PERES2. 1. FACULDADE DE MEDICINA - PUC-CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO - HMCP - PUC-CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Pseudomixoma peritoneal (PMP) é uma síndrome caracterizada pela disseminação de tumores mucinosos e ascite mucinosa no abdome. Trata-se de uma doença rara com incidência de 1-2 casos por milhão, com predomínio no sexo feminino e diagnosticada geralmente após os 40 anos. Apresenta-se com sinais e sintomas inespecíficos, como dor e distensão abdominal progressiva, ascite, massa pélvica e até mesmo sinais de apendicite ou obstrução intestinal. Trata-se de uma doença originada em um tumor mucinoso primário do apêndice (90% dos casos). Os métodos diagnósticos incluem tomografia computadorizada do abdômen (evidenciando padrão de distribuição compartimentado, característico da ascite mucinosa) e estudo histopatológico. A terapêutica consiste na eliminação das coleções mucinosas e do tumor secretor de mucina, através da ressecção visceral e peritoneal e por vezes quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC) e intravenosa. Método: Relato de caso baseado em revisão de prontuário do paciente e inventário clínico-cirúrgico e de imagem. Objetivo: Relatar caso de paciente com PMP cursando com apendicite aguda complicada e a importância de seu diagnóstico precoce para evitar recidivas após tratamento. Relato de caso: Paciente de 65 anos, sexo masculino, internado no serviço de cirurgia do Hospital e Maternidade Celso Pierro em março de 2016 para investigação de dor abdominal em fossa ilíaca direita, compatível clinicamente com apendicite aguda, tendo realizado US/TC de abdomen corroborando com o diagnóstico. Foi submetido à Laparotomia Exploradora e Apendicectomia. O AP revelou Adenocarcinoma mucinoso peritoneal de baixo grau (PMP). Foi optado por estadiamento (TC de abdomen: massa nodular, heterogênea pélvica e espessamento peritoneal) e indicado reabordagem cirúrgica com a proposta de ampliação da margem. Realizou-se exérese do tumor pélvico e dos implantes peritoneais identificados no intra-operatório. Paciente evoluiu bem, sem indicação de adjuvância pela Oncologia devido significativa redução das coleções intra-abdominais ao exame de imagem de controle. Conclusão: O critério mais importante para este diagnóstico é a sua urgência de tal forma que, a retirada do apêndice, previamente à sua ruptura, assume bom prognóstico. Assim, a consciência desta condição é de extrema importância para o diagnóstico precoce e tratamento adequados já que, os achados clínicos são inespecíficos e o paciente pode evoluir rapidamente para um quadro irreversível e fatal.

CODIGO DO TRABALHO: 1457

TÍTULO DO TRABALHO: Pseudotumor inflamatório esplênico: relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOÃO PAULO SILVA VIEIRA; HENRIQUE BELETÁBLE FONSECA; SILLAS MOURÃO PINTO; ANTONIO SERGIO ALVES; JOSE LUIZ CAMPELLO DE MELLO VIANNA; PABLO NELSON DO VALLE HUBNER; THIAGO DE ALMEIDA FURTADO; DIEGO PAIM CARVALHO GARCIA. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CIÊNCIAS MÉDICAS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOO pseudotumor inflamatório do baço é uma lesão rara, de caráter benigno e etiologia desconhecida. Há indícios de que o vírus Epstein Barr possa desempenhar um papel em sua patogênese. Tumor de difícil diferenciação de lesões malignas, através do quadro clínico e por exames de imagem.RELATO DO CASOPaciente G.F.S, mulher, 26 anos, com quadro de dor abdominal em cólica, em topografia de hipocôndrio esquerdo, esporádica, sem outros sintomas associados. Em 24/02/14, foi realizada ultrassonografia (US) abdominal, evidenciando nódulo sólido de 1 cm em baço, sendo optado por acompanhamento.Em agosto de 2015, devido persistência do quadro álgico e surgimento de febre e sudorese vespertina, foi estendida a propedêutica. Solicitada tomografia computadorizada de abdome, demonstrando múltiplos nódulos esplênicos, difusos, distribuídos por todo parênquima. Aventada hipótese de linfoma.Submetida, então, à biópsia percutânea guiada por US (30/09/15): interrogada doença linfoproliferativa. Material enviado à imuno-histoquímica: agregado de células linfoides, sem atipias significativas, não reunindo critério para caracterização de neoplasia. Optado por tratamento cirúrgico.Submetida à esplenectomia via laparotômica, com achado cirúrgico de baço com nódulos esparsos, de tamanhos variados. Ausência de implantes abdominais à macroscopia. Ao anatomopatológico (24/02/16): achados histopatológicos sugerem doença linfoproliferativa multinodular, podendo tratar-se de linfoma linfocítico de pequenas células. À imuno-histoquímica: não há critérios para caracterização de linfoma. Achados compatíveis com pseudotumor inflamatório (tumor leucocitário miofibroblástico).CONCLUSÃOA patologia em questão é extremamente rara, com poucos casos publicados na literatura. Apresentação clínica inespecífica de dor abdominal discreta e, às vezes, associada à febre. O diagnóstico definitivo é pela imuno-histoquímica e a terapia curativa é cirúrgica, apresentando bom prognóstico.

CODIGO DO TRABALHO: 2152

TÍTULO DO TRABALHO: Qualidade de vida entre estudantes de medicina

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PHILLIPE GERALDO T. DE ABREU REIS1; ADONIS NASR2; FLAVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASICH3; IWAN AUGUSTO COLLACO2; CAROLINE LOUISE BALCEWICZ DAL BOSCO4; ANA LUISA BETTEGA5; GEOVANNA LABRES DE SOUZA6; BRENO LOPES PORTO5. 1. HOSPITAL ERASTO GAERTNER, CURITIBA - PR - BRASIL; 2. HOSPITAL DO TRABALHADOR, CURITIBA - PR - BRASIL; 3. HC-UFPR, CURITIBA - PR - BRASIL; 4. UP, CURITIBA - PR - BRASIL; 5. UFPR, CURITIBA - PR - BRASIL; 6. PUC-PR, CURITIBA - PR - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: O ambiente acadêmico requer dedicação dos alunos e com o passar dos anos, é sabido que as exigências e responsabilidades tendem a aumentar sobre os estudantes de medicina. O objetivo deste estudo foi de avaliar a percepção sobre qualidade de vida entre estudantes de medicina do 1º e 2º ano, quando comparados ao 3º e 4º ano do curso de medicina.Métodos: Estudo transversal e analítico, realizado no período compreendido entre fevereiro e abril de 2016. Estudantes de medicina do 1º ao 4º ano de 4 faculdades em Curitiba responderam, voluntariamente, a questionário estruturado da OMS (Organização Mundial da Saúde), o qual continha 26 questões: as duas primeiras relacionadas à qualidade de vida de maneira geral e as outras 24 acerca de quatro domínios (físico, psicológico, relacionamento social e meio ambiente). Para análise estatística, os estudantes foram divididos em 2 grupos: 1) 1º e 2º ano e 2) 3º e 4º ano e as variáveis qualitativas submetidas ao Teste t de Student e teste Qui-Quadrado.Resultados: 291 estudantes responderam ao questionário, sendo 116 masculinos (39,86%), 175 femininos (60,14%) e média de idade de 22,3 ± 2,27 anos. A qualidade de vida nos dois grupos analisada foi regular: entre 3 a 3,9 (de um total de 5 pontos), a percepção da qualidade de vida e a satisfação com a saúde (perguntas 1 e 2) mantiveram-se classificadas em ?necessita melhorar?: entre 1 a 2,9 pontos nos dois grupos analisados. Não houve diferença significativamente estatística em qualquer um dos domínios entre os dois grupos estudados. 43,9% referiram aproveitar mais ou menos a vida enquanto apenas 3,2% alegaram ter energia completamente suficiente para o dia-a-dia.Conclusão: A qualidade de vida dos estudantes de medicina do 1º ao 4º ano foi considerada como ?regular?. Não houve diferença estatisticamente significativa entre estudantes do 1º e 2º anos, quando comparados a estudantes do 3º e 4º anos.

CODIGO DO TRABALHO: 314

TÍTULO DO TRABALHO: Reconstrução por Microcirurgia do Nervo Facial e Ducto Parotídeo

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CAROLINA OLIVEIRA PARANAGUÁ DE CASTRO1; FERNANDO SOARES GALLI2; AMILCAR ALVES ASSIS3; OSVALDO DE ALCÂNTARA BRAGA AIDAR4; SUZANA FONSECA COELHO E FARIAS3. 1. HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA, BRASILIA - DF - BRASIL; 2. HOSPITAL REGIONAL DA ASA NORTE, BRASÍLIA - DF - BRASIL; 3. HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINA, BRASILIA - DF - BRASIL; 4. HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA, BRASILIA - BA - BRASIL.

RESUMO:
A medida que os traumas sofreram grande aumento de sua incidência, as lesões neurais ficaram mais evidenciadas e a necessidade de se desenvolver uma técnica de reparo funcional impulsionou os avanço em microcirurgia. Os nervos perife?ricos sa?o compostos por 3 subunidades básicas: axo?nios, ce?lulas de Schwann e tecido conjuntivo. Em 1943, foi proposta a classificação das leso?es nervosas perife?ricas em: Neuropraxia ? lesa?o leve com perda motora e sensitiva, sem alterac?a?o estrutural; Axonotmese ? leso?es por esmagamento, estiramento ou por percussa?o, com perda de continuidade axonal e degenerac?a?o do segmento distal, sem perda de ce?lula de Schwann; Neurotmese ? separac?a?o completa do nervo, com interrupc?a?o do crescimento axonal e recuperac?a?o esponta?nea pobre sem intervenc?a?o ciru?rgica.E.F.S, 21 anos, masculino, encaminhado ao serviço de cirurgia plástico com lesão corto contusa por arma branca em hemiface esquerda (E) que se estendia desde a antihélice até a comissura labial E com acometimento de musculatura bucal, parte da mandíbula e presença de lesão de parótida, nervo facial com hemiplegia facial E e lesão de ducto parotídeo. Paciente, submetido a neurorrafia do tronco temporofacial e de seus ramos secundários e bucais com anastomoses término terminais. Realizado rafia do ducto parotídeo com passagem de cateter e fechamento por planos. Paciente no 6 pós operatório retirou por conta própria o cateter do ducto parotídeo e apresentou pequeno edema com coleção líquida palpável em região jugal E. Realizado incisão e drenagem do cisto com saída de salva.O objetivo de uma operação de nervo é restaurar o conduto para que haja a regeneração axonal. A neurorrafia término terminal é a técnica mais estudada, já a técnica término lateral, é utilizada para grandes distâncias entre os cotos. Os enxertos são necessários quando não é possível a aproximação direta dos cotos, tendo seu limite de 6 cm no enxerto vascular. Conclui-se que não há técnica superior a outra cada caso deve ser discutido individualmente. No caso descrito foi utilizada a neurorrafia término terminal sem tensão, pois a área de lesão não era grande o suficiente para usar enxerto e não havia perda de substância

CODIGO DO TRABALHO: 1386

TÍTULO DO TRABALHO: RELAÇÃO ENTRE ESTADO NUTRICIONAL E MORTALIDADE DE PACIENTES CIRURGICOS E CLÍNICOS INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CELSO CUKIER; THAÍS LÉO PACHECO; MÔNICA FERNADEZ; ANA LÚCIA TORLONI GRADINAR; LUIZ ARNALDO SZUTAN; PAULO DE AZEREDO PASSOS CANDELÁRIA; KYU DO KIM; FABIANO HIRATA. SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVOS: Relacionar o estado nutricional, tempo de internação hospitalar e mortalidade de pacientes clínicos e cirúrgicos internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de hospital Filantrópico.MÉTODOS:Estudo transversal com 33 pacientes clínicos e cirúrgicos com nutrição enteral exclusiva internados em UTI. Foram relacionados o tempo de internação hospitalar, a mortalidade e o estado nutricional através da circunferência braquial. Dados como idade, gênero, data de admissão hospitalar e diagnóstico de internação na UTI foram coletados no prontuário dos pacientes. Dados do índice SimplifiedAcutePhysiology Score (SAPS) foram registrados para posterior comparação.RESULTADOS:A média de idade encontrada foi de 54,1 anos, sendo 51,5% (n:17) gênero masculino e 48,5 % (n.16) gênero feminino.Em relação ao tempo de internação hospitalar, os pacientes com afecções cirúrgicas permaneceram em média 57 dias enquanto que os pacientes com afecções clínicas aproximadamente 32 dias. A média do índice SAPS no grupo cirúrgico foi de 70%enquanto a média do grupo clínico foi de 67%. Quanto ao estado nutricional, 82% dos pacientes avaliados apresentaram algum grau de desnutrição.Pacientescom afecções cirúrgicas(n.16) apresentaram-se desnutridos em 87,5% dos casos e com afecções clinicas (n.17) 76%. O grupo cirúrgico desnutrido apresentou maior prevalência de óbito 64% (n.9) quando comparado ao grupo clínico 54% (n.7). A prevalência de óbitos nos pacientes eutróficos tanto cirúrgicos como clínicos não foi significativa.CONCLUSÃO: Embora o índice SAPS dos grupos estudados tenha sido próximo, constatamos que pacientes com afecções cirúrgicas e desnutridos obtiveram maior tempo de internação hospitalar e mortalidadequando comparados com pacientes com afecções clínicas. Portanto, maior atenção nutricional deve ser dada a pacientes cirúrgicos na fase crítica.
REFERÊNCIAS BIBIOGRÁFICAS - THIEME, Rubia Daniela et al . O índice de risco nutricional (nutritionalrisk index) é preditor de complicação pós-operatória em operações do aparelho digestivo ou parede abdominal?. ABCD, arq. bras. cir. dig., São Paulo , v. 26, n. 4, p. 286-292, 2013 . - GARCIA, Rosane Scussel; TAVARES, Léa Regina da Cunha; PASTORE, Carla Alberici. Rastreamento nutricional em pacientes cirúrgicos de um hospital universitário do sul do Brasil: o impacto do risco nutricional em desfechos clínicos. Einstein (São Paulo), São Paulo , v. 11, n. 2, p. 147-152, 2013 .

CODIGO DO TRABALHO: 3133

TÍTULO DO TRABALHO: RELATO DE CASO - PERITONITE ABDOMINAL DIFUSA DE FOCO UTERINO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: IZABELA RIBEIRO GRIMALDI1; ROBERTA XAVIER CAMPOS2; BRUNA BERNARDES DA SILVA3; FÁBIO MAGY MENDES FILHO4; GUILHERME LEITE ZAMBELLI DE ALMEIDA1; FLÁVIA MARIA MOREIRA DE OLIVEIRA4; LAÍS CHAVES DE SOUZA5; LUIZ GUSTAVO PINTO DA CUNHA6. 1. HOSPITAL BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. HOSPITAL BELO HORIZONTE, CAMPOS DOS GOYTACAZES - RJ - BRASIL; 3. HOSPITAL BELO HORIZONTE, CONSELHEIRO LAFAIETE - MG - BRASIL; 4. HOSPITAL BELO HORIZONTE, BARBACENA - MG - BRASIL; 5. HOSPITAL BELO HORIZONTE, TIMOTEO - MG - BRASIL; 6. HOSPITAL BELO HORIZONTE, DORES DO INDAIA - MG - BRASIL.

RESUMO:
R.P., 36 anos, sexo feminino, encaminhada para avaliação da cirurgia geral com quadro de sepse de foco uterino, história de FIV, gestação trigemelar com abortamento? de um feto na décima sexta semana de gestação, sendo mantida a placenta do mesmo e realizada cerclagem com controle infeccioso por febre e leucograma. Após onze dias evoluiu com febre, dor em baixo ventre e corrimento vaginal purulento. Além disso, US obstétrico indicando decesso do segundo gemelar. Iniciado antibioticoterapia venosa, porém mantendo febre. Encaminhada para retirada da cerclagem, que foi indentificado saída de grande volume de secreção purulenta via vaginal pelo orifício externo do colo uterino, expulsão dos fetos, sendo realizada curetagem uterina com retirada de três placentas íntegras. Evoluiu com instabilidade hemodinâmica, transferida para o CTI. Após avaliação optado por laparotomia exploradora, ao inventário da cavidade foi identificado grande quantidade de secreção purulenta, além disso útero amolecido e comprometimento de anexos. Realizada lavagem exaustiva da cavidade, histerectomia total com ooforectomia bilateral. Paciente evoluiu já no primeiro dia de pós-operatório com melhora importante e evolução gradativa, demonstrando que pela flora bacteriana da pelve , útero e anexos, a resposta a cirurgia e portanto a indicação cirúrgica é fundamental para o controle da infecção .

CODIGO DO TRABALHO: 1689

TÍTULO DO TRABALHO: Relato de caso - Schwannoma retroperitoneal

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: AMANDA BLANSKI DE CASTRO1; ADRIANA DE SOUSA ROS1; VITOR HOLMO FIGUEIRA1; MARCOS PIAZZETTA BUENO1; ROGER KRUGER DE LIMA2; PATRÍCIA DA COSTA CÂMARA2; VINÍCIUS ZANIN MARTINS2. 1. FURB, BLUMENAU - SC - BRASIL; 2. HOSPITAL SANTO ANTÔNIO, BLUMENAU - SC - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoSchwannomas são tumores raros derivados das células de Schwann. Eles podem ocorrer em qualquer local onde haja células nervosas com bainha do nervo periférico, porém são mais comuns na cabeça, pescoço e membros, sendo a localização retroperitoneal menos frequente. Geralmente são encontrados como massa solitária e se apresentam de forma benigna. O objetivo do presente trabalho é descrever um caso de tumor retroperitoneal de grandes dimensões diagnosticado como Schwannoma benigno.Relato do casoPaciente gênero feminino, 45 anos de idade, referindo dor abdominal difusa e dor lombar progressiva com início há 2 anos, que evolui com massa abdominal à esquerda. No exame físico abdominal observava-se abaulamento e palpou-se tumoração em hemiabdome esquerdo, indolor e fixa. A ressonância magnética demonstrava volumosa lesão sólido-cística com epicentro no flanco esquerdo, com dimensões de 9,6x11,5x15,5 cm sem plano de clivagem com o rim ipsilateral e cauda do pâncreas. Tomografia de tórax normal. Marcadores tumorais e dosagem de metanefrina urinária normais. Foi submetida à laparotomia por incisão mediana com extensão subcostal esquerda e realizada ressecção do tumor retroperitoneal com nefrectomia, ressecção parcial do mesocólon esquerdo, pancreatectomia corpo caudal e esplenectomia em monobloco, procedimento sem intercorrências. Paciente teve boa evolução no pós-operatório, apresentou fístula do coto pancreático sem repercussões clínicas, recebendo alta no nono dia de pós-operatório com dreno abdominal. O dreno foi retirado após dois meses da cirurgia. O estudo anatomopatológico mostrou tumor com 1314 gramas, medindo 16,5x12,5x11,0 cm, sem invasão de órgãos adjacentes, ressecado com margens livres, compatível com Schwannoma Benigno confirmado pela imunohistoquímica.ConclusãoO tratamento de Schwannomas de retroperitônio consiste na remoção cirúrgica do tumor com margem, o que muitas vezes requer ressecções multiviscerais e com bom prognóstico na maioria dos casos tratados. O diagnóstico baseia-se no exame histopatológico, visto que as características radiológicas na maior parte das vezes não são conclusivas. Deve ser realizado acompanhamento no pós-operatório, uma vez que há chance de recorrência tumoral.

CODIGO DO TRABALHO: 358

TÍTULO DO TRABALHO: RELATO DE CASO : CISTO UROGENITAL ? Uma rara patologia benigna com comportamento potencialmente maligno

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOÃO RAFAEL SILVA SIMÕES ESTRELA; ANA CELIA DINIZ C. BARBOSA ROMEO; PEDRO BOTELHO DE ALENCAR FERREIRA CRUZ; RAIMUNDO NONATO BENEVIDES CARDOSO; JORGE ALBERTO DE RESCALA; IGOR LOBÃO FERRAZ; ÁVIO MOTA BRASIL NETO; JORGE MOURA COSTA DIAS TAVARES. HOSPITAL ANA NERY, SALVADOR - BA - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Relato de raro caso de cisto urogenital,benigno, porém apresentando-se em íntima relação com estruturas nobres, conferindo riscos potenciais a uma paciente jovem. Relato de Caso: Paciente 22 anos, menarca aos 12, coitarca aos 14, G0P0A0, DUM há mais de 02 anos (em uso de anticocepcional).Vinha em acompanhamento ambulatorial há 5 anos por conta de achado ultrassonográfico de cisto retroperitoneal. Há 02 anos evoluiu com dor abdominal importante, procurando emergência onde foi abordada de urgência em outro serviço onde foi constatada apendicite aguda. Relatório descreve que no intraoperatório foi visualizada lesão cística e tentada retirada cirúrgica da tumoração, porém interrompida devido à hemorragia intra operatória, tendo sido feita apenas biópsia da lesão, que a própria paciente refere ter sido benigna. Há 15 dias da admissão neste serviço evoluiu com dor abdominal importante, associada à edema em MIE, estrangúria, polaciúria e obstipação intestinal. Ultrassonografia abdominal evidenciou cisto retro peritoneal septado, com volume de 2575,6cm3, em íntimo contato com grandes vasos pélvicos e comprimindo ureter direito com dilatação ureteropiélica à montante. Ao exame físico abdome globoso à custa de massa abdominal em linha mediana, palpável até 5cm acima de cicatriz umbilical, firme, imóvel, dolorosa à palpação, sem pulso, frêmito ou sopro. Edema em bota de membro inferior esquerdo. Optado por cirurgia devido evolução desfavorável. No intraoperatório houve ruptura do cisto com extravasamento de líquido acastanhado durante a ressecção da tumoração. Após a ruptura foi identificado sangramento proveniente de veia ilíaca comum esquerda em porção que apresentava íntimo contato com sua capsula, sendo prontamente rafiada. Identificado no intra operatório apêndice cecal apesar do relato da de apendicectomia prévia. Paciente teve evolução pós-operatória favorável, recebendo alta em 48 horas, sem complicações tardias. Anatomopatológico da lesão concluiu tratar-se de cisto urogenital com ilhas de células de Walthard em sua parede. Conclusão: Cistos urogenitais são descritos como raros pela literatura, sendo um subgrupo dos cistos mesentéricos. Em geral são cistos benignos, porém no caso descrito evoluiu com comportamento nocivo para paciente devido ao seu grande volume e relação intima com estruturas nobres. Deve ser considerado nos diagnósticos diferenciais de massas retroperitoneais e exaustivamente estudado antes de qualquer abordagem cirúrgica.

CODIGO DO TRABALHO: 922

TÍTULO DO TRABALHO: Relato de Caso de Cisto Mesentérico englobando jejuno proximal e intestino grosso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ISADORA ÍSIS FERNANDES VIEIRA; SUELLEN VIEIRA DA SILVA; ALEXANDRE CHARTUNI PEREIRA TEIXEIRA. HOSPITAL REGIONAL DE SOBRADINHO, BRASÍLIA - DF - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOCisto mesentérico é definido como qualquer lesão cística localizada entre os folhetos do mesentério, do duodeno ao reto. Desde sua primeira descrição em 1507 por Benevienae há somente cerca de 820 casos relatados na literatura.O presente trabalho tem como objetivo relatar o quadro de paciente com histórico de lombalgia e massa abdominal em hipocôndrio esquerdo, palpável a cerca de 5 centímetros do rebordo costal esquerdo, com tomografia e Laparotomia Exploradora evidenciaram massa cística mesentérica.RELATO DE CASOPaciente de 68 anos, sexo masculino, com queixa de lombalgia há um mês, apresentando febre, massa volumosa em hipocôndrio esquerdo, dor à palpação local, sem sinais de irritação peritoneal, histórico de perda de peso de 10Kg nos últimos dois meses, hipertenso e diabético. Foi internado para investigação diagnóstica em que evidenciou hipocalcemia, anemia e massa volumosa em hipocôndrio, se estendendo até flanco esquerdo, visualizada por Tomografia Computadorizada. Indicado procedimento cirúrgico de Laparotomia Exploradora pela equipe de Cirurgia Geral, apresentando pequena quantidade de líquido serossanguinolento livre e grande tumoração cística no espaço entre o cólon transverso e o descendente, englobando jejuno proximal logo após o ângulo de Treitz. Devido a envolvimento íntimo da massa com o Jejuno proximal e a flexura esplênica do cólon transverso, foi optado por enterectomia e transversectomia segmentares, retirada da peça em bloco, realizada anastomose duodenojejunal e transversostomia em dupla boca exteriorizada em hipocôndrio esquerdo. A análise do anátomo-patológico evidenciou lesão cística benigna, com microabscessos e estruturas fúngicas. Evoluiu com melhora do estado geral, recebeu alta hospitalar com orientações de acompanhamento ambulatorial. CONCLUSÃOExistem poucos relatos de cistos mesentéricos malignos, geralmente sarcomas de baixo grau. Kurtz et al. evidenciou 3% de malignização. Em 40% são achados incidentais por exame de imagem ou laparotomia. Pode evoluir com ruptura, infecção, hemorragia ou torção do cisto. Quando diagnosticado, todo cisto mesentério deve ser ressecado, para evitar complicações, recorrência ou possível transformação maligna.

CODIGO DO TRABALHO: 357

TÍTULO DO TRABALHO: RELATO DE CASO DE GOSSIPIBOMA: De sintomas inespecíficos a complicações pós-operatórias

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOÃO RAFAEL SILVA SIMÕES ESTRELA1; ANDRE LUIS BARBOSA ROMEO1; ANA CELIA DINIZ C. BARBOSA ROMEO1; MÁRCIO ANDRADE SILVA FREIRE1; ISABELLA FERNANDA SILVA FERREIRA1; TÁSSIA MENDES FRANCO1; ALAN FONSECA AIRES1; DANIELLE FREITAS SERAFIM2. 1. HOSPITAL ANA NERY, SALVADOR - BA - BRASIL; 2. ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, SALVADOR - BA - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A ocorrência de gossipibomas (corpos estranhos) após cirurgias constitui-se em um grave problema médico legal, porém sua real incidência é incerta devido à subnotificação e pacientes assintomáticos. Trata-se de um desafio para o cirurgião por apresentar desde sintomatologia inespecífica até graves complicações. Este trabalho pretende relatar a condução de caso de paciente com sintomas brandos que evoluiu com complicações importantes devido a um gossipiboma.Relato de caso: Paciente 40 anos, menarca 13 anos, coitarca 17 anos, GII PII (2PC) A0, DUM (amamentando). Nega alergias, comorbidades ou doenças familiares, bem como uso de medicações. Foi submetida à 2 partos cesareanos prévios, o último parto há cerca de 60 dias, evoluindo há uma semana da admissão com dor importante em baixo ventre, associada à distensão abdominal ++/4. Realizado Rx abdominal e USG pélvica que levaram à suspeita de gossibipoma, sendo posteriormente confirmada à tomografia computadorizada (solicitada em outro Serviço).Ao exame físico apresentava plastrão à palpação de fossa ilíaca esquerda.Após avaliação foi indicada laparotomia exploradora via incisão de Pfannenstiel prévia. No intraoperatório foi identificado gossipiboma fortemente aderido ao cólon sigmoide, sendo retirado com posterior sutura da borda antimesocólica do órgão.Paciente recebeu alta hospitalar após 24h sem intercorrências. Em domicílio , no III PO evoluiu com febre, dor abdominal, distensão e parada de eliminação de gases e fezes, associado à leucocitose, suspeitando-se de abdome agudo infeccioso.Realizada laparotomia mediana que evidenciou deiscência de sutura em cólon sigmoide e grande quantidade de secreção purulenta em toda a cavidade abdominal. Optada pela exteriorização de ferimento em forma de colostomia. Evoluiu lentamente porém sem intercorrências maiores durante internamento. Colostomia fechada após 60 dias, sem intercorrências.Conclusão: A ocorrência de gossipiboma pode ser desastrosa para a saúde do paciente e para a carreira do cirurgião. No caso descrito a paciente previamente hígida submetida a cirurgia eletiva evoluiu com complicações potencialmente fatais e com alta morbidade. Deve-se portanto utilizar de todos os recursos disponíveis no intraoperatório para evitar a ocorrência de gossipibomas.

CODIGO DO TRABALHO: 2475

TÍTULO DO TRABALHO: RELATO DE CASO: HÉRNIA DE LITTRÉ

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FELIPE MARTINS DEVAI; CAROLINA BARROS DA ROCHA; CRISTHIAN JAILLITA MENESES; HANA RAYSSA MATTOS DE LOSSIO E SEIBLITZ; LUCIO RAVEL SILVA ANDRADE COSTA; JOÃO CARLOS FALONE NUNES; CAMILA ABELHA BINATTO; HISASHI AOYAGI. HOSPITAL MUNICIPAL DOUTOR CARMINO CARICCHIO, SAO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
RELATO DE CASO: HÉRNIA DE LITTRÉPalavras-chaves: hérnia de Littré, divertículo de MeckelResumo Introdução: A hérnia de Littré, é caracterizada pela presença do divertículo de Meckel no interior do saco herniário. Foi descrita primeiramente, pelo cirurgião francês Alexis Littré em 1700. 1. O divertículo é um remanescente do ducto onfalomesentérico, que no embrião estabelece uma comunicação entre o saco vitelínico e a luz intestinal. 2 Vem a ser a anomalia congênita mais frequente do trato gastrointestinal. É mais prevalente no sexo masculino, na proporção de 3:2, apresentando incidência na seguinte proporção: 50% em região inguinal, 20% em região femoral, 20% em região umbilical, e 10% nas demais regiões. 2 Apresenta mucosa ectópica em mais de 30% dos casos. 1-5Relato de caso:Paciente do sexo feminino (M.E), 60 anos, admitida no Pronto Socorro do Hospital Municipal Carmino Caricchio-Tatuapé- São Paulo SP, com quadro clínico de abdômen agudo obstrutivo, associado a perda ponderal de 15kg em 3 meses. Realizado passagem de Sonda Nasogástrica, apresenta melhora episódica do quadro obstrutivo, com retorno do quadro após retirada da mesma. Em decorrência da refratariedade ao tratamento clínico, indicou-se Laparotomia Exploradora.Durante o ato operatório, identificou-se hérnia tipo Nyhus III C, sendo identificado segmento de íleo com divertículo de Meckel encarcerdo, com base estreita e dilatação à montante. Realizado enterectomia a 140 cm do ângulo de Treitz, com anastomose termino-terminal em 2 planos e reparo da hérnia femoral pela técnica de Mc Vay. A paciente, evolui com atelectasia no pós operatório imediato, com melhora do quadro após fisioterapia respiratória contínua. Sem demais intercorrências. Apresenta biópsia compatível com divertículo de Meckel, associado à fibrose.Conclusão: Na hérnia de Littré , o divertículo pode se apresentar, encarcerado, estrangulado, com fistulas entero-cutâneas e obstrução. Sinais de obstrução intestinal podem ocorrer tardiamente. Entre os principais destacamos, vômitos e dor abdominal. Podendo não haver sinal específico de envolvimento intestinal. 2;4;5.O diagnóstico pré-operatório da hérnia de Littré com US ou TC é extremamente raro e é normalmente um achado peroperatório. 3;4

CODIGO DO TRABALHO: 1235

TÍTULO DO TRABALHO: Relato de Caso: Lipossarcoma Retroperitoneal

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: INGRID LUNA HOERNER E SILVA; ARIANE RIBEIRO DOS SANTOS; SILVIO HENRIQUES DA CUNHA NETO; ANA PAULA BASTOS DE CARVALHO; FERNANDA CRAVO BARROSO; SOLON GONÇALVES SOUZA MENEZES; LEONARDO BACELAR CANTANHEDE; MARCUS VINICIUS BITTENCOURT BUENO. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO (UFRJ), RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Liposarcoma é uma neoplasia rara, responsável por aproximadamente 10-15% dos tumores de partes moles sendo os retroperitoneais o mais comum entre eles. São dividos Histologicamente em cinco subtipos: bem diferenciado, mixoide, pleomórfico, indiferenciado e do tipo misto. O lipossarcoma bem diferenciado é o subgrupo histológico mais comum e acarreta um elevado risco de recorrência local.Relato do caso: Paciente E.S.A., 57 anos, feminino, branca, admitida no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho no dia 11/07/2016 com história de aumento progressivo do volume abdominal há 6 meses, associado a plenitude pós-prandial, pirose, desconforto em região epigástrica e emagrecimento não quantificado. Ao exame físico apresentava volumosa massa endurecida que se extendida do apêdice xifóide até a pelve não dolorosa a palpação. Realizada Tomografia de Abdome, no dia 03/06/2016, evidenciando volumosa tumoração, medindo 32,6cm(L)x17,1cm(AP)x25,8cm(T) com densidade de gordura, septações internas, limites bem definidos em quase sua totalidade, se estendendo da região epigástrica à pelve. A paciente foi submetida a laparotomia exploradora eletiva, no dia 12/07/2016. Foi realizada incisão xifopubiana transumbilical, evidenciando volumosa tumoração com aspecto lipomatoso, encapsulada, bastante aderida ao mesentério de cólon sigmoide, bexiga e útero. A lesão estendia-se ao longo dos vasos retroperitoneais e ureteres bilateralmente. Apresentava-se bastante aderida ao ovário esquerdo, sem plano de clivagem com o mesmo, sendo então, englobado à ressecção. Realizada dissecção e descolamento da tumoração do cólon sigmoide e mesocolon, com posterior isolamento e ligadura do pedículo vascular localizado junto a raiz do mesocólon sigmoide. O tumor foi ressecado em bloco, totalizando uma massa de 6,900 kg. A anatomopatológico da lesão evidenciou tumoração medindo 38x28x13cm com diagnóstico de lipossarcoma bem diferenciado. Paciente mantém-se em acompanhamento ambulatorial até a presente data com exames periódicos de imagem sem evidência de recidiva de doença.Conclusão: A cirurgia é principal modalidade terapêutica no tratamento dos sarcomas retroperitoneais, entretanto a elevada taxa de recorrência reforça a necessidade de aprimoramento de outras modalidades terapêuticas, como a radioterapia. É de fundamental importância realizar um rigoroso seguimento pós-operatório a fim de descartar qualquer sinal de recidiva local ou metástase.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1117

TÍTULO DO TRABALHO: RELATO DE CASO: PARAGANGLIOMA DE BEXIGA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GABRIELA MOREIRA COSTA; LORELLA MIRANDA AURICCHIO; LUCAS HENRIQUE SANCHEZ CAVALHEIRO; THIAGO ALVIM BARREIRO; JONICE BLASIOLI COSTA; REGINA GREILBERGER RIBEIRO; GUILHERME ZUPO TEIXEIRA; ANTONIO JOSE TIBURCIO ALVES JUNIOR. PUC CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Paraganglioma de bexiga são tumores do tecido cromafim originados da inervação simpática da parede da bexiga urinária e são extremamente raros, representando menos que 0,1% de todas as neoplasias de bexiga. Sua malignidade é determinada pela presença de invasão local profunda, invasão de estruturas adjacentes e linfonodos ou metástases distantes, no entanto não existem características histológicas, imunoistoquímicas ou moleculares específicas que definem o potencial maligno do tumor. Mulheres entre a segunda e a quarta décadas de vida são mais frequentemente acometidas. Se manifesta com a tríade clínica de hipertensão, hematúria e anormalidades micçionais, mas tambem pode se apresentar por sintomas clínicos secundários a hipersecreção de catecolaminas ou massa palpável. O tratamento é cirúrgico e consiste em excisão total da bexiga ou, cistectomia parcial dependendo do caso.Relato de Caso: Paciente 53 anos, masculino, refere massa palpável em região de hipogastro e flanco esquerdos há 6 meses, associado a febre diária e dor tipo cólica na região. Nega alteração de hábito intestinal, disúria e hematúria. Ao exame físico apresenta massa palpável em região epigástrica até fossa ilíaca esquerda. Traz consigo tomografia computadorizada de abdome de 4 anos atrás, que revelou formação expansiva vesical a esquerda de 8,2 x 7,6 cm, sem seguimento após o exame, sendo solicitado ultrassom de abdome total que revelou lesão expansiva em pelve, melhor caracterizada pela ressonância magnética de pelve que demonstrou massa de aspecto tumoral de 11,9 x 10,1 cm em região retro peritoneal aderida a bexiga. Foi optado pelo tratamento cirúrgico com cistectomia parcial. A análise anatomopatológica da amostra mostrou neoplasia indiferenciada de pequenas células escuras com áreas de padrão organoide e presença de áreas de necrose. O tumor mede 13,6 x 12 x 10,7 cm e não há presença de sinais histológicos de malignidade. O exame imunoistoquímico revelou imunomarcação negativa para o marcador S-100, CD-56, cromogranina e sinaptofisina, compatíveis com paraganglioma.Conclusão: Ao que indicam os estudos, os paragangliomas são tumores raros quem acometem mais frequentemente entre a segunda e a quarta década de vida, com três atamento de escolha cirúrgico,consistindo na cistectomia total ou parcial, com exercesse completa do tumor.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1025

TÍTULO DO TRABALHO: RELATO DE CASO: TUMOR NEUROENDÓCRINO PRIMÁRIO DE MESENTÉRIO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: THIAGO ALVIM BARREIRO; MÁRIO CÉLIO DE MORAES; MARCUS VINICIUS RONCADA PERES; THIAGO BENITEZ MANESCO; GABRIELA BEATRIZ SIA; RAFAEL DE LIMA SILVA; BRUNO SILVA RIBEIRO. HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO - PUCCAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Os tumores neuroendócrinos gastrointestinais são raros (0,5 casos por 100.000 habitantes). Dentre os casos já relatados na literatura, esses situam-se principalmente no intestino delgado, no reto e no apêndice, sendo o mesentério um foco extremamente raro. O mesentério normalmente é acometido como foco secundário (40-80%) da neoplasia neuroendócrina em detrimento do primário. Até 2016, apenas 10 casos de neoplasias neuroendócrinas primárias de mesentério foram relatados na literatura inglesa. Este trabalho tem como objetivo relatar um caso de tumor neuroendócrino primário de mesentério de um paciente assistido pelo Hospital e Maternidade Celso Pierro de Campinas, São Paulo.Relato de caso: Homem, 76 anos, aposentado, ex-tabagista, foi encaminhado, assintomático, ao ambulatório de coloproctologia para estadiamento de adenocarcinoma de cólon in situ de lesão polipóide tratado em colonoscopia. Realizou tomografia computadorizada de abdome total, na qual foi encontrada uma lesão expansiva com densidade de partes moles, pequena calcificação de permeio e limites regulares no mesogástrio, em contato com alças do intestino delgado. Dessa forma, foi optado por ressecção cirúrgica do tumor presente na raiz do mesentério do paciente, sendo necessária a realização de enterectomia de parte do ceco e cólon ascendente (colectomia direita), sendo reconstruído o transito com anastomose enterro-colônica latero-lateral. Na análise macroscópica da peça cirúrgica foi encontrada lesão nodular, esbranquiçada, endurecida, medindo 7,0x4,0x3,5 cm, aderida ao tecido adiposo em raiz mesentério, formando enovelado de alças, porém sem relação com a parede intestinal; com diagnóstico de proliferação neoplásica de pequenas células de padrão organoide. O exame imunohistoquímico concluiu, a partir do aspecto morfológico e da imunomarcação positiva para: sinaptofisina, cromogranina e Ki 67(positividade multifocal e irregular, em torno de 20%); o diagnóstico de tumor neuroendócrino de grau 2, segundo classificação OMS,2010. Após internação de 6 dias, evoluiu bem no pós-operatório, apresentando critérios necessários para alta médica.Conclusão: O tumor neuroendócrino primário de mesentério é raro e o tratamento cirúrgico é prioritário. É de fundamental importância maiores estudos a respeito do mesmo, a fim de diagnosticá-lo precocemente e de determinar um melhor prognóstico para esses doentes.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 3006

TÍTULO DO TRABALHO: Ressecção de leimiosarcoma de cava com ligadura da cava. Relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: NAIADE DE SOUZA MELLO; GUSTAVO CORREA MACEDO; HENRIQUE CUNHA MATEUS; RICARDO TADASHI NISHIO; ROBERTO AUGUSTO CAFFARO; ADHEMAR MONTEIRO PACHECO JR.. SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃODentre os sarcomas de partes moles, o leiomiossarcoma (LMS) é o segundo subtipo histológico mais frequente,7 sendo o tumor primário de veia cava inferior mais comum (VCI). É um tumor maligno raro, representando apenas 0,5% de todos os sarcomas de partes moles., sendo descritos apenas 450 casos. Incide principalmente nas mulheres entre a quinta e a sexta década de vida. Apresenta quadro clínico inespecífico e insidioso, sendo a dor em flanco direito a principal queixa. Sendo assim, o diagnóstico do LMS de veia cava inferior é tardio ou em caráter incidental na análise de tomografia computadorizada e ressonância magnética .A classificação do tumor é feita segundo a topografia acometida da veia cava: segmento I, onde há envolvimento da VCI porção infrarenal; segmento II, a porção comprometida da VCI está entre a veia renal e a veia hepática e segmento III, em que o LMS se encontra acima da veia hepática.Os objetivos do tratamento são: a ressecção completa do tumor com margens cirúrgicas livres com objetivo de controlar localmente o tumor, a manutenção do fluxo da veia cava inferior e a prevenção de sua recorrência. Os achados radiológicos que indicam irresecabilidade são: inserção peritoneal, metástases a distancia, acometimento da raiz do mesentério e envolvimento da medula espinhal. Após a ressecção do tumor, as opções variam desde a ligadura da veia até sua reconstrução com um enxerto (a depender da localização da lesão). Acerca do tratamento quimioterápico e radioterápico, ensaios clínicos randomizados evidenciam que não é efetivo nem como terapêutico exclusivo, nem como adjuvante e coadjuvante.Relatamos um caso de uma paciente submetida à laparotomia exploradora por tumor retroperitoneal. Após manobra de Kocher e mobilização do fígado, verificou-se neoplasia de veia cava não invasiva em íntima relação com o rim direito que comprometia a veia cava em segmento que se estendia da junção das veias renais até 2 cm antes da confluência das veias hepáticas com a veia cava. Observou-se também a presença de veias lombares calibrosas logo abaixo da inserção das veias renais. Optou-se pela ressecção segmentar da veia cava retrohepática com ligadura da veia cava logo acima das veias renais, com preservação da veia renal direita e ligadura da veia renal esquerda e, por fim, sutura da veia cava inferior logo abaixo da confluência da cava com as veias hepáticas. Paciente apresentou boa evolução no pós operatório com alta no PO 07 dias com anticoagulação.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 718

TÍTULO DO TRABALHO: Ressecção de lipossarcoma mixóide de retroperitôneo: relato de caso.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PEDRO POYARES DE MELLO BHERING; ANDRE GEORGE SAUL RONAY; MARCOS BETTINI PITOMBO; BRUNO CESAR SABINO DE FIGUEIREDO; JONATHA FRAZAO; RAFAEL RIBEIRO BARCELOS. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Sarcomas de partes moles são tumores originados das células mesenquimais primitivas e são pouco frequentes. Sarcomas do retroperitônio representam 15% de todos os sarcomas de partes moles, porém sua sobrevida livre de recidiva em 5 anos é de apenas 50%, muito inferior aos de extremidades. Relatamos caso de paciente masculino, 37 anos, submetido a ressecção de lipossarcoma mixóide de retroperitônio no Hospital Universitário Pedro Ernesto. Relato do Caso: M.A.M, masculino, 37 anos, pardo, queixando-se de ?barriga inchada?. Paciente previamente hígido, relatou aumento de volume abdominal progressivo com evolução de um ano associado a picos febris esporádicos, náuseas, plenitude pós-prandial e dor em hipocôndrio direito. Perda ponderal de 4 kg no último mês. Afirmou ter utilizado múltiplos ciclos de anabolizantes durante 5 anos. Apresentava abdome globoso; peristaltismo reduzido; sinais de ascite volumosa; doloroso à palpação de hipocôndrio direito; borda hepática a 5 cm do rebordo costal direito; massa volumosa palpável em mesogástrio, predominantemente à direita. TC de abdome total de Janeiro/2016 revelou volumosa formação expansiva retroperitoneal à direita de 43x20x30cm (LxAPxT), de contorno lobulado, heterogênea, apresentando componentes gorduroso e de partes moles com impregnação pelo meio de contraste.O paciente foi submetido a tratamento cirúrgico em 16/02/16, através de laparatomia mediana com extensão lateral direita transversa. O tumor deslocava o hilo hepático, as alças de delgado e cólon para esquerda, e não apresentava plano de clivagem com o rim direito. Não havia invasão dos principais troncos vasculares. O líquido ascítico foi enviado à citologia. Foi realizada ressecção da massa com nefrectomia direita em bloco. A peça cirúrgica revelou lipossarcoma mixóide G3 com 12 kg de massa, com margem cirúrgica macroscópica comprometida e citologia negativa. O paciente foi encaminhado à Oncologia Clínica, tendo realizado radioterapia com 5000 cGy em 25 frações em quadrante superior direito, na área de margem comprometida. Apresentou boa evolução clínica, encontrando-se em acompanhamento ambulatorial com 12 meses de sobrevida. Conclusão: Sarcomas de retroperitônio são, na maioria das vezes, diagnosticados tardiamente, e, portanto se apresentam com grandes massas de difícil manejo cirúrgico.

CODIGO DO TRABALHO: 2075

TÍTULO DO TRABALHO: RESSECÇÃO DE LIPOSSARCOMA RETROPERITONEAL COM RECONSTRUÇÃO URETERAL ESQUERDA COM APÊNDICE CECAL: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOSE JULIO FARIAS DE ARRUDA; VICTOR MELO DINIZ; CAMILA MARIA NASCIMENTO FIRME; ADNEA CANDIDO GALDINO SIQUEIRA; RENATA CORDEIRO DE ARAUJO; GUILHERME DA CONTI OLIVEIRA SOUSA. HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO DE PERNAMBUCO, RECIFE - PE - BRASIL.

RESUMO:
INTRUDUÇÃO:Tumores retroperitoneais são raros, representando cerca de 12 a 15% de todos os tipos de sarcomas de partes moles (SPM). Frequentemente é assintomático ou diagnosticado em exames de imagens de rotina, sendo um achado incidental. Outras vezes pode apresentar sintomas inespecíficos como dor ou desconforto abdominal, lombalgia ou quadro de obstrução intestinal. A cirurgia para ressecção do tumor continua a ser o pilar do tratamento para os SPM. Na maioria dos casos, uma ou mais estruturas precisam ser ressecadas juntamente com o tumor para obter a ressecção completa.RELATO DE CASO:Paciente sexo feminino, 52 anos, procurou o SPA (Serviço de Pronto Atendimento) com história de alteração do hábito intestinal, sendo internada em janeiro/2016 com história de semi-obstrução há 15 dias, e surgimento de uma massa palpável e endurecida em abdome inferior e pelve. Realizou TC de abdome, que evidenciou lesão sugestiva de teratoma/dermóide ovariano ou lesão blastomatosa retroperitoneal de linhagem lipomatosa. Abordada pela ginecologia em abril/2016, que diante de achado de tumoração peritoneal, encaminhou a paciente para a cirurgia geral. Realizada LE + ressecção de massa retroperitoneal de aproximadamente 1,4kg no dia 03/05/16. Acompanhada com oncologia que solicitou exames de controle, evidenciando nova lesão em flanco E, considerando nova abordagem. Paciente reabordada em 04/10/16, sendo ressecada nova lesão de característica semelhante a anterior, sendo realizado reconstrução ureteral com apêndice cecal após ressecção de seguimento de ureter comprometido pelo tumor (implante de cateter duplo J).DISCUSSÃO:Devido as anatomias complexas e grandes volumes dos SPM, a completa ressecção com margens microscópicas negativas (R0) dificilmente é atingida, sendo a recorrência local comum. Estudos analisam o impacto da associação de quimioterapia e radioterapia ao tratamento cirúrgico. No entanto, ainda não é assegurada a eficácia de tais métodos necessitando, portanto, de mais evidências clínicas e estudos para associação de terapias. O fator limitante durante a abordagem cirúrgica é dificuldade de acesso a região retroperitoneal. As estruturas retroperitoneais, dentre elas o sistema urinário, quando lesadas ou seccionadas na cirurgia trazem mais comorbidades ao doente. A reconstrução ureteral com segmentos de íleo e apêndice cecal, pode ser confeccionada e tem bons resultados.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 3062

TÍTULO DO TRABALHO: Retirada de corpo estranho sobre epiplon no hipocôndrio direito por laparoscopia ? Relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RICARDO MACHADO ROCHA1; FERNANDO SIMÕES DE SENA2; HENRIQUE MOURA PARREIRA2; RODRIGO SPÍNOLA E SILVA1; ANDERSON FREITAS DE SOUZA ASSIS MORAIS1; ANA CLAUDIA ANDRADE MADEIRA1; LUISA DINIZ DE SOUZA GROSSI1; MABELLY ANDRADE CORREA1. 1. HOSPITAL MARCIO CUNHA, IPATINGA - MG - BRASIL; 2. HOSPITAL MÁRCIO CUNHA, IPATINGA - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A penetração de corpos estranhos, apesar de menos frequente que a ingestão, é um fato corriqueiro no ambiente hospitalar, e algumas vezes, pode relacionar-se a complicações, provocando quadros graves. Esta situação pode ser decorrente de ato voluntário ou acidental. É importante a realização do diagnóstico precoce e a determinação da possível localização do objeto para abordagem terapêutica adequada.RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 26 anos, previamente hígida, compareceu ao Pronto Socorro com queixa de dor em hipocôndrio direito de início súbito, há um dia, com possibilidade de penetração de uma agulha durante o sono. Ao exame clínico presença de dor à palpação do hipocôndrio direito, sem sinais de irritação peritoneal. Radiografia de abdome confirmou corpo estranho próximo ao cólon direito, sem níveis hidroaéreos e TC de abdome sem contraste evidenciou agulha alojada no lobo direito hepático. A paciente foi submetida à laparoscopia para retirada do objeto que encontrava-se em epiplon.CONCLUSÃO: Os dados colhidos na anamnese e o achado inespecífico de dor durante o exame físico foram insuficientes para conclusão diagnóstica, tornando-se necessária complementação com exames de imagem. Com base nos achados propedêuticos optou-se pela exérese laparoscópica do corpo estranho devido proximidade com o intestino, risco de perfuração de vísceras e possível infecção local.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1769

TÍTULO DO TRABALHO: REVISÃO AVANÇADA SOBRE FIBROSE CÍSTICA E SÍNDROME DE DOWN: Artigo de Revisão

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOSE WILLIAM VAVRUK. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ, MARINGÁ - PR - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo. Fornecer subsídios para melhor compreensão do correto emprego das técnicas emergências advindas do Comitê de Trauma do Colégio Americano de Cirurgiões relativas a traumatologia e salvamento de emergência e paciente acometido por fibrose cística.Métodos. Breve sinopse envolvendo revisão de literatura aplicável ao emprego das regras ATLS que sirvam como subsídio e embasamento teórico à realização de salvaguarda de pacientes acometidos em situados de emergência.Discussão: apresentação das técnicas ATLS em seus fundamentos procedentes do Colégio Americano de Cirurgiões.Conclusões. Definitivas: constatamos efetivamente a importância e relevância do correto emprego das técnicas de emergência utilizadas para o salvamento de vítimas potencial e gravemente acometidas em situação emergencial com resultados produtivos e efetivos, beneficentes à salvaguarda e incolumidade física do paciente e ao restabelecimento das condições estáveis de sobrevida. REVIEW ON OF ADVANCED TRAUMA LIFE SUPPORT ? ATLS Objective. Provide grants to better understand the correct use of stemming the American College of Surgeons Committee on Trauma of the traumatology and emergency rescue techniques emergencies.Methods. Brief synopsis involving literature review applicable to the employment of ATLS rules that serve as support and theoretical basis of the implementation of safeguarding patients affected situated in an emergency.Discussion. Presentation of techniques in their ATLS coming foundations of the American College of Surgeons.Conclusions. Final: effectively verified the importance and relevance of the correct use of emergency techniques used to rescue potential victims and seriously injured in an emergency situation with productive and effective, charitable safeguarding and physical safety of the patient results and the restoration of stable conditions for survival.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 776

TÍTULO DO TRABALHO: Sarcoma de Retroperitôneo - Relato de caso e Revisão de literatura

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: STEPHANIE HANORAH PHILLIPS; DIOGO MARCELO FURTADO; ELAINE CRISTINA ATAIDE; ILKA DE FATIMA S.FERREIRA BOIN; ACHILES QUEIROZ MONTEIRO DE REZENDE; SIMONE REGES PERALES. UNICAMP, CAMPINAS - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOSarcomas de partes moles sa?o tumores raros, 1-2% de todos os tumores malignos so?lidos. Possuem origem mesenquimal, sendo 10-20% localizados no espac?o retroperitoneal. É comum invadirem estruturas retroperitoneais conti?guas, porém meta?stases linfonodais e a? dista?ncia sa?o infrequ?entes e ocorrem mais em tumores de alto grau, apo?s longo tempo de crescimento do tumor prima?rio.OBJETIVOSO objetivo desse estudo é relatar uma serie de casos, através de um estudo retrospectivo, descritivo e anali?tico de pacientes atendidos no ambulatório de cirurgia do fígado, no HC-Unicamp, com diagnóstico de sarcoma de retroperitôneoMATERIAIS & MÉTODOSFoi realizado um estudo retrospectivo, descritivo e anali?tico com relato de uma série de casos, mediante ana?lise dos dados obtidos dos prontua?rios me?dicos de cinco pacientes atendidos no ambulatório de cirurgia do fígado, no HC-Unicamp, entre 2014-2015, diagnosticados com Sarcoma de retroperitôneo. Os dados coletados dos prontua?rios, incluem os principais sintomas e sinais relatados e evidenciados em anamnese e exame físico, a propedêutica realizada, destaca-se variações no período decorrido entre a suspeita cli?nica, preparo pré operatório, planejamento e técnica cirúrgica e evolução pós operatória e sua morbimortalidade.RESULTADOSForam analisados cinco pacientes, um homem e quatro mulheres, em 100% dos casos havia queixa de dor abdominal. Houve diagnóstico histopatológico pré operatório, em um dos casos, no restante o diagnóstico foi sugerido por exames de imagem, e confirmado pela biopsia no pós operatório, exceto um dos casos o qual apos estudo imunohistoquimico caracterizou-se o tumor como schwannoma de retroperitôneo. A ressecção completa do tumor foi realizada em todos o casos, em três deles foi necessário a inclusão de outros órgãos. Em um caso foi necessário optar-se por controle de danos, com fechamento em um segundo tempo, e houve um óbito no primeiro mês do pós operatorio. Concluindo a dor abdominal foi o sintoma mais comum. O diagnóstico em grande parte dos casos é feito através de exame de imagem, e confirmado no pós operatório pelo estudo anatomopatológico da peça cirúrgica. Na literatura a ressecção em bloco é o tratamento mais frequente, e foi a opção terapêutica em todos os casos. Já a terapia neoadjuvante ainda não possui seu papel estabelecido.

CODIGO DO TRABALHO: 419

TÍTULO DO TRABALHO: SARCOMA DE VAGINA: 11 ANOS DE SOBREVIDA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANDRE LUIS BARBOSA ROMEO; JORGE MOURA COSTA DIAS TAVARES; ANA CELIA DINIZ C. BARBOSA ROMEO; MÁRCIO ANDRADE SILVA FREIRE; ISABELLA FERNANDA SILVA FERREIRA; DANILO BATISTA DE OLIVEIRA ABREU; DANIEL CARDOSO CAVALCANTE GUERRA; DANIELLE FREITAS SERAFIM. HOSPITAL ANA NÉRI, SALVADOR - BA - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Relatar caso de paciente com sarcoma de vagina, apresentando 11 anos de sobrevida.Relato de caso: Paciente de 48 anos, procurou o serviço de saúde com queixa de sangramento vaginal após relação sexual. Negou doenças prévias e antecedentes oncológicos em familiares. Nega uso contínuo de quaisquer medicações. Alérgica a metoclopramida.Ao exame físico foi observada lesão escurecida em fundo vaginal, sendo realizada a biópsia no mesmo momento. A patologia revelou neoplasia maligna de alto grau de histogênese indefinida e a imuno-histoquímica sarcoma de alto grau com padrão de células pequenas (leiomiossarcoma de alto grau?, sarcoma endometrial de alto grau?).O estadiamento pré-operatório através de exames de imagem nada acrescentou ao diagnóstico. Marcadores tumorais CA125 e CEA dentro da normalidade.A paciente foi submetida em 04/11/2005 a colpectomia posterior, salpingectomia bilateral, linfadenectomia pélvica (com a exérese de 32 linfonodos), linfadenectomia lomboaórtica regrada (até a artéria mesentérica inferior, com a exérese de 9 linfonodos) e translocação dos ovários (para possível radioterapia no pós-operatório). Evoluiu com importante drenagem de linfa pelo dreno de Blake e edema acentuado de MMII, principalmente à esquerda, de resolução com medidas clínicas e posturais.A patologia revelou sarcoma residual de células fusiformes microscópico em fundo vaginal com margens livres, outras peças cirúrgicas livres de doença.Foi submetida a radioterapia e a 7 ciclos de quimioterapia no período pós-operatório, hoje após 11 anos encontra-se bem, sem queixas, contudo ainda se observa edema crônico em MIE ++/4.Conclusão: O sarcoma da vagina do adulto é uma neoplasia rara. A cirurgia é o tratamento principal. A radioterapia pós-operatória pode ajudar a melhorar a sobrevida dos pacientes com tumores maiores e de alto grau. O efeito da quimioterapia permanece incerto. O prognóstico pode estar associado ao grau e ao estádio do tumor. A terapia e o prognóstico do sarcoma vaginal requerem estudos mais aprofundados.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 886

TÍTULO DO TRABALHO: Sarcoma retroperitoneal gigante: Relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RACHID GUIMARAES NAGEM1; BEATRIZ DEOTI E SILVA RODRIGUES1; CARLOS DIEGO RIBEIRO CENTELLAS2; LUCAS SILVA COUTO2. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. HOSPITAL DOS SERVIDORES DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoSarcomas são tumores raros, respondendo por 1 a 2% das neoplasias sólidas. Dez a 20% desses tumores estão localizados no espaço retroperitoneal (1,2). O lipossarcoma retroperitoneal (LR) é o sarcoma mais comum do retroperitônio. A TC e a ressonância magnética são os melhores exames de imagem. Apesar de raramente produzirem metástases, esses tumores são localmente agressivos, com uma taxa de recorrência entre 40% e 80%. O tratamento de escolha é a ressecção cirúrgica com margens livres (R0) (3, 4). A radioterapia é usada para controle local. A quimioterapia não aumenta sobrevida. Os principais fatores associados à sobrevida são a radicalidade da ressecção cirúrgica, o grau de diferenciação tumoral e a presença de metástases (5-8). Relato de caso:M.H.N.S., 57 anos, sexo feminino, portadora obesidade classe 3, apresentava quadro de dispepsia, empachamento e alteração do hábito intestinal. Feito propedêutica com US e TC que revelaram massa retroperitoneal compatível com LR. Foi submetida a laparotomia, sendo constatado massa retroperitoneal de grandes dimensões se estendendo da fossa ilíaca direita ao diafragma direito, envolvendo rim e ureter direitos e veia cava superior. Operação tecnicamente difícil, sendo necessária toracofrenolaparotomia direita. Paciente necessitou de volume e drogas vasoativas. Recebeu 1500 mL concentrado de hemácias, 400mL plasma fresco, 1000mL colóide e 7L cristalóide. Encaminhada ao CTI, apresentou boa evolução e recebeu alta no 8º DPO.ConclusãoApesar de oferecerem dificuldades técnicas inerentes ao seu tamanho e localização, a ressecção cirúrgica é o tratamento de escolha para os sarcomas retroperitoniais.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1624

TÍTULO DO TRABALHO: SCHWANNOMA GIGANTE DO NERVO ISQUIÁTICO EM PACIENTE COM NEUROFIBROMATOSE TIPO1: UM RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BÁRBARA C. RODRIGUES DE OLIVEIRA; ANA CAROLINA TAVEIRA ENGLER RAIZ COELHO; AYDER ANSELMO GOMES VIVI; BIANCA ZANFORLIM ZAGO; CAIO HENRIQUE OKUDA DE OLIVEIRA. FAMECA, CATANDUVA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Os Schwannomas - neurinomas ou neurilemomas - são tumores neurogênicos originados das células de Schwann, responsáveis pela mielinização axonal dos nervos. Na maioria das vezes possuem caráter benigno, com crescimento lento e assintomático, acometendo preferencialmente os nervos cranianos1.O relato tem como objetivo documentar um caso de Schwannoma em nervo isquiático, associado à neurofibromatose, visto que esta localização é uma entidade mais rara. Também objetiva-se relatar um procedimento de enucleação extracapsular sem lesões neurológicas pós-operatórias, sendo que enucleação intracapsular apresenta menor risco lesão por iatrogenia2. E.C.M., gênero feminino, 39 anos, raça branca, comerciária. Queixa-se de dor em face posterior da coxa direita, com edema e parestesia a direita. Em seu histórico médico consta neurofibromatose tipo I. Paciente expressa desejo de retirar nódulos em membros superiores, em membro inferior direito, em região submandibular e nódulo infralingual na gengiva. Uma ressonância magnética evidenciou em região posterior da coxa direita um nódulo de aproximadamente 12 cm na raiz do nervo isquiático e um nódulo em região posterior da coxa esquerda de aproximadamente 6 cm na raiz do nervo isquiático. O tratamento de escolha do médico juntamente com a paciente foi a cirurgia, sob anestesia geral, em decúbito dorsal. Não ocorreram danos neurológicos após a cirurgia. O exame imunoistoquímico revela neoplasia de bainha neural periférica. Os aspectos histopatológicos, incluindo a presença de cápsula e o padrão vascular observado, associados à bioexpressão difusa de S100, favorecem o diagnóstico de schwannoma. Rosa DS, Capuzzo RC, Tebcherani AJ, Elias KM, Kanda JL, Pinto FR. Schwanoma de palato duro - relato de caso. Rev Bras Cir Cabeça Pescoço. 2013, mar; 42(1): p. 37-40. SÁ, Ângelo; AZEVEDO, Leandro Nobre; CUNHA, Luísa. Schwannoma of the Upper Extremity: Retrospective Analysis of 17 Cases. Acta Médica Portuguesa, v. 29, n. 9, p. 519-524, 2016.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1346

TÍTULO DO TRABALHO: SCHWANNOMA RETROPERITONEAL GIGANTE: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CÁSSIA MARIA NASCIMBEM; ABNER JORGE JÁCOME BARROZO; CLOVIS AUGUSTO BORGES DO NASCIMENTO; MARIO PAULO FARO JR.. FMABC, SANTO ANDRÉ - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOSchwannoma é um tumor geralmente benigno, de crescimento lento, originário da célula de Schwann. A maioria deles provém de nervos cranianos ou nervos das extremidades superiores. Geralmente são tumores solitários, de crescimento lento e predominantemente ocorrem nas mulheres. Schwannomas retroperitoniais gigantes são raros e cursam com sintomas inespecíficos. RELATO DE CASOPaciente jovem, 23 anos, sexo feminino, sem comorbidades ou doenças prévias. Queixava-se de dor abdominal há 6 meses em região de flanco esquerdo, com irradiação para região dorsal, associado a náuseas, vômitos. Ao exame abdominal identificado grande massa que estendia-se de flanco esquerdo até hipogástrio, móvel e dolorosa. Durante investigação com ultrassom, tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RM) foi constatado uma massa retroperitonial de grande volume que estende-se de hipogástrio até fossa ilíaca esquerda. O anatomopatológico da biópsia guiada por ultrassom revelou Schwannoma, e o perfil imunohistoquimico positivo para proteína S-100 e Vimentina, confirmando o anatomopatologico. Realizado laparotomia exploradora e identificado volumosa massa retroperitoneal de 14x11x6 cm, de superfície lisa, acastanhada, elástica, em íntimo contato vasos ilíacos esquerdo, aderida em mesocólon descendente e sigmóide. Ressecção completa da lesão sem sinais de invasão ou necessidade de ressecção de órgãos adjacentes. Análise patológica e imunohistoquimica confirmou tratar-se de um Schwannoma benigno. Paciente em seguimento por 36 meses, com remissão total dos sintomas e sem sinais de recidiva pelos controles tomográficos. CONCLUSÃOOs Schwannomas retroperitoneais são raros e compreendem 0,7% a 2,6% de todos os Schwannomas. Apenas 1% é encontrado no retroperitônio, que corresponde 0,5% a 1,2% dos tumores retroperitoneais. O diâmetro médio dos Schwannomas geralmente não excede 5 a 6 cm, sendo os maiores denominados de gigantes. Na literatura nacional foram identificados poucos casos semelhantes ao nosso relato de Schwannoma gigante retroperitoneal. O diagnóstico pré-operatório é muitas vezes difícil, devido ao quadro clínico e achados de TC e RM serem de características inespecíficas. Portanto, deve-se realizar o diagnóstico diferencial de maneira cuidadosa. Devido a isso, ressaltamos a importância do diagnóstico pré-operatório para melhor planejamento multidisciplinar no manejo cirúrgico.

CODIGO DO TRABALHO: 1371

TÍTULO DO TRABALHO: SCHWANNOMA RETROPERITONEAL: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BRUNO AMANTINI MESSIAS1; JULIANA BARREIRO DE SOUSA2; CASSIA PRADO2; FERNANDA BOARIN PACE2; LEDA BARUQUE DIOGO2; POLLYANA ARDAVICIUS E SILVA1; CAROLINA NOGUEIRA FERRAZ TREMONTE1; PAULA DE JULIO MATHEUS3. 1. HOSPITAL GERAL DE CARAPICUIBA, CARAPICUIBA - SP - BRASIL; 2. CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 3. HOSPITAL GERAL DE CARAPICUIBA, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Os tumores das células de schwann, conhecidos como schwannomas ou neurilemomas, apresentam quase sempre caráter benigno e podem localizar-se em qualquer porção do trajeto dos nervos autônomos e periféricos. A manifestação desses tumores em região retroperitoneal é rara, correspondendo a apenas 0,5 a 5% da totalidadedos schwannomas. Neoplasias retroperitoneais de outras etiologias apresentam frequentemente altas taxas de malignidade, razão pela qual, tumores nessa topografia demandam diagnóstico diferencial e intervenções terapêuticas precoces. Objetivo: Relatar caso de schwannoma retroperitoneal em um hospital secundário da grande São Paulo. Relato de Caso: Paciente MJST, sexo feminino, 61 anos, procurou o serviço com história de dor abdominal do tipo cólica há um ano, acompanhada de obstipação, poliúria e disúria. Ao exame físico foi constatada massa abdominal móvel e dolorosa à palpação em região mesogástrica. À ressonância magnética observou-se formação expansiva sólido-cística, realçada por contraste endovenoso, em projeção intracavitária na região retroperitoneal, ao nível do mesogástrio à esquerda. Foi realizada laparotomia mediana supra-umbilicalpara ressecção completa da massa, que se encontrava aderida à parede anterior da artéria aorta e ao ureter esquerdo. O produto de ressecção foi enviado para análise anatomopatológica, sendo constatado schwannoma tipo B de Antoni com baixo índice de proliferação celular, originário de nervo da coluna torácica, de dimensões 8,0x7,5x6,0cm. Após três dias de recuperação pós-operatória a paciente, que não evoluiu com alterações neurológicas, recebeu alta hospitalar, e foi encaminhada para acompanhamento ambulatorial no serviço. Conclusão: Embora raro, é importante considerar o schwannoma como um dos diagnósticos diferenciais de massas retroperitoneais, devido à presença de raízes nervosas na região. O quadro clínico dos schwannomas benignos é usualmente inespecífico e pode variar de acordo com a localização e o tamanho do tumor, o que dificulta o diagnóstico pré-operatório. Ademais, tratando-se de uma afecção frequentemente benigna,a ressecção cirúrgica é geralmente o tratamento proposto e tem como objetivo a cura do paciente.

CODIGO DO TRABALHO: 3047

TÍTULO DO TRABALHO: SINAIS RADIOLÓGICOS DE PNEUMOPERITÔNIO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FERNANDO HENRIQUE FURTADO COUTINHO; MARIO LUIZ QUINTAS; ALEXANDRE AUGUSTO PINTO CARDOSO; CAROLINA DE SOUZA RIBEIRO VITORASSO; THAIGO PAULO TEIXEIRA DOS SANTOS; CARLOS HENRIQUE MAIA FEITOSA; MICHELLE LOUISE RODRIGUES BARBOSA DA SILVA; IZABEL CRISTINA MONASTERIO GUERRA. HOSPITAL ESTADUAL VILA ALPINA - SECONCI/OSS, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O pneumoperitônio pode ser causado por condições cirúrgicas e não cirúrgicas (abdominais, torácicas e ginecológicas). Os sinais radiológicos podem ser constatados em radiografias simples de abdome efetuadas em decúbito dorsal, com raios verticais e horizontais, posição ortostática e decúbito lateral esquerdo com raios horizontais. O diagnóstico radiológico do pneumoperitônio é um grande desafio para médico, principalmente quando este se evidencia de maneira divergentes do sinal de gás abaixo das hemicúpulas diafragmáticas no quadrante superior direito do abdome. Outros sinais como, o sinal do ligamento falciforme (gás que delineia o ligamento falciforme), o sinal de futebol (gás que delineia a cavidade peritoneal), o sinal ´´V´´ invertido (gás que delineia as dobras umbilicais medianas) e o sinal de Rigler são muitas das vezes erroneamente não interpretados.Relato de Caso: Paciente, 50 anos, masculino, comparece ao pronto socorro com relato de dor abdominal há 1 dia de forte intensidade em topografia de epigástrio, associado a dispepsia e náuseas sem vômitos, e sem alterações intestinais. Paciente etilista social e tabagista (2 maços/dia). Nega outras comorbidades ou cirurgias. Ao exame físico apresentava-se em regular estado geral, abdome distendido, ruído hidroaéreos diminuídos, hipertimpânico, doloroso difusamente a palpação, principalmente em andar superior, sem descompressão brusca dolorosa. Realizado radiografia de abdome em 3 incidências que não evidenciava sinais de pneumoperitônio. Mantido em observação clínica, submetido a exames laboratoriais, porém o paciente evoluiu com piora da dor mesmo após uso de analgésicos. Submetido a nova radiografia de controle que evidenciou espessamento da parede intestinal, compatível com sinal de Rigler, sendo indicado laparotomia exploradora por suspeita de abdome agudo perfurativo. No intra-operatório foi identificado uma úlcera perfurada em 1ª porção duodenal na parede anterior corrigida por rafia. O paciente evoluiu satisfatoriamente, recebendo alta no 7° dia de pós-operatório.Conclusão: Desta forma concluímos que o conhecimento dos sinais radiológicos compatíveis com pneumoperitônio, é de suma importância para um diagnóstico precoce, muitas vezes se utilizando de um exame simples de radiografia, o que pode acarretar numa abordagem precoce minimizando a morbidade e mortalidade destes pacientes.

CODIGO DO TRABALHO: 1957

TÍTULO DO TRABALHO: Síndrome de Fournier, experiência no serviço de urgência da região Amazônica

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: REBECA ANTUNES DE OLIVEIRA1; VALTER MAGALHÃES DE SOUZA FILHO2; JOSÉ EDSON PUERARI BENEVIDES3; JOÃO ANTONIO VERONESE LEME2; THIAGO PATTA DA SILVA1. 1. INSTITUTO VIGOR, PORTO VELHO - RO - BRASIL; 2. FACULDADE DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE CACOAL, CACOAL - RO - BRASIL; 3. HOSPITAL REGIONAL DE CACOAL, CACOAL - RO - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoA gangrena de Fournier (GF) é uma infecção polimicrobiana, causada por bactérias. Possuí altos índices de mortalidade, com em início agudo e evolução fulminante para sepse e falência múltipla dos órgãos e o esquema antibiótico de amplo espectro mais desbridamento extenso da lesão mostraram ser o tratamento mais eficiente. A GF é uma infecção polimicrobiana, causada por bactérias, destrutiva e rapidamente progressiva do tecido subcutâneo e fáscia superficial, caracterizando, uma fasciíte necrosante que acomete principalmente as regiões perineal, perianal e genital devido à má higienização desta região e/ou pela escassez de acesso a circulação de ar. Tem início agudo e evolução fulminante para sepse e falência múltipla dos órgãos. Pode ser idiopática, ou estar relacionada com fatores de risco como: trauma mecânico, procedimentos cirúrgicos, pacientes imunossuprimidos, infecções urinárias ou perianais, diabetes mellitus, entre outras.Relato de CasoPaciente J.D.,masculino, morador de Rolim de Moura-RO,37 anos, acamado de longa data por lesão medular em L1, pré-diabético e com escaras que evoluíram para fistulas. Deu entrada no pronto socorro com quadro de GF, apresentando alterações no hemograma com hemoglobina de 8,9g/dL, hematócrito 27,3%, e 17.300 leucócitos. O tratamento de escolha foi manejo cirúrgico com antibióticoterapia de amplo espectro. Após incisão paramediana à esquerda foi realizado a sigmoidostomia em alça, o desbridamento radical da lesão (extensa região de necrose em região isquiática bilateral/hemibolsa escrotal à direita até o ísquio direito) até o tecido sadio. Paciente evoluiu bem e 2 meses depois foi realizado reconstrução intestinal.ConclusãoA GF é caracterizada por uma endarterite obliterante, seguido de isquemia e trombose de vasos subcutâneos, causando necrose da pele e tecido celular subcutâneo adjacente, mesmo antes da evidência de eritema, crepitação e formação de bolhas, portanto, seu diagnóstico precoce associado ao tratamento agressivo é essencial para a redução da mortalidade desses pacientes.

CODIGO DO TRABALHO: 391

TÍTULO DO TRABALHO: Síndrome de Gorlin-Goltz: Relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: KARLOS JENNYSSON SOUSA SOARES1; ANTONIO ROBSON GOMES XIMENES2; THAÍSA DE SOUZA LIMA3; DIEGO DE ARAGÃO BEZERRA2; JOÃO VICTOR LEITÃO MELO2. 1. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL/UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, SOBRAL - CE - BRASIL; 2. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL, SOBRAL - CE - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ-UFC, SOBRAL - CE - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A síndrome de Gorlin-Goltz, também conhecida por síndrome de Gorlin, síndrome do nevo basocelular ou síndrome do carcinoma nevoide de células basais, é uma desordem rara, hereditária, autossômica dominante, de alta penetrância e expressividade variável, causada por mutações no Patched, gene supressor de tumor, localizado no cromossomo 9 (q22.3-q31), que funciona como via de sinalização de Hedgehog, controlando o desenvolvimento e crescimento dos tecidos normais. Relato de Caso: Paciente, 44 anos, do sexo masculino, branco, natural e procedente de Cruz ? Ceará, agricultor, encaminhado ao ambulatório de cirurgia oncológica da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, com queixa de múltiplas lesões tumorais difusas pelo corpo, de surgimento desde a infância, com crescimento progressivo ao longo do tempo. Relatava duas cirurgias prévias, há cerca de um ano, para exérese de lesões em região de mento. Relatava ainda não fazer uso de protetor solar e estar exposto à radiação solar diariamente. Afirmava história familiar positiva, com pai com lesões semelhantes, porém nunca tratadas, e negava outras comorbidades, assim como tabagismo. Ao exame dermatológico, apresentava lesões tumorais em face, tronco e membros superiores, algumas ulceradas e sugestivas de Carcinoma Basocelular (CBC). Apresentava também hipertelorismo moderado, testa alta e larga, saliência frontal e parietal e fototipo II. Ausência de déficit cognitivo ou alterações neurológicas. Durante investigação foi realizado biópsia de algumas lesões tumorais, com laudo histopatológico compatível com CBC. Com os achados clínicos, da anamnese e do histopatológico concluiu-se tratar da síndrome de Gorlin-Goltz. Paciente foi internado e submetido à nova exérese das lesões. Conclusão: O diagnóstico e a terapêutica da síndrome de Gorlin-Goltz devem ser feitos com abordagem multidisciplinar, devido ao comprometimento de vários órgãos. O aconselhamento genético e o rastreio de familiares são essenciais. O diagnóstico precoce deve ser realizado para que terapias menos agressivas sejam adotadas. É necessária a conscientização desses doentes sobre sua extrema sensibilidade à radiação ionizante, com potencial para desenvolver neoplasias múltiplas, principalmente CBCs e meningiomas.

CODIGO DO TRABALHO: 593

TÍTULO DO TRABALHO: SÍNDROME DE MAYER-ROKITANSKY-KUSTER-HAUSER (MRKH) ASSOCIADA A TERATOMA MADURO UNILATERAL

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOÃO PAULO NUNES BRANDÃO; ANDRE LUIS BARBOSA ROMEO; JÉSSICA SANTANA PORTO; JÉSSICA PALMA SOARES; ÁVIO MOTA BRASIL NETO; RAIMUNDO NONATO BENEVIDES CARDOSO; IGOR LOBÃO FERRAZ; PEDRO BOTELHO DE ALENCAR FERREIRA CRUZ. HOSPITAL ANA NERY, SALVADOR - BA - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Relato de raro caso de paciente apresentando síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser e teratoma unilateral ovariano concomitante relatando um gêmeo monozigoto saudável, o que vai de encontro às hipóteses sobre a etiologia da síndrome. Relato de caso: Paciente de 20 anos sem comorbidades é atendida no serviço ambulatorial da unidade com queixa de amenorreia e dor abdominal crônica em hipogástrio. Nega relação sexual prévia, exame físico sem alterações. Testes laboratoriais evidenciaram CEA 0,9 ng/mL e CA125 II 19,1 U/mL. À ultrassonografia com dopplerfluxometria colorida o útero e ovário esquerdo não foram visualizados. Em região anexial direita foi notada imagem cística de conteúdo anecoico de bordas regulares medindo 11x8,5x6,2cm e volume 301,4cm³, no seu interior vegetação sólida com calcificação medindo 3,4x1,6cm. A RNM de abdômen confirmou a agenesia uterina e vagina não visualizada sugerindo síndrome de MRKH. Foi relatado cisto em ovário direito com características compatíveis com teratoma maduro. Paciente foi submetida à ooforoplastia direita por videolaparoscopia sendo achado cisto de 10 cm em seu maior diâmetro. Além disso, anexos à esquerda não foram identificados, sendo visualizado tecido de formação indefinida, +/- 4 cm de comprimento, de localização e coloração sugerindo tecido uterino. Conclusão: Vários casos mostrando associação de síndrome de MRKH e neoplasias malignas foram reportados em literatura, porém a ocorrência de teratoma em pacientes com agenesia Mulleriana foi descrita apenas uma vez. A paciente também possui um gêmeo monozigoto sem anormalidades. Esse fato vai contra a recente hipótese genética sobre a agenesia Mulleriana como fator responsável pelo surgimento da síndrome, com isto fazendo ressurgir hipóteses que sugerem o envolvimento de fatores ambientais como Diabetes Mellitus ou uso de talidomida durante a gravidez causando a síndrome de MRKH.

CODIGO DO TRABALHO: 2915

TÍTULO DO TRABALHO: SINTOMAS ALÉRGICOS E TESTES CUTÂNEOS DE HIPERSENSIBILIDADE IMEDIATA EM PACIENTES COM CÂNCER

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CLARA ANTUNES FERREIRA1; BRUNO GUSTAVO MUZZI CARVALHO E CARNEIRO1; ANDY PETROIANU1; ISABELA SOARES FONSECA BATISTA1; GUSTAVO GOMES GRATEKI2; LUIZ RONALDO ALBERTI1; VIVIAN RESENDE1. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA DE BARBACENA, BARBACENA - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O câncer é a segunda causa de morte no Brasil, sendo necessário investigações sobre a doença, incluindo o papel do sistema imunitário. Vários estudos sugeriram associação inversa entre alergia e câncer, outros não encontraram relação entre essas entidades e alguns autores mostraram aumento do risco de câncer em pacientes alérgicos. Os achados conflitantes em estudos prévios são devidos, em parte, ao método utilizado. Cabe ressaltar que a maioria das pesquisas foi realizada em outros países. OBJETIVOS: Verificar se existe relação entre alguns tipos de câncer e alergia; investigar se há diferença, entre indivíduos com câncer e sem câncer em relação a alergia. MÉTODOS: Estudo caso-controle realizado no Hospital Alberto Cavalcanti da rede FHEMIG. Foram incluídos pacientes maiores de 18 anos de ambos os sexos com diagnóstico de câncer, comparados com indivíduos sadios, pareados por sexo e idade. Realizou-se anamnese visando a história de alergia, hábitos de vida, doenças associadas e uso de medicamentos. O teste percutâneo de alergia foi realizado em cada grupo para detecção de hiper-reatividade alérgica a antígenos inaláveis, bacteriano e alimentares habituais em nosso meio. Foi realizada também a dosagem sérica de eosinófilos. RESULTADOS: Ambos os grupos foram pareados quanto às variáveis de interesse e ajustaram-se eventuais desvios, por análise multivariada. Relato de alergia ocorreu em 30% dos pacientes no Grupo com câncer e em 53% no Grupo controle (pCONCLUSÃO: Pessoas com câncer apresentaram menos sintomas da alergia do que a população em geral; no entanto, os testes cutâneos para alergia foram mais frequentemente positivos em pessoas com câncer.

CODIGO DO TRABALHO: 2414

TÍTULO DO TRABALHO: Solução para tratamento de Fasciíte necrotizante em Hospital com poucos recursos: relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: HELOIZA ARRAIS BANDEIRA TAVARES LEITE1; GABRIEL BROM ANDRADE2; ANNA CLARA BARROS REGATIERI3; EUDES CARVALHO ASSIS FILHO3; FERNANDA CRISTINA SOUSA SILVA3; LUZIA ANGELINA DE SOUZA3. 1. HRG, BRASÍLIA - DF - BRASIL; 2. HRG, BRASILIA - DF - BRASIL; 3. FACIPLAC, BRASILIA - DF - BRASIL.

RESUMO:
Introdução:é incomum,elevada gravidade, progressão rápida e letalidade 45% na presença de F.R.Ampla área de necrose e celulite das fáscias superficial e profunda e do subcutâneo, podendo atingir a musculatura e o peritônio. A infecção dissemina-se para a fáscia profunda; A maioria , trata-se de infecção polimicrobiana.Evolução rápida para toxemia e extrema prostração. Preconiza-se a exploração cirúrgica emergencial. Concomitante ao tratamento cirúrgico, a antibioticoterapia coadjuvantes. Após a cirurgia, iniciará um complexo processo de cicatrização; podendo ser influenciado por diversos fatores que se subdividem em sistêmicos e locais. O estudo descreve um paciente com lesão traumática, após acidente motociclístico, e em seguimento para resolução da ferida após o desbridamento cirúrgico..Relato de caso: W.S.S, 39 anos, masculino, vítima de acidente procurou o HRG após 12 dias do trauma com dor e saída contínua de secreção fétida pela ferida.Quadro febril taquicardia e hipotensao, extensa área de necrose em coxa direita e glúteo direito, bem como grande área de flutuação.Leucograma 25.800 desvio à esquerda. Imediatamente foi submetido à drenagem de 1600mL de secreção purulenta. Antibioticoterapia rigorosa com meropenem e vancomicina e utilizou-se esponja estéril de degermação, além de sucções intermitentes e cobertura com várias proteções, entre aquacel e alginato. Evoluiu com melhora significativa do quadro clínico, da ferida operatória e normalização do leucograma enquanto aguarda cirurgia reconstrutora.Conclusão. É rapidamente progressiva que determina extensa necrose tecidual local, quadro séptico grave, responsável pela elevada mortalidade, resulta em alta morbidade pela perda tecidual. A terapêutica mais utilizada é a cobertura da ferida com gaze úmida. Recentemente,o uso do curativo a vácuo para períneo e membros inferiores. Estudos sugerem que o curativo a vácuo acelera e potencializa a cicatrização da ferida, visto que, favorece a remoção de exsudato e a estabilização do meio. Com custo aproximadamente sete vezes maior, estando indisponível no serviço público de saúde. No estudo foram utilizados sucções intermitentes dos locais secretivos, limpeza rigorosa com esponja estéril de degermação e colocação de curativo de aquacel que é super absorvente, mantendo o desbridamento autolítico;alginato de cálcio, que auxilia no desbridamento e têm alta capacidade de absorção e induz a hemostasia. Por meio desta conseguiu-se alcançar um resultado favorável.

CODIGO DO TRABALHO: 403

TÍTULO DO TRABALHO: TRANSFORMAÇÃO MALIGNA DE ENDOMETRIOSE DE PAREDE ABDOMINAL EM CARCINOMA DE CELULAS CLARAS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MÁRCIO MENEZES DE OLIVEIRA; JOAO KLEBER DE ALMEIDA GENTILE; RENATO MIGLIORE; FÁBIO JORGE NEUBANER KISTENMAKER; RODRIGO BISCUOLA GARCIA; FANG CHIA BIN; PEDRO MARCOS SANTINHO BUENO DE SOUZA; JOSE CESAR ASSEF. HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOEndometriose é definida pela presença de estroma e glândulas de endométrio fora da cavidade uterina. Acomete cerca de 15-40% das mulheres em idade fértil, sendo o local mais comum a cavidade abdominal especificamente na pelve e raramente sítios extrapélvicos.1,2 A endometriose de parede abdominal representa 0,4-2% dos casos, sendo a cicatriz umbilical e cicatriz de incisões abdominais prévias, especialmente em cicatriz de cesarianas, laparoscopias e apendicectomias as mais frequentes. O tempo médio de diagnósticos médio foi de 6 a 20 anos após a cirurgia inicial, e a associação com endometriose pélvica varia de 14,3-26% dos casos.2 O endometrioma é diagnosticado no pré-operatório apenas em 20-50% dos casos, sendo a queixa típica mais frequente a dor menstrual cíclica. A transformação maligna de um endometrioma de parede abdominal é um evento extremamente raro, sendo a excisão local com margens cirúrgicas o único tratamento eficaz. Aqui relatamos um caso de endometrioma de parede abdominal que evoluiu para um carcinoma de células claras de parede abdominal com metástases para o sistema linfático.RELATO DE CASOMulher de 42 anos, G1P1A0, com história de cesariana há 7 anos e ressecção de foco de endometriose de cicatriz de cessaria há 2 anos em outro serviço recebendo o diagnostico histopatológico de endometriose de parede abdominal. Evoluiu com aumento progressivo da região previamente ressecada há 8 meses com presença de massa abaulando a parede abdominal anterior a direita com dor local cíclica. Negava sintomas geniturinários ou gastrointestinais no período da investigação, assim como presença de linfonodos ou sintomas sistêmicos. Ao exame físico notava-se uma massa solida de aproximadamente 10cm x 6 cm em parede anterior do abdome margeando inferiormente o púbis se estendendo até a cicatriz umbilical e lateralmente até a borda superior da crista ilíaca. No momento do exame físico não se notava aumento de linfonodos na região inguinal.CONCLUSÃOA transformação maligna de um foco de endometrioses na parede abdominal é uma complicação rara e ainda mal compreendida. A evidencia de comprometimento linfonodal e um sinal importante de doença avançada. As evidências atuais demonstram que a ressecção cirúrgica agressiva com margem de segurança ainda e o tratamento mais eficaz contribuindo para o aumento da sobrevida a longo prazo.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1972

TÍTULO DO TRABALHO: TRANSFORMAÇÃO NODULAR ANGIOMATÓIDE ESCLEROSANTE DO BAÇO (Sclerosing angiomatoid nodular transformation of the spleen - SANT)

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GLÓRIA SULCZINSKI LAZZARETTI. UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL - ULBRA, CANOAS - RS - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOSANT é uma lesão vascular da polpa vermelha do baço, benigna, de patogênese a esclarecer. Foi descrita em 2004 por Matel M., em um estudo com 25 pacientes, como uma massa de nódulos vermelho-acastanhados, definidas como lesões vasculares, embutidas em um estroma fibroso denso. Na microscopia, apresentam numerosos glóbulos vermelhos e células inflamatórias dispersas com ausência de necrose. Essas lesões são consideradas raras e são achados, principalmente, incidentais em estudos radiológicos.APRESENTAÇÃO DO CASOPaciente masculino, 32 anos, divorciado, motorista. Hipertenso, relatou tonturas e cefaleia e, por essa razão, consultou. Foram solicitados exames, entre os quais a ecografia que mostrou baço de 16 cm e um nódulo isoecoíco de 6,4cm. A tomografia que demonstrou aumento do volume esplênico (1.530 cm^3, normal até 480 cm^3), e dois nódulos: 7,5x6,7cm e 7,5x6cm.Nos exames laboratoriais: hemograma e plaquetas normais, as alterações de laboratoriais de rotina eram meramente aumento de triglicerídeos, AST, ALT, GGT. Tanto na ecografia quanto na tomografia percebeu-se esteatose.A hemossedimentação foi 55 (primeira hora) e 100 (segunda hora), HbsAg, anti-HCV, anti-HIV foram negativos. A ressonância magnética sugeriu diagnóstico de SANT, com lesões nos dois nódulos encontrados.Foi optado por uma cirurgia convencional por não se ter certeza de benignidade do processo e pelo aumento do volume esplênico ? característico da doença. Após laparotomia mediana, percebeu-se reação inflamatória peri-esplênica e baço bastante aumentado de volume. Foi realizada esplenectomia sem intercorrências. A recuperação pós-operatória transcorreu sem intercorrências.CONCLUSÃOO reconhecimento desta nova patologia ? SANT - é de fundamental importância, visto que entre seus diagnósticos diferenciais estão a transformação nodular da polpa vermelha esplênica em resposta a carcinoma metastático, angioma de célula litoral, hemangioendotelioma, tumor miofibroblástico inflamatório e hamartoma esplênico, que têm tratamentos e prognósticos diversos. A SANT, entretanto, tem se mostrado como um processo benigno e a esplenectomia tem sido curativa em todos os casos relatados. No caso em questão, a esplenectomia foi curativa.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2071

TÍTULO DO TRABALHO: TRAQUEOSTOMIA: VANTAGENS EM RELAÇÃO À INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JADER TAVARES DE MENDONÇA FILHO1; ANDRÉ LUIZ SANTOS DE MORAES2; MATHEUS OLIVEIRA FERREIRA2; RURICK CHUMACERO VANDERLEI2; JOÃO FELIPE DA LUZ NETO2; GUSTAVO JOSÉ CARVALHO DE OLIVEIRA2; ISABELLE MARIA DE OLIVEIRA GOMES2; LORENNA DE SOUSA FONTENELE2. 1. FAMENE, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Expor as vantagens da traqueostomia em relação a intubação orotraqueal. Métodos: Trabalho de abordagem qualitativa, do tipo documental e aspecto descritivo, baseado na análise de artigos obtidos através da base de dados virtuais Scielo, a respeito das vantagens da traqueostomia sobre a intibação orotraqueal em pacientes críticos. Resultados e Discussão: A intubação orotraqueal (IOT) deve ser indicada quando o paciente não tiver necessitando de um suporte de ventilação por um longo período de tempo. Entre as principais vantagens que a traqueostomia possui em ralação a IOT, estão: a comodidade para o paciente, a facilidade para a remoção de secreções da árvore brônquica, a maior duração no paciente, maior segurança em possível aspiração ou engasgo e a facilidade quando for necessário a retirada dos aparelhos que garantem a respiração mecânica. Nos casos de emergência, como em edemas de glote, ela pode salvar vidas se feita corretamente e no momento certo. Pode ser usada por um período de tempo indefinido, podendo apresentar complicações imediatas como sangramentos, pneumotórax, além de riscos precoces e tardios. Conclusão: Mesmo que seja a escolha de segurança em casos de intubação prolongada e de outros riscos trazidos pela intubação orotraqueal, a traqueostomia, ainda que relacionada a sua morbidade, garante possibilidades de qualidade de vida para o paciente, principalmente se o tratamento for realizado com o elo entre o cuidado médico e o apoio familiar. Bibliografia: SILVA, Thiago Barbosa da. Traqueostomia em pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva de hospitais públicos do Distrito Federal: prevalência, indicações, tempo para realização do procedimento e técnica. 2014.; CORREIA, Isabel Araújo Marques et al. Impact of early elective tracheotomy in critically ill patients. Brazilian journal of otorhinolaryngology, v. 80, n. 5, p. 428-434, 2014.; IBRAHIM, Soraia Genebra et al. Use of a noninvasive ventilation device following tracheotomy: an alternative to facilitate ICU discharge?. Revista Brasileira de terapia intensiva, v. 24, n. 2, p. 167-172, 2012; ALCALDE, Luís Fernando Azambuja et al. Intubação submento-orotraqueal-Estudo retrospectivo de 02 anos. Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial, v. 15, n. 4, p. 25-30, 2015.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2311

TÍTULO DO TRABALHO: TRATAMENTO LAPAROSCÓPICO NA OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR MIGRAÇÃO DE BALÃO INTRAGÁSTRICO - RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCUS FLAVIO CARVALHO E CARVALHO. UFJF/GV, GOVERNADOR VALADARES - MG - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: relatar o caso de um paciente com obstrução de íleo-terminal por migração de prótese de balão intragástrico, assim como seu tratamento clínico/cirúrgico. Método: as informações foram obtidas por meio de revisão do prontuário, entrevista com o paciente, registro fotográficos dos métodos diagnósticos e terapêuticos aos quais o paciente foi submetido e revisão da literatura. Considerações finais: o caso relatado e as publicações levantadas mostram que o uso do balão intragástrico na terapia de redução de peso, apesar de apresentar riscos menores que as alternativas cirúrgicas, não estão isentas de complicações principalmente quando não consideradas as orientações e contra-indicações dos fabricantes. Quando precocemente identificado um caso de obstrução gastrointestinal, a terapêutica laparoscópica mostrou-se muito eficaz para tratamento e o retorno precoce do paciente ás suas atividades normais.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1292

TÍTULO DO TRABALHO: Tricobezoar recidivado com resolução cirúrgica: um relato de caso.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PATRICIA MARISTELLA DOS REIS MARIA1; IVAN MURAD2; FERNANDO DE SOUZA2; RAFAEL FAVERSANI DE ARAUJO3; TIAGO FRANCISCO MELEIRO ZUBIOLO4; GUILHERME AUGUSTO POLAQUINI3; RAFAEL UTIMURA SUETA5. 1. MÉDICA RESIDENTE EM CIRURGIA GERAL DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ, MARINGÁ - PR - BRASIL; 2. PROFESSOR ADJUNTO DO DEPARTAMENTO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ, MARINGÁ - PR - BRASIL; 3. MÉDICO RESIDENTE EM CIRURGIA GERAL DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ, MARINGÁ - PR - BRASIL; 4. MÉDICO RESIDENTE EM CIRURGIA GERAL DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ´, MARINGÁ - PR - BRASIL; 5. MÉDICO RESIDENTE EM CIRURGIA GERAL DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ, MARINGA - PR - BRASIL.

RESUMO:
Bezoar é a impactação de material estranho no interior do trato digestivo, originado a partir da ingestão e aglutinação de diversas substâncias, incluindo cabelos, fibras vegetais e outros, sendo o primeiro caso relatado por Baudamant em 1779. Os tricobezoares, produtos da ingestão de pelos e cabelos, raramente ocasionam obstrução intestinal. A remoção endoscópica ou cirúrgica de bezoares depende do tamanho e da composição dos mesmos. O tricobezoar gástrico é de difícil remoção endoscópica, em geral, logo a maioria dos casos relatados são resolvidos cirurgicamente. O objetivo deste trabalho é descrever um caso recidivado de tricobezoar com localização e quadro clínico distintos, com resolução cirúrgica, porém, em ambas as situações. Na ocasião, se apresentara ao pronto-socorro de nosso serviço uma adolescente de 19 anos com dor epigástrica há um ano, associada a náuseas e vômitos. A paciente possuía história prévia de laparotomia por abdome agudo obstrutivo aos 6 anos de idade, cuja etiologia era tricobezoar. Diagnosticada pela endoscopia com imagem compatível com tricobezoar, foi submetida a gastrotomia anterior com retirada de uma massa sólida de cabelos e espumas, a qual moldava todo o estômago, desde o fundo até o piloro. Após a alta, a paciente foi encaminhada ao serviço de psiquiatria para o tratamento da tricotilomania. É notável que casos em que um tricobezoar cause obstrução sempre devem ser associados a comportamento maníaco, que deve ser tratado e observado. A não atenção para o perfil do paciente de bezoar incorre no risco de uma recidiva do quadro, e submissão do paciente a um novo ato operatório, como observado em nossa narração. Terrones, Juan Vidal Rodríguez, and Jorge Luis Fernández Mogollón. "Tricobezoar gástrico en mujer adolescente: reporte de caso." Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo 6.1 (2013): 50-52. Williams, Randolph S. "The fascinating history of bezoars." The Medical journal of Australia 145.11-12 (1985): 613-614. Do Sameiro Barroso, Maria. "THE BEZOAR STONE: A PRINCELY ANTIDOTE, THE TÁVORA SEQUEIRA PINTO COLLECTION--OPORTO." Acta Medico-Historica Adriatica 12.1 (2014).

CODIGO DO TRABALHO: 1908

TÍTULO DO TRABALHO: Tuberculose hepato-esplênica isolada ? Uma rara entidade e diagnóstico diferencial de doenças linfo-proliferativas

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JULIANA MACEDO GUEDES CONCEIÇÃO; RAFAEL MASSAO DA SILVA NAGATO; JOÃO PEDRO ESTIMA DE SOUZA. HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:
Introdução:A tuberculose (TB) é doença infecciosa que afeta principalmente os pulmões. A maioria das formas extrapulmonares é secundária a TB miliar (ou disseminada) e associada à imunodeficiência. TB hepato-esplênica isolada em paciente imunocompetente é muito rara. Os achados inespecíficos geram confusão diagnóstica, simulando outras patologias.Descrevemos o caso de uma paciente submetida a esplenectomia por suspeita de linfoma, com laudo histopatológico de tuberculose hepato-esplência isolada.Relato de caso:CPS, 51 anos, feminino, HAS, depressão e etilista. Bypass gástrico prévio por obesidade. Nega passado de TB.Evolução de dois anos de dor abdominal superior e astenia. Submetida a colecistectomia por colelitíase. No intra-operatorio, foram achadas e biopsiadas pequenas lesões hepáticas circunferencias, esbranquiçadas e difusas, cujo resultado foi inespecífico. Investigação posterior evidenciou fígado sem alterações e baço com imagens nodulares hipodensas e hipocontrastantes, de natureza inespecífica, podendo corresponder a processo linfo-proliferativo. Encaminhada à hematologia, que indicou esplenectomia, sob suspeita de linfoma.Esplenectomia e nova biópsia hepática com laudo histopatológico de TB hepato-esplênica, além de 6 linfonodos do hilo esplênico acometidos pela doença. Investigação pós-operatória sem acometimento de outros órgãos.A paciente foi encaminhada para infectologia, dando inicio ao tratamento para TB, com melhora dos sintomas.Discussão:A TB é a doença infecciosa que mais mata no mundo, superando mortes causadas por HIV e malária juntos. Dados da OMS apontam o Brasil como um dos 22 países que concentram 80% da carga mundial de TB, ocupando a 16ª posição em número absoluto de casos. Apesar de ser doença infecciosa crônica multissistêmica, ela afeta majoritariamente os pulmões (85%). O acometimento extrapulmonar, incomum, faz parte da doença disseminada, e associa-se à condições de imunodeficiência, como HIV, doença renal, diabetes e uso de drogas imunossupressoras.A TB hepato-esplênica isolada em paciente imunocompetente é ocorrência rara, que requer alto grau de suspeição. Achados clínicos e radiológicos inespecíficos podem simular lesões linfoproliferativas, metástases ou abscessos, gerando confusão e atraso diagnóstico. O desfecho frequentemente só se dá com resultado histopatológico após intervenção cirúrgica. Porém, diante da alta prevalência da TB no país, sua suspeição em casos como este sempre se faz necessária.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2105

TÍTULO DO TRABALHO: TUMOR DE CÉLULAS DA GRANULOSA: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ARTUR SERRA NETO1; ADRIANA CARNEIRO CORRÊA NASCIMENTO2; MICHELLY SAMPAIO BONATES DURANS2; ROCLIDES CASTRO DE LIMA2; MARIA SILVANE DE FÁTIMA VIANA RANGEL2; ENIO HENRIQUE CAVALCANTE ALMEIDA2. 1. HUUFMA, SAO LUIS - MA - BRASIL; 2. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, SÃO LUÍS - MA - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Tumores de células da granulosa são tumores malignos raros que se originam das células do estroma do cordão sexual, são incomuns, representando apenas 2% a 8% de todos os tumores malignos ovarianos e compreendendo 70% dos tumores estromais. Há duas formas distintas, adulto e juvenil, sendo a primeira mais comum. Geralmente acomete a idade reprodutiva e pós-menopausa. A sintomatologia engloba sangramento uterino anormal e desconforto abdominal associado a massa pélvica. O tratamento padrão-ouro é cirúrgico com ou sem quimioterapia adjuvante, a depender do estadiamento. Considera-se taxa de recorrência alta a longo prazo. Relato de caso: M.P.C., 63a, F, negra, lavradora. Queixa de dor e abaulamento em região inguinal direita há aproximadamente 2 anos, de caráter intermitente, progressivo, com piora aos esforços. Nega sintomas consuptivos. Hipertensa. Cesariana há 30 anos. Histerectomia vaginal há 18 anos. Colpoperineoplastia há 8 meses. Antecedente familiar de câncer ovariano (irmã). Exame físico abdominal evidenciou massa pélvica palpável, imóvel e indolor. Região inguinal com hérnia inguinal direita redutível e dolorosa à palpação. Deu entrada no serviço de cirurgia do HUUFMA no mês de janeiro de 2017. Tomografia de abdome total evidenciou volumosa formação expansiva sólida em topografia pélvica, heterogênea, com áreas de degeneração cística, margens bem definidas, contornos lobulados, medindo 11x13,5x13,4 cm, com nítido plano de clivagem. Em seguida, exames de rastreamento com tomografia de tórax, colonoscopia e CA 125 negativos. Foi realizado laparotomia exploradora no dia 13/01/2017 com ressecção tumoral e pesquisa de linfonodo ilíaco-obturatório. Procedimento sem intercorrências. Resultado de histopatológico compatível com tumor de células da granulosa tipo adulto sólido e difuso, medindo 18x14x10 cm e pesando 1311 gramas. Alta hospitalar no quinto dia pós-operatório. Conclusão: Os tumores de células da granulosa são neoplasias estromais raras caracterizadas por longa história natural da doença, comumente sem sintomatologia expressiva, diagnóstico tardio e tendência a recorrência após tratamento inicial. O diagnóstico é confirmado por exame histopatológico e o tratamento de escolha é cirúrgico. Após estadiamento, define-se a necessidade de quimioterapia adjuvante, sendo primordial manter vigilância seriada para detecção de recorrência tumoral. Portanto, é um tumor incomum e indolente.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1094

TÍTULO DO TRABALHO: Tumor de Pequenas Células Intra-Abdominal: Relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ELOISA ALMEIDA CURVO; FERNANDA ROMEIRO MIRANDA; ROBERTO SPADONI CAMPIGOTTO; MARCUS VITOR NUNES LINDOTE; GILMAR FERREIRA DO ESPIRITO SANTO; BIANCA MARTINEZ LELLIS; RENAN VICENTE SOHN; THIAGO TEIXEIRA DO NASCIMENTO. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JULIO MÜLLER - CURSO DE MEDICINA - UFMT, CUIABÁ - MT - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Câncer de sítio primário desconhecido caracteriza-se pela presença de doença metastática confirmada por exame histológico ao diagnóstico, sem localização da lesão primária, apesar de investigação clínica, laboratorial e por método de imagem.Objetivo: Relatar o caso de paciente com neoplasia maligna indiferenciada de pequenas células secundária intra-abdominal com sítio primário desconhecido.Relato de Caso: Feminina, 76 anos, parda, diabética, hipertensa e tabagista, há 1 ano apresenta dor em flanco esquerdo, com irradiação para fossa ilíaca, em cólica. Percebeu surgimento de massa em flanco esquerdo de crescimento progressivo há 6 meses. Ao exame físico apresentava-se hipocorada, abdome globoso, ruídos diminuídos, traube livre, tenso, dor à palpação profunda em hipocôndrio e flanco esquerdo, presença de massa extensa, móvel, de consistência fibroelástica, ocupando mesogástrio, hipogástrio, flanco esquerdo, fossa ilíaca esquerda se estendendo até fossa ilíaca direita. Tomografia computadorizada de abdome acusando presença de extensa lesão heterogênea, mista, de contornos lobulados, com finas septações em região do mesogástrio, mais à esquerda, que determina efeito expansivo e deslocamento das estruturas ao redor, medindo 18 x 16 x 17 cm. Além disso, estrutura adjacentes calcificada medindo 6,5 x 2,0 cm. Linfonodomegalia em hipocôndrio direito e adjacentes às estruturas citadas. Proposto e realizado laparotomia exploradora para retirada da massa e pan-histerectomia. Enviado material para exame de congelação, obteve-se como resultado tumor de pequenas células de origem indeterminada. Ao histopatológico verificou-se que a massa em mesentério trata-se de neoplasia maligna indiferenciada, com extensa degeneração hemorrágica central. Enviado peça para estudo imunohistoquímico para definição da histogênese tumoral.Conclusão: O carcinoma de pequenas células é um tumor de apresentação bastante agressiva, que pode evoluir com recidivas e metástases precoces, e consequentemente alta mortalidade. Pode acometer outros órgãos além do pulmão, incluindo glândulas salivares, faringe, laringe, timo, bexiga, mama, e órgãos do trato gastrointestinal. No caso de mulheres com carcinoma na cavidade peritoneal tem, usualmente, origem em ovários.Bibliografia:CHAVES AL, JUNIOR ML, SILVA LG. Profile of patients with diagnosis of cancer of unknown primary site in a tertiary cancer center. Revista da AMRIGS, Porto Alegre, 59 (4): xx-xx, out.-dez. 2015;

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1547

TÍTULO DO TRABALHO: TUMOR DESMÓIDE ABDOMINAL GIGANTE

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CAMILA MONTEIRO DA ROCHA1; DÉBORA COELHO DUARTE2; TÁSSYLLA CAROLINE FERREIRA PEREIRA2; EDILSON JORGE BORBA SOUSA JUNIOR3; LILIAN CRISTHIAN FERREIRA DOS SANTOS ROCHA3; AGAMENON DIAS DE OLIVEIRA3; PEDRO ERNESTO ALVES MANGUEIRA JÚNIOR3; RONE ANTONIO ALVES ABREU3. 1. ITPAC, ARAGUAÍNA - TO - BRASIL; 2. ITPAC/FAHESA, ARAGUAÍNA - TO - BRASIL; 3. HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAÍNA, ARAGUAÍNA - TO - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O tumor desmóide é um tipo de neoplasia rara, de crescimento lento, localmente agressiva, originaria dos fibroblastos dos tecidos musculo-aponeuróticos. Possui grande capacidade de crescimento local causando deformidades em orgãos adjacentos, dor e disfunção orgânica, dependendo da área envolvida. Relatamos o caso de um tumor desmóide intraabdominal de grandes proporções, invadindo orgãos abdominais em um paciente de 16 anos. Relato de Caso: Paciente masculino, 16 anos, foi encaminhado ao serviço de oncologia do Hospital Regional de Araguaína, apresentando massa abdominal palpável, inicialmente em epigastro e hipocondio direito, com relato de crescimento de há seis meses, ocupando por fim, toda a cavidade abdominal. Houve perda ponderal de 20kg nesse periodo de evolução. Pesquisa de marcadores tumorais CEA e CA 19.9 com resultados negativos. Realizada laparotomia explotatória que evidenciou massa abdominal gigante, sendo necessario e realizado gastrectomia parcial e esplenectomia com ligadura de vasos correspondentes. Os exames histopatológico e imuno-histoquímica evidenciaram lesões mesenquimais fusocelular com celularidadebaixa e intima relação com a parede gastrica , margens cirurgicas livres e baço com congestão leve. As características morfológicas e de imunomarcação favorecem o diagnóstico de fibromatose tipo desmóide. Paciente evoluiu bem sem intercorrencias recebendo alta hospitalar sem a necessidade de quimioterapia. Conclusão: Tumores desmóide, também chamados de fibromatose agressiva ou fibromatose musculo-aponeurítica são neoplasias benignas, raros, com incidencia estimada de 0,2 a 4,3 por 100.000 habitantes. Ocorre mais significativamente em mulheres com história de trauma abominal, em idade reprodutiva, grávidas ou com história de polipose adenomatosa familiar.

CODIGO DO TRABALHO: 1576

TÍTULO DO TRABALHO: TUMOR DO SACO VITELINO ? SEIO ENDODÉRMICO: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCELO FERNANDES MAIA DE LIMA; RODRIGO SPÍNOLA E SILVA; FERNANDO SIMÕES DE SENA; HENRIQUE MOURA PARREIRA; VINICIUS PIRES RODRIGUES; FELIPPE HAUCK MANSUR; LUIZ HENRIQUE DE ARAÚJO P. COSTA; ELCIO ANTUNES DOS SANTOS. HOSPITAL MARCIO CUNHA, IPATINGA - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A tumoração de seio endodérmico é a segunda neoplasia maligna de células germinativas mais frequente em crianças e mulheres jovens após o disgerminoma, representando cerca de 20% das neoplasias malignas das células germinativas. A idade mais comum de ocorrência deste achado é de 19 anos, sendo contudo tão frequente quanto o disgerminoma nas primeiras duas décadas. A apresentação clínica geralmente é composta por aumento do volume abdominal e dor de curta duração. Estes tumores são frequentemente unilaterais, de grandes dimensões, com superfície externa lisa e sólidos, podendo sofrer rotura antes ou durante a intervenção cirúrgica, em um terço dos casos. Os digerminomas representam de 1% de todas as neoplasias ovarianas malignas e os tumores do seio endodérmico representam 20% deste total.RELATO DE CASO: CAM, 34 anos, feminino, branca, do lar, natural de Coronel Fabriciano ? MG, apresentou quadro de dor abdominal de início há dois meses associado a náuseas, vômitos, episódios de febre, adinamia e perda de peso. Ao exame estava corada, anictérica, hidratada, eupneica, abdome com massa palpável em andar inferior do abdome, sem sinais de irritação peritoneal. Avaliação ultrassonográfica evidenciou volumosa massa anexial direita associada a ascite. Subsequentemente foi submetida a estudo tomográfico abdominal e pélvico, sem sinais de comprometimento à distância. Culminou-se com a realização de ooforectomia direita e omentectomia, com boa evolução pós-operatória. Mantem-se em seguimento especializado em caráter ambulatorialCONCLUSÃO: Trata-se de neoplasia ovariana maligna rara que acomete pacientes jovens, de progressão contundente. O crescimento do tumor é rapidamente progressivo acompanhado de dor abdominal com ocorrência principalmente em mulheres jovens, devendo, portanto os tumores malignos de células germinativas serem aventados precocemente como possibilidade etiológica nesta conjuntura. A avaliação propedêutica compreende a ultrassonografia, tomografia ou ambos e marcadores tumorais (AFP, LDH, hCG e Ca125). O tratamento cirúrgico inclui salpingo-ooforectomia, com estadiamento cirúrgico (citologia, lavado peritoneal, omentectomia infra cólica) nas lesões iniciais.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 492

TÍTULO DO TRABALHO: Tumor Glômico: Uma entidade de fácil diagnóstico e tratamento?

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RAFAEL MIRANDA DE OLIVEIRA; MILHEM JAMELEDIEN KANSAON; ALINE CASSIA SOUZA AMARAL; ANDRE LUIZ COTA BICALHO; ANNA TERESA MOREIRA NEVES. HOSPITAL VILA DA SERRA, NOVA LIMA - MG - BRASIL.

RESUMO:
Descrito pela primeira vez por Wood em 1812 o tumor glômico é um tumor benigno de estrutura Neuromioarterial. Em 1920 Barre e Masson descreveram as características clínicas desse tumor e reafirmaram a real valia da exérese total. Mais frequente em mulheres entre a terceira e a quinta década de vida, afeta extremidades em 80% dos casos, sendo também encontrado em vísceras do abdominais. Seu diagnóstico é eminentemente clínico, sendo a tríade de sintomas clássicos a dor paroxística, sensibilidade local e a hipersensibilidade a mudança de temperatura. Exames como radiografia, tomografia, ressonância magnética e angiografia podem ser realizados afim de elucidar o caso a procura da cápsula tumoral. Por ser um tumor raro, representando apenas de 2% a 4,5% dos tumores de mãos, possui uma demora média de sete anos de diagnóstico pós sintomas, como elucida Gandon et al. em seu trabalho retrospectivo sobre tumor glômico em mãos; a exérese total do tumor é descrita como a única maneira de tratamento, inclusive com extirpação da cápsula, diminuindo a recidiva local, recidiva essa encontrada em até 15% dos casos. Tal fato prevê então o seguimento longo ambulatorial do paciente.Atendido em ambulatório em abril de 2016, no Hospital Vila da Serra em Nova Lima- MG, uma mulher de 20 anos, com queixa de lesão recidivada em hálux direito; relata exérese dessa lesão em outubro de 2014, porém em dezembro de 2015 recidivou e desde então mantém crescimento progressivo, associado a hipersensibilidade e dor intermitente. Ao exame visibiliza lesão arredondada azulada subungueal associada a necrose ungueal; Dor acentuada ao pressionar o local com instrumento cilíndrico rombo (teste de Love). Trazia consigo uma ressonância de pé direito, previamente solicitada por dermatologista assistente, na qual demonstrava lesão ovalada em base ungueal de hálux direito com hipercaptação em T1. Com hipótese diagnóstica de Tumor Glômico realiza-se exérese ungueal associada a exérese em cunha da lesão com cauterização do sítio cirúrgico; anatomopatológico demonstrando microscopia compatível com tumor glômico.O tumor glômico por ser uma doença rara pode ter seu diagnóstico atrasado custando ao paciente uma morbidade maior pelos sintomas e exérese cirúrgica mais extensa com o crescimento tumoral; trazemos então o caso a fim de corroborar para a formação do médico cirurgião, uma vez que seu tratamento se passa necessariamente pela cirurgia, diminuindo assim a morbidade aos pacientes com tal patologia.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1586

TÍTULO DO TRABALHO: TUMOR NEUROENDÓCRINO DE APÊNDICE CECAL

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BENER AUGUSTO SOUZA MILANI; LEANDRO LATORRE; MARCOS VINÍCIUS MASTELARO; JULIO CESAR HAEFFNER S. DA ROCHA LOURES; ALICE DO PRADO VALENTE POCRIFKA; LEONIDAS FAVERO NETO; AUDIELLYS TEIXEIRA PIM; GUILHERME NUNES. SANTA CASA DE PARANAVAÍ, PARANAVAÍ - PR - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOO apêndice cecal é o segundo sítio mais frequente de surgimento dos tumores neuroendócrinos em todo o trato digestivo, com uma frequência relativa de 25-30%, ficando atrás somente do intestino delgado. Geralmente, são diagnosticados incidentalmente durante apendicectomias ou outras cirurgias abdominais. Estima-se que, de cada 100 apendicectomias realizadas por ano, um caso será por TNE de apêndice. A apendicectomia simples é o tratamento cirúrgico de rotina e proporciona a cura na maioria dos casos, exceto nos casos em que em que a lesão apresenta mais que 2 cm que envolvem a base do apêndice ou invadem o mesoapêndice, podem exibir o comportamento biológico mais agressivo justificando uma possível hemicolectomia direita. A incidência aproximada dessa neoplasia é de 2 a 3 casos por milhão, com uma preferência pelo sexo feminino de 2:1, porém, sem preferência por etnia. A idade média do diagnóstico é de 40 anos. RELATO DE CASO I.M., 20 anos, feminino, apresentou dor abdominal de média intensidade e procurou um serviço de urgência onde foi medicada e liberada por dois dias consecutivos. No terceiro dia de dor, foi admitida em nosso serviço com dor na fossa ilíaca direita, diarreia e distensão abdominal, normotensa e afebril. À palpação apresentou Blumberg +. Os exames complementares revelaram leucocitose e aumento da proteína C reativa, apêndice cecal aumentado de tamanho e líquido livre no fundo de saco de Douglas à ultrassonografia abdominal. A paciente foi encaminhada para apendicectomia onde o aspecto macroscópico do apêndice era de uma apendicite aguda flegmonosa. O exame anatomopatológico revelou Tumor neuroendócrino G1 (carcinoide típico) comprometendo mucosa e muscular própria, medindo 1,1 cm no seu maior eixo, em extremidade distal. Ausência de atipias ou invasão angiolinfática. Margens livres.Hoje a paciente encontra-se em acompanhamento ambulatorial, sem necessidade de tratamento cirúrgico complementar. CONCLUSÃOOs tumores neuroendócrinos do apêndice geralmente são diagnosticados no momento da apendicectomia por cirurgiões experientes e muitas vezes após o resultado do anatamopatológico, sendo extremamente difícil firmar o diagnóstico do TNE antes da apendicectomia, visto que, mimetizam o quadro de abdome agudo inflamatório. Apesar de ser uma doença maligna apresenta prognóstico muito bom, mesmo quando há necessidade de realizar colectomia direita.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1652

TÍTULO DO TRABALHO: TUMOR OVARIANO MUCINOSO BORDERLINE GIGANTE: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RODRIGO SPÍNOLA E SILVA1; HENRIQUE MOURA PARREIRA1; FERNANDO SIMÕES DE SENA1; MARCELO FERNANDES MAIA DE LIMA1; ELCIO ANTUNES DOS SANTOS1; ANDERSON FREITAS DE SOUZA ASSIS MORAIS1; JOAO PAULO MOREIRA RIGUEIRA1; IURI FERRARI DEL FAVERO2. 1. HOSPITAL MARCIO CUNHA, IPATINGA - MG - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO, OURO PRETO - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Tumores borderline de ovário, são também chamados tumores de baixo potencial maligno e foram inicialmente descritos por Taylor em 1929 como "Semimalignos" ou variantes hiperplásicos do cistadenoma. Estes têm sido estudados para determinar a sua patogenia, bem como os fatores que representam mau prognóstico em termos de recorrência e mortalidade. Esta produção relata um caso de tumor ovariano de grandes proporções. RELATO DE CASO: CRDS, 52 anos, negra, do lar, natural de São Bernardo do campo-SP. Portadora de obesidade mórbida, hipertensa e diabetica, apresentando quadro de dispneia. Ao exame clínico apresentava volumosa massa abdominopélvica. Realizou USG abdominal seguido de estudo tomográfico pélvico e abdominal com diagnóstico de volumosa massa de origem anexial esquerda. Submeteu-se a laparotomia com ooforectomia esquerda. A lesão evocada estendia-se da pelve até a região epigastrica, com 26 cm em seu maior diâmetro após aspiração do componente cístico, com extrusão de aproximadamente 7 litros. A paciente apresentou boa evolução pos-operatória recebendo alta hospitalar no terceiro dia de pos-operatorio, mantendo seguimento ambulatorial especializado até o presente momento.CONCLUSÃO: O tumor seroso limítrofe e mucinoso pode ser dividido em dois tipos: em proliferação tumoral do tipo carcinoma intra-epitelial e atípica (in situ). Como supracitado, os tumores ovarianos limítrofes representam uma etapa na degeneração para carcinoma invasivo de baixo grau, possuindo grande relevância clínico-cirúrgica.

CODIGO DO TRABALHO: 2156

TÍTULO DO TRABALHO: TUMOR PÉLVICO GIGANTE: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BERNARD COSTA FAVACHO1; ALEXANDRE ERNESTO POZZEBON MOURÃO2; HÉLIO FERNANDO MACHADO SILVA2; FERNANDA VEIGA GONÇALVES2; FELIPE AUGUSTO HAGE SOARES2; GABRIELA TRINDADE GÓES2; MARCOS DE SOUZA LOPES FREIRE FILHO2; BRUNO DOURADO KOVACS MACHADO COSTA1. 1. HOSPITAL OPHIR LOYOLA, BELEM - PA - BRASIL; 2. HOSPITAL OPHIR LOYOLA, BELÉM - PA - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Leiomiomas são tumores benignos provenientes de músculo liso uterino. Embora sua patogênese permaneça obscura, eles são o tumor mais comum do trato reprodutivo feminino, ocorrendo em cerca de metade das mulheres com mais de 35 anos. Os leiomiomas uterinos gigantes são muito raros e representam um grande diagnóstico e desafio terapêutico. RELATO DE CASO: Paciente N.S.C, 48 anos, feminino, negra, procedente de Icoaraci ? Pará, encaminhada de unidade básica de saúde para hospital de referência em oncologia devido suspeita de tumor de ovário, volumoso, ocupando toda a pelve e grande parte da cavidade abdominal. Paciente avaliada pela equipe de oncocirurgia com relato de que por um ano esteve em investigação de miomatose uterina e, durante exame de imagem, verificou-se massa abdomino-pélvica volumosa e de crescimento rápido. Ao exame, paciente em regular estado geral consciente e orientada, que negou perda ponderal importante no período de um (01) ano. Relatava ter apetite preservado, porém com constipação intestinal. Foi submetida à laparotomia exploradora, sendo identificado tumor pélvico gigante, medindo 21 cm x 15 cm e pesando 11,3kg. Foi realizada histerectomia total e omentectomia (grande omento) devido nodulações esbranquiçadas em peritônio semelhantes à carcinomatose peritonial, além de linfadenectomia intercavo-aórtico. Foi solicitado durante o intra operatório o exame de patologia por congelação, primeiramente da peça que envolvia o tumor e o útero e, posteriormente de implante peritonial, ambas com ausência de malignidade e com característica histológica de leiomiomatose uterina na peça cirúrgica e de lesão nodular fusocelular em implante peritonial. Paciente encaminhada a leito de unidade de terapia intensiva após procedimento cirúrgico. CONCLUSÃO: O leiomioma uterino é um dos tipos mais freqüentes de tumores em mulheres é diagnosticado em 20-40% das mulheres em idade reprodutiva. Até a idade de 50 anos, aproximadamente 70% das mulheres brancas e menos de 80% das mulheres negras terão tido pelo menos um leiomioma. A freqüência de surgimento de leiomioma uterino em mulheres negras é significativamente maior do que em mulheres brancas.O leiomioma uterino pode experimentar um rápido crescimento, atingindo dimensões impressionantes. Miomas de 11 kg ou mais são bastante raros.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1161

TÍTULO DO TRABALHO: Tumores Múltiplos Primários Metacrônicos: Relato de caso de adenocarcinoma de papila duodenal e ceco

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: AMANDA HORIE CARDOSO; ANA CLAUDIA SANTOS JUNQUEIRA FRANCO; AYSSA TELES ABRÃO TRAD; GIOVANNA RELA MATRICARDI; RONALDO ANTONIO BORGHESI. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, SOROCABA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução:O tumor metacrônico pode ser definido como o segundo tumor primário, diagnosticado com intervalo superior a seis meses, em pacientes que já apresentavam um primeiro tumor primário. O tumor de papila duodenal maior é uma neoplasia rara que corresponde a 33% dos tumores primários ampulares, já a neoplasia em cólon direito representa 22,6% dos casos de câncer colorretal. Estes tumores raramente estão relacionados, logo, temos como objetivo relatar a singularidade deste caso.Relato de caso:Paciente do sexo feminino, 64 anos, diagnosticada com tumor maligno primário de papila duodenal e tumor metacrônico de ceco após 7 meses. Teve início com um quadro de síndrome colestática (icterícia, colúria e acolia fecal), emagrecimento e anemia. Foi realizada a CPRE com intenção diagnóstica e terapêutica, com papilectomia e colocação de endoprótese. No entanto, a TC de abdome evidenciou possível massa tumoral e realizou-se a colonoscopia com biópsia, confirmando o diagnóstico de neoplasia cecal. Paciente realizou uma hemicolectomia direita como tratamento, além de quimioterapia pós-cirurgica.Conclusão:A incidência de tumores múltiplos primários representa 1,3 a 2,5% das malignidades. Tumores metacrônicos são raros, ainda mais quando ocorrem no trato gastrointestinal em locais diferentes e distantes. Sempre deve ser considerada a possibilidade de tumores primários múltiplos durante o tratamento e acompanhamento de pacientes com câncer. A ocorrência de um tumor secundário é maior quando o tumor primário se apresenta em estágios iniciais, de modo que a pesquisa através de exames complementares em pacientes já diagnosticados com câncer é essencial para o diagnóstico e tratamento de um novo tumor. Desse modo, esse tipo de acompanhamento deve ser feito durante e após o tratamento. As opções disponíveis para tratamento em sua maioria são abordagens cirúrgicas em virtude de seu potencial curativo. Tumores metacrônicos geralmente são diagnosticados em estágios iniciais e são pouco agressivos, por isso estima-se que o prognóstico seja melhor do que em pacientes que apresentam tumores únicos.Referências:1.Amer MH. Multiple neoplasms, single primaries, and patient survival. Cancer Manag Res. 2014; 6:119-134.2. Melo GC, Castro COP, Guilherme JRM, Artiaga MR. Carcinoma da ampola de Vater. Rev Med Saude Brasilia 2014; 3(3):301?7.3.Saqib A, Uroosa I, Rabih M. Primary Pulmonary Lymphoma and Synchronous Cecal Adenocarcinoma: A Rare Occurrence. Cureus. 2016; 8(12): e944..

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1469

TÍTULO DO TRABALHO: Uso da terapia por pressão negativa no tratamento do cisto pilonidal

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MAURICE YOUSSEF FRANCISS1; EDSON RODRIGUES FILHO1; CAROL VIVIANA SERNA GONZÁLEZ1; EDUARDO LINS LIMA1; ANTONIO GRIMAILOFF JUNIOR1; MARINA MATOS LIMA LEITE2; FERNANDA DE SOUZA MARTINS COLAUTO2; MARCELA GONCALVES FERREIRA2; BRUNO ZILBERSTEIN1. 1. GASTROMED, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. FACULDADE SÃO LEOPOLDO MANDIC, CAMPINAS - SP - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Relatar a utilidade do curativo por pressão negativa na cicatrização dos cistos pilonidais após tratamento cirúrgico. Introdução: O tratamento convencional é a ressecção do cisto com cicatrização por segunda intenção. Nestes casos a cicatrização é lenta, com limitação funcional. A terapia com pressão negativa proporciona contração do leito da ferida com diminuição de suas dimensões e estimulo da granulação1. Método: Análise retrospectiva de 3 pacientes, 2 homens e 1 mulher após ressecção cirúrgica primária do cisto pilonidal foi aplicado o curativo de pressão negativa com trocas programadas a cada 4 dias e avaliados com a escala PUSH validada previamente ao português Brasileiro. Resultados: A média do número de troca de curativos por pressão negativa foi de 4, sendo que a área das lesões diminuiu 67% em média, diminuindo também volume de exsudato. O tempo de resolução total da ferida foi de 60,6 dias em média, com mínimo de 30 dias e máximo de 92 dias. Discussão: Biter comparou a evolução pós operatória de 49 pacientes tratados randomicamente e divididos em 2 grupos, um com curativo aberto e outro com curativo a vácuo e não encontrou diferença no tempo de cicatrização completa e retorno às atividades usuais2. Banasiewicz por outro lado, demonstrou em uma série de 10 casos, manejados com dispositivo de terapia a vácuo portátil, uma melhora no tempo de restauro da ferida, retorno mais rápido ao trabalho e menos dor crônica local3, o que é concordante com a hipótese do presente estudo, resultado também encontrado por McGuinness4. Conclusão: O uso da terapia de pressão negativa é uma proposta atraente para o manejo e resolução dos cistos pilonidais.Referências: 1. Huang C, Leavitt T, Bayer LR e Orgill DP. Effect of negative pressure wound therapy on wound healing. Curr prob in surg. 2014. 51(7), 301-331. 3. Biter LU, Beck GM, Mannaerts GH. The use of negative-pressure wound therapy in pilonidal sinus disease: a randomized controlled trial comparing negative-pressure wound therapy versus standard open wound care after surgical excision. Dis of the Col & Rect. 2014. 57(12), 1406-1411. 4. Banasiewicz T, Bobkiewicz A, Borejsza-Wysocki M, et al. VAC therapy improve the results of the treatment of the pilonidal sinus-randomized prospective study. Pol Przegl Chir. 2013 Jul;85(7):371-6. 5. McGuinness, J.G., Winter DC, O?Connell PR. Vacuum-Assisted Closure of a Complex Pilonidal Sinus Dis Colon Rectum (2003) 46: 274.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 301

TÍTULO DO TRABALHO: USO DE QUIMIOTERÁPICOS NÃO APROVADOS PELA ANVISA EM PACIENTES SOB TRATAMENTO ONCOLÓGICO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOSE ANTONIO CHEHUEN NETO; MARIANA RODARTE FREIRE; RENATO EROTHILDES FERREIRA; KÁTIA ROCHA PAULINO; TOMÁS COSTA BIGNOTO; ROTSEN CAETANO SAMPAIO MARTINS FRADE; RAFAEL TEIXEIRA COSTA SILVA; NATÁLIA VIRGÍNIA DE OLIVEIRA AMBRÓSIO. UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVO: De acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2015), o uso de medicamentos que não possuem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) é proibido no Brasil, a despeito de qualquer contraditório na jurisprudência. Muitos pacientes demandam judicialmente o uso de quimioterápicos (QT) de forma exclusiva ou adjuvante a cirurgias oncológicas de vários tipos, na busca de cura ou maior sobrevivência. Os ditos ?off label? não foram motivo desta pesquisa. Esse fato tem gerado muitos conflitos sociais e éticos no Brasil. Assim, pretende-se conhecer a opinião da população leiga portadora de neoplasia maligna sobre o uso de quimioterápicos não aprovados pela ANVISA. MÉTODO: estudo transversal com pacientes de unidades oncológicas em uma cidade de grande porte (Juiz de Fora,MG). A amostra foi de 392 indivíduos, com erro de 4,5%.Critérios de inclusão: ser maior de 18 anos e estar em tratamento oncológico.Instrumento: questionário com quesitos socioeconômicos e questões dicotômicas acerca do tema central. Estatística: foi utilizado frequências absolutas (n) e relativas (%), medida de tendência central (média e mediana) e medida de dispersão (DP), com Software SPSS-15.0. RESULTADOS: média de idade de 55,0 ± 14,9 anos e me-diana de 57 anos; mulheres (65,6%); 87,0% ganham até 03 salários mínimos; 64,5% estudaram até o 9° ano do fundamental, 35,5% estudaram além do ensino médio. Quando questionados se conheciam a ANVISA, 51,5% não conhecem o órgão (ajustado por escolaridade, 56% dos que estudaram até o ensino médio não conhecem, contra apenas 3% dos que tem nível superior); 52,3% conhecem que QT devem ser aprovados pela ANVISA; 85,2% acreditam que QT não aprovados ofereçam efeitos adversos; 41,0% admitiram que a possibilidade de cura justifica o uso de QT não aprovados, mesmo com os possíveis riscos; 40,0% afirmaram que usariam QT não aprovados em caso de agravo da doença. A grande maioria (88,0%) não interromperia o tratamento com QT/radioterapia/cirurgia já estabelecido pelo médico. A maioria (62,0%) concordaria em participar de uma pesquisa clínica supervisionada para aprovar um QT pela ANVISA em caso de agravo do seu estado de saúde. CONCLUSÕES: A maior parte dos entrevistados desconhece as funções da ANVISA e os reais perigos do uso de QT não aprovados pelo órgão e, apesar dos riscos, em situações críticas, usariam quimioterápicos não aprovados.

CODIGO DO TRABALHO: 2510

TÍTULO DO TRABALHO: UTILIZAÇÃO DA MATRIZ NINE BOX NA AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO MÉDICO DE EQUIPE CIRÚRGICA DE URGÊNCIA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCIO JOSE CARDOSO AMARAL; MAURO HENRIQUE DE SA ADAMI MILMAN; THAIS REALI DE JESUS SIQUEIRA; ROGERIO APARECIDO ESTEVES NEVES; JOSE ROBERTO MELCHIORI BUCCO. HOSPITAL REGIONAL DE COTIA, COTIA - SP - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVO:demonstrar a aplicabilidade da matriz nine box na avaliação do desempenho de equipes cirúrgicas de urgência. MATERIAIS E MÉTODO:MatrizNine Box utiliza duas dimensões (adaptadas para eficiência e eficácia do cirurgião) com 3 graduações cada e o cruzamento destas resulta em 9 conceitos de desempenho, agrupados em 3 categorias: VERDE- cirurgiões eficientes e eficazes: profissional alvo, em crescimento e de alto impacto; AMARELO- cirurgiões com eficiência OU eficácia limitada: profissional de confiança, diversificação limitada e enigma; VERMELHO- cirurgiões de eficiência e eficácia limitada: quarentena A, quarentena B e profissional de risco. Foram avaliados os cirurgiões que realizam plantões semanais. A eficácia foi determinada após uma avaliação 360ºcom os seguintes itens: taxas de produtividade cirúrgica, taxa de complicações operatórias, complexidade das cirurgias realizadas e avaliações subjetivas (realizadas pelo cirurgião par, residentes de cirurgia geral, gestor, instituição e uma auto avaliação). Para graduação da eficiência: grau 1- apenas residência em cirurgia geral, grau 2- residência e experiência maior que 5 anos em cirurgia geral e grau 3- titulo de subespecialidade cirúrgica. Após finalizar a avaliação, aloca-seo cirurgião na planilha NINE BOX de classificação de desempenho para definição das ações a serem tomadas. RESULTADOS: na primeira avaliação em 2015, identificou-se 2 profissionais alvo, 1 profissional de confiança, 12 profissionais em crescimento e 2 em quarentena.Em 2016, a nova avaliação demonstrou 2 profissionais alvo, 1 profissional de alto impacto, 1 profissional de confiança, 9 profissionais em crescimento, 3 enigmas e 1 em quarentena. Em relação a evolução do ciclo 2015-2016, 4 cirurgiões progrediram, 4 regrediram e 9 permaneceram estáveis no conceito. Com esses resultados propôs-se a disponibilização para o mercado de 2 profissionais que regrediram e outro que se manteve em quarentena. CONCLUSÃO A matriz nine boxé uma ferramenta gerencial efetiva para a gestão de equipes médicas, permitindo o crescimento e a melhoria contínua.
Bibliografia: Neeshu M. 360 Degrees Performance Appraisal: IRACST- International Journal of Research in Management & Technology (IJRMT),Vol.6, No.1, Jan-Feb 2016

CODIGO DO TRABALHO: 2117

TÍTULO DO TRABALHO: A LAPAROTOMIA INFRAUMBILICAL MEDIANA COMO VIA DE ACESSO EM ABDOME AGUDO INFLAMATÓRIO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BEATRIZ MONTEIRO PEREIRA; JOAO BATISTA VIEIRA DE CARVALHO; ALINE STIVANIN TEIXEIRA; KEYFANNE DELMONDEZ OLIVEIRA; DIEGO FURTADO DA CUNHA; NAYHAN ANDRADE DOS SANTOS; HELOISA PAIVA DA SILVA PALOMBO; LARA VARINI SOARES. UNIVERSIDADE JOSE DO ROSARIO VELLANO - UNIFENAS, ALFENAS - MG - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVODiscutir a indicação da laparotomia mediana infraumbilical como via de acesso cirúrgico no abdome agudo inflamatório e comparar com as incisões clássicas de acesso ao apêndice na apendicite aguda.MÉTODO Apresentação revisão de caso dez casos de pacientes com diagnóstico pré-operatório de apendicite aguda, 7 do sexo masculino e 3 com abdome agudo inflamatório internado no serviço de cirurgia do Hospital Universitário Alzira Velllano em Alfenas, MG. Todos foram submetidos no início a incisão de Ellio-Babcock-Davis.RESULTADOSEm quatro pacientes (40%) o quadro de apendicite aguda foi grau 1-2 e portanto o acesso com incisão de Davis permitiu o tratamento cirúrgico adequado sem necessidade de higienização maior ou outras manobras cirúrgicas complementares. Em cinco pacientes (50%) a apendicite aguda foi grau 3-4 sendo que em quatro pacientes foi necessário maior manipulação das vísceras com limpeza e desbridamento da área envolvida pelo processo infecciosо.Nestes pacientes a incisão de Davis não foi adequada para o adequado tratamento cirúrgico sendo necessário incisão complementar de laparotomia mediana infraumbilical para complementação do tratamento. Em um paciente (10%) o diagnóstico inicial de apendicite aguda não foi confirmado mas o diagnóstico cirúrgico foi de colecistite aguda alitiásica em paciente diabético. O acesso complementar foi laparotomia mediana supraumbilical que permitiu o tratamento adequado da doença cirúrgica.CONCLUSÕES:As incisões clássicas para via de acesso ao apêndice são efetivas e permitem o tratamento cirúrgico adequado. Quando há dúvidas a respeito do diagnóstico ou quando a apendicite aguda envolver graus mais avançados de acometimento apendicular ou de vísceras vizinhas (peritonite localizada com perfuração-graus 3 e 4), a via de acesso com laparotomia mediana infraumbilical pode oferecer melhor exposição e facilitar o tratamento e desbridamento das áreas peritoneais envolvidas podendo também ser extendida cranial e caudamente. Em casos de dúvida diagnóstica é uma boa opção para o acesso ciriúrgico.
BIBLIOGRAFIA:1. Tazima, MFGS; Vicente, YAMVA; Moriya, T.Laparotomia. Medicina (Ribeirão Preto) 2011;44(1): 33-8 2. Edelmuth, RCL; Buscariolli, YS; Ribeiro Júnior, MAF. Cirurgia para controle de danos: estado atual. Rev. Col. Bras. Cir. 2013; 40(2): 142-1513. P Wolff - Revista UNIPLAC, 2016.Disponível emAcesso em:15/03/2017

CODIGO DO TRABALHO: 2290

TÍTULO DO TRABALHO: A transposição com a linha alba (TLA) na abdominoplastia para correção das grandes diástases

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GUILHERME SERONNI; TRISTÃO MAURÍCIO DE AQUINO FILHO; ANNA MARIA MACHADO GANEM; RENATO MIRANDA DE MELO. PUC GO, GOIANIA - GO - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A transposição com o saco herniário foi idealizada por Lázaro da Silva (1971), para reparar hérnias incisionais medianas, empregando incisões relaxadoras longitudinais bilaterais na bainha dos músculo retos (posterior à esquerda e anterior à direita), e o próprio saco herniário, o que reconstitui a linha alba, evitando tensão excessiva nas linhas de sutura e não aumenta a pressão intra-abdominal (PIA). Na correção de grandes diástases (distância interretal >7,5cm), a plicatura mediana daqueles músculos, classicamente realizada na abdominoplastia, poderia provocar efeitos adversos dessa ordem, levando à recidiva ou mesmo à síndrome compartimental. Nesses casos, procedendo à transposição com a linha alba distendida (TLA), tais complicações seriam prevenidas.Relato de Caso: Paciente feminina, 41 anos, IMC 24, não tabagista e sem comorbidades. G3 P3 A0, último parto ocorrido cinco anos antes (cesárea com herniorrafia umbilical), desenvolvendo grande diástase logo após. Ao exame, o abdome era flácido, em avental, apresentando muitas estrias e diástase xifopúbica (10cm de largura x 20cm de comprimento); a cicatriz à Pfannesntiel estava de bom aspecto. Após profilaxia antimicrobiana com cefazolina 2g, bloqueio anestésico e anestesia geral, a abdominoplastia com a TLA foram realizadas mediante incisão transversa bicristra ilíaca e mediana supra-umbilical (restrita), com dermolipectomia, confecção de neoumbigo e drenagem pré-aponeurótica a vácuo. Os fios empregados na TLA foram todos de polidioxanona calibre ?0? (Bioline Fios Cirúrgicos, Anápolis/GO) em sutura contínua. O procedimento consumiu cerca de 30 minutos, e a pressão de platô traqueal ou de via aérea manteve-se inalterada (16cmH2O). A paciente evoluiu sem intercorrências no pós-operatório.Conclusão: A TLA, como alternativa à plicatura para corrigir grandes diástases, é procedimento exequível, que não estende esse tempo operatório nem altera a PIA. A pressão de platô traqueal foi utilizada para demonstrar o seu caráter não hipertensivo. Outros estudos para avaliação estética e da aplicabilidade desta proposta cirúrgica são necessários.

CODIGO DO TRABALHO: 2079

TÍTULO DO TRABALHO: ABORDAGEM CIRÚRGICA DE HÉRNIA DE SPIEGEL COM PRÓTESE PRÉ-PERITONEAL: Relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FABIOLLA MARIA MARTINS COSTA1; LETÍCIA REZENDE DA SILVA SOBRAL1; ANA NILZA LINS SILVA1; ISAAC RUBENS BRITTO DIAS NETO2; CARINA BRAÚNA LEITE1; DOMINGOS DA SILVA COSTA1; SÁDINA MAYARA DOS SANTOS OLIVEIRA1; DÉBORA PINHEIRO DE ANDRADE2. 1. UNIVERSIDADE CEUMA, SÃO LUÍS - MA - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, SÃO LUÍS - MA - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: As hérnias de Spiegel se caracterizam por serem um tipo de hérnia rara da parede abdominal, correspondendo a apenas 1% das hérnias da parede abdominais, e, apesar de serem bem descritas, possuem somente cerca de 1.000 casos relatados na literatura médica. Decorrem da fraqueza congênita ou adquirida na parede abdominal, numa área denominada fáscia spigeliana, que é constituída pela camada aponeurótica limitada medialmente pelo reto abdominal e lateralmente pela linha arqueada. Representam um desafio diagnóstico, considerando-se que em geral se apresentam apenas com dor localizada e sem protrusão abdominal. O tratamento cirúrgico, seja aberto ou laparoscópico, se impõe diante do elevado risco de estrangulamento, devido ao estreito colo que em geral apresentam. RELATO DO CASO: M. R. S. C., 60 anos, sexo feminino, casada, doméstica, foi admitida com queixa de massa abdominal dolorosa em fossa ilíaca esquerda. De história mórbida pregressa, relatava hipertensão arterial sistêmica havia 5 anos em tratamento. História mórbida familiar era sem particularidades. Ao exame encontrava-se em bom estado geral, normocorada, hidratada, eupnêica, afebril, normotensa, 88bpm, 16rpm. O abdome encontrava-se globoso, flácido, presença de massa endurecida em fossa ilíaca esquerda, irredutível, fixa e dolorosa à palpação superficial e profunda. Apresentava 10.500/mm3 de leucócitos e 2% de bastonetes. Os demais exames laboratoriais encontravam-se normais. A paciente foi submetida a tratamento cirúrgico aberto, com correção do defeito herniário com tela de polipropileno em posicionamento pré-peritoneal. Em acompanhamento ambulatorial, não se observaram sinais de recidiva. CONCLUSÃO: A hérnia de Spiegel é uma patologia de difícil diagnóstico por múltiplos motivos, entre eles: sintomatologia inespecí?ca e escassa, difícil palpação na posição de decúbito, frequente coexistência de obesidade e raridade do quadro, sem contar que hérnias localizadas mais abaixo confundem-se com hérnias inguinais. Há poucas publicações sobre esse assunto na literatura brasileira. O diagnóstico pré-operatório correto conta com a experiência médica e com procedimentos diagnósticos apropriados, porém não é infrequente o diagnóstico só ocorrer no ato cirúrgico. É necessário manter-se alerta sobre a existência deste tipo especí?co de hérnia, já que, por mais que seja rara, apresenta importante risco de estrangulamento do conteúdo nelas presentes, sendo mandatório tratamento cirúrgico.

CODIGO DO TRABALHO: 2558

TÍTULO DO TRABALHO: Abordagem cirúrgica vídeo-assistida de hérnia intercostal abdominal espontânea

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ROBERTA MARCHI DE SOUSA; DIEGO ADAO FANTI SILVA; LILIAN KANAWA TANGODA; CLAUDIO RENATO PENTEADO DE LUCA Fº; MILTON SCALABRINI; DAVID CARLOS SHINGUEOKA; RAMIRO COLLEONI NETO; GASPAR DE JESUS LOPES FILHO. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A hérnia intercostal abdominal espontânea é rara, ocorrendo principalmente em homens acima dos 50 anos, estando relacionada ao aumento súbito da pressão intra-abdominal, particularmente, a tosse. A protrusão do conteúdo abdominal ocorre através de descontinuidade diafragmática e/ou da musculatura intercostal, manifestando-se como abaulamento na região toracoabdominal, podendo associar-se a equimose e desconforto local. O diagnóstico baseia-se no exame clínico associado a um método de imagem, preferencialmente, a tomografia computadorizada, que permite uma avaliação detalhada da localização, tamanho do defeito e do conteúdo herniado. A conduta é cirúrgica e consiste na correção do defeito, com o uso opcional de tela. Apresentamos um caso de hérnia intercostal abdominal espontânea à direita, corrigida por cirúrgica vídeo-assistida.Relato do caso: Mulher, 81 anos, com abaulamento progressivo de parede torácica e hipocôndrio direito nos últimos 4 meses, redutível, associado a dor à movimentação, com equimose local de manifestação recente. Correlacionava o início dos sintomas com episódios de tosse incoercível, negando trauma local. Ao exame clínico, apresentava abaulamento entre arcos costais inferiores à direita, redutível, com movimento ventilatório paradoxal e equimose extensa. A tomografia computadorizada, evidenciou hérnia no 9º espaço intercostal direito, que se continuava inferiormente pela parede lateral do abdome, entre os músculos oblíquo externo e interno, com colo medindo 7,5 x 10,5 cm,com protrusão de gordura mesentérica, ângulo hepático do cólon e de parte do segmento VIII hepático. A paciente foi submetida a cirurgia vídeo-assistida para facilitar o acesso local. Foi evidenciado defeito no músculo transverso do abdome e na inserção diafragmática, com fechamento do orifício e reinserção do diafragma em sua posição original, sendo colocada tela de polipropileno revestida com celulose em posição intraperitoneal, fixada com grampos de poligalactina. A paciente evoluiu com derrame pleural não complicado à direita, sem necessidade de intervenção, recebendo alta hospitalar no 3º dia de pós-operatório. A paciente não apresentou sinais de recidiva até o 6º mês de pós-operatório.Conclusão: A hérnia intercostal espontânea é um defeito raro, sendo a cirurgia vídeo-assistida uma alternativa técnica para sua correção.

CODIGO DO TRABALHO: 827

TÍTULO DO TRABALHO: ABSCESSO DE PAREDE ABDOMINAL COMO ACHADO INICIAL DE PACIENTE COM APENDICITE AGUDA PERFURADA ? RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: EDINE MEDEIROS DE ANDRADE MARTINS1; WLADEMIR RORIZ NETO2; NATALIA HENRIQUES DA FONSECA ARAUJO3; DAISY TEIXEIRA DE MENEZES2; CAMILA FREIRE SALEM2; ANTONIA IVANECIA SAMPAIO CRUZ1. 1. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI, JUAZEIRO DO NORTE - CE - BRASIL; 3. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ES, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
A apendicite aguda, considerada uma condição progressiva, é a urgência cirúrgica abdominal mais frequente, sendo predominante em pacientes de idade mais avançada e do sexo masculino. Essa doença se inicia com aumentos da secreção mucosa e pressão intraluminal, resultando em estase venosa, compressão arterial e isquemia das paredes do órgão que favorecem a perfuração do apêndice. O diagnóstico da apendicite é essencialmente clínico, embora algumas situações complicadas apresentem sintomas atípicos, necessitando de exames complementares. O tratamento recomendado na apendicite aguda é a apendicectomia imediata, entretanto, casos de apendicite complicada como por abscesso apendicular podem ser controlados com antibióticos e estratégias não-operatórias, ainda não aceitos por cirurgiões e pacientes por ter o risco de recorrência. O objetivo desse estudo foi relatar o caso de um paciente com abscesso de parede abdominal como complicação de apendicite aguda perfurada, submetido à tratamento cirúrgico para evitar complicações tardias. A pesquisa foi desenvolvida no Hospital Regional do Cariri-HRC, cuja unidade de estudo foi a Clínica Cirúrgica, adquirindo informações pela coleta de dados através do prontuário medico do paciente L.M.S, 55 anos e sexo masculino, no período de janeiro de 2016 até março de 2016, obedecendo todos os princípios éticos de pesquisa. L.M.S apresentou dor abdominal predominante em mesogástrio, sendo empiricamente tratado com antibiótico e antinflamatório não-esteróides, obtendo melhora da dor. Porém, 20 dias depois, apresentou abscesso de parede abdominal em fossa ilíaca direita e foi submetidos a exames físicos e laboratoriais, sendo necessário, após elucidação diagnóstica, realizar laparotomia com tiflectomia e anastomose íleo-colônica términolateral para resolução do quadro infeccioso apendicular. Após a análise do estudo em questão, percebeu-se a importância de avaliar atentamente pacientes com dor abdominal, pois é possível estar diante de patologia cirúrgica. Além disso, em casos de abscesso de parede abdominal, durante a avaliação clínica, é necessário incluir entre os diagnósticos diferenciais patologias cirúrgicas como a apendicite aguda, pois esta pode ter evolução incomum que dificulte o diagnóstico e atrase o tratamento adequado.

CODIGO DO TRABALHO: 2421

TÍTULO DO TRABALHO: ABSCESSO DE URACO ? RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MAURO HENRIQUE DE SA ADAMI MILMAN; JOSE ANTONIO SCROCCO DA SILVA; MARCIO JOSE CARDOSO AMARAL; CAMILLY SCHWANZ WANDERMUREM; RAPHAEL FERNANDO FONSECA GENEVCIUS; JOSE ROBERTO MELCHIORI BUCCO. HOSPITAL REGIONAL DE COTIA, COTIA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: o úraco é uma comunicação intra-embrionária, patente entre o alantóide e a cloaca, formada a partir da 5ª semana de gestação. Por volta da 20ª semana ocorre a migração da bexiga primitiva para região pélvica, ocorrendo a atresia progressiva até sua obliteração total ao nascimento. Após, o úraco comunicará a cúpula vesical ao umbigo, localizando-se preferencialmente entre o peritônio e a fáscia transversal. Existem diversas apresentações de persistência do úraco, entre elas: a) úraco patente; b) sinus; c) divertículo e d) cisto de úraco. Estas anormalidades são raras e mais comumente diagnosticadas na infância. Na presença de infecção associada podem ocorrer dor em região hipogástrica, massa abdominal palpável, drenagem umbilical de secreção purulenta, disúria e, em alguns casos uma evolução para peritonite generalizada. Relato de Caso: paciente gênero feminino, branca, deu entrada no PS de cirurgia geral com queixa de dor em região de hipogástrio há aproximadamente dois meses com piora nos últimos 3 dias e aparecimento de massa no local. Ao exame físico evidenciou-se regular estado geral, paciente emagrecida, descorada ++/4+, anictérica, acianótica, afebril, lúcida e orientada, presença de massa abdominal de aproximadamente 20cm em região de hipogastro, fixa, de consistência fibroelástica, não aderida à pele, dolorosa à mobilização. Os exames laboratoriais apresentavam alterações compatíveis com o quadro infeccioso. Paciente foi internada, instituída antibioticoterapia e solicitada uma tomografia computadorizada, na qual se observou uma coleção localizada na cavidade pélvica e no tecido celular subcutâneo adjacente anteriormente à bexiga. Feita hipótese diagnóstica de abscesso de úraco, optou-se pela realização de drenagem do abscesso. Foi realizada uma incisão transumbilical até púbis, abertura de loja abscedada, aspirado 500mL de um conteúdo purulento espesso. Optou-se por manter o ferimento operatório aberto para cicatrização por segunda intenção. Recebeu alta hospitalar após 5 dias, sem queixas. Após 3 semanas, paciente compareceu ao ambulatório com ferida operatória de bom aspecto com tecido de granulação em região periumbilical.Conclusão: as malformações do úraco devem ser lembradas nos casos de tumor hipogástricos, principalmente nos infectados. Conclusão: as complicações decorrentes da persistência do úraco devem ser lembradas nos pacientes com quadro de abdômen agudo inflamatório na região infra-umbilical.

CODIGO DO TRABALHO: 2521

TÍTULO DO TRABALHO: ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE EXPANSÃO CAVITÁRIA E PRESSÃO INTRA-ABDOMINAL NO PNEUMOPERITÔNEO ARTIFICIAL EM PACIENTES SUBMETIDOS A COLECISTECTOMIAS VIDEOLAPAROSCÓPICAS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCIO JOSE CARDOSO AMARAL; MAURO HENRIQUE DE SA ADAMI MILMAN; CAMILLY SCHWANZ WANDERMUREM; LUCAS CARTAFINA BARBOSA DE SOUSA; ROGERIO APARECIDO ESTEVES NEVES; JOSE ROBERTO MELCHIORI BUCCO. HOSPITAL REGIONAL DE COTIA, COTIA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: avaliar a melhor relação entre expansão cavitária e pressão intra-abdominal (PIA) no pneumoperitoneo artificialem diferentes gêneros, faixas etárias e índices antropométricos. Materiais e Métodos: estudo clínico prospectivo, aprovado pela Comissão de Ética institucional, realizado em hospital estadual secundáriono período de outubro de 2015 a junho de 2016. Foram incluídos pacientes submetidos a tratamento cirúrgico laparoscópico eletivo de colecistectomia, operados pela equipe de cirurgia geral, risco cirúrgico ASA I e II, que concordaram em participar desta pesquisa assinando o TCLE. Após admissão, foi realizada aferição antropométrica (peso, altura, circunferência abdominal, massa magra, índice de adiposidade). Os pacientes foram submetidos a técnica anestésica e cirúrgica padronizadas. Foram determinados quatro pontos por palpação na parede abdominal: os pontos X (xifóide), P (púbis), D e E (cristas ilíacas). Antes e durante a realização do pneumoperitoneo (até 18mmHg) foram medidas as distâncias entre os pontos XP e DE e anotado o volume corrente respiratório. Os resultados foram submetidos à análise estatística. Resultados: participaram 44 pacientes, sendo 36 mulheres e 8 homens. As medidas XP e DE progrediram proporcionalmente ao aumento da PIA. XP apresentou maior crescimento no gênero feminino, obesos e idosos. A medida DE não apresenta diferença de progressão entre os grupos estudados. O volume corrente respiratório apresenta decréscimo proporcional ao aumento da PIA, alcançando redução média de 38% quando a PIA era de 18mmHg, e é mais acentuado no gênero feminino. Conclusões: o aumento da PIA até 18mmHg determina expansão cavitária proporcional, sendo mais significativa em mulheres, idosos e obesos, e redução também proporcional do volume corrente respiratório. Bibliografia: 1. ZamanM, Singal S, Singal R et al. Comparasion of open and closed entry techniques for creation of pneumoperitoneum in laparoscopic surgery in terms of time consuption, entry-related complications and failure of technique. World Journal of Laparoscopic Surgery 2015; 8(3):69-71 2.Azevedo JLMC. Establishing an artificial pneumoperitoneum for laparoscopic procedures.BrasJVideo-Sur, 2011; 4(1):35-41

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2364

TÍTULO DO TRABALHO: Análise do uso da técnica Laparoscópica para correção de Hérnia Inguinal no Hospital Geral de Fortaleza

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOSE ANTONIO CARLOS O.DAVID MORANO; DANIEL PAIS MARTINS DE MIRANDA; LUCAS DE OLIVEIRA LIMA; YILON LIMA CHENG; JEFFERSON MENEZES VIANA SANTOS; FRANCISCO EUGÊNIO DE VASCONCELOS FILHO; VALDENOR NEVES FEITOSA JUNIOR; LUCAS BRUNO BORGES. HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Com o advento da Laparoscopia, algumas técnicas minimamente invasivas foram propostas para a correção das hérnias, usando como prerrogativa a recuperação mais rápida, os resultados finais semelhantes e a redução em algumas complicaçõesOBJETIVO: Fazer um apurado das cirurgias laparoscópicas para correção das hérnias inguinais no Hospital Geral de Fortaleza nos últimos 2 anos analisando seus resultados, complicações e perfil dos pacientes operadosMETODOLOGIA: Esse estudo trata-se de um desenho observacional, retrospectivo e descritivo realizado a partir da revisão de prontuários médicos arquivados no Hospital Geral de Fortaleza (CE).Foram coletados dados dos pacientes submetidos a correção cirúrgica eletiva de Hérnia Inguinal por Videolaparoscopia (VLP), cujos procedimentos foram realizados entre janeiro de 2015 e dezembro de 2016.Foram coletados dados a partir de prontuários de pacientes submetidos ao procedimento entre janeiro de 2015 e dezembro de 2016 que tinham como descrição de procedimento ?hernioplastia inguinal?, ?herniorrafia inguinal?, ?correção cirúrgica de hérnia inguinal? ou semelhantes e cujo procedimento foi iniciado por VLP.RESULTADOS:Nesse período foram realizadas 23 hernioplastias inguinais pelo Centro Cirúrgico Eletivo do HGF, sendo destas 3 (13,04%) em 2015 e 20 (86,95%) em 2016. No total, 6 cirurgiões participaram desses procedimentos como Cirurgião Principal. A média de idade dos pacientes foi de 53,91 anos, com idades variando entre 19 e 84 anos, sendo 8 (34,78%) destes considerados idosos (idade > ou = 60 anos). O gênero masculino foi predominante, com 21 (91,3%) dos pacientes pertencentes a este gênero contra apenas 2 (8,7%) do gênero feminino, o que corresponde a 10,5:1. A média de peso dos correspondeu a 67,78kg, com medidas variando entre 52 e 86kg. De acordo com o a classificação de ASA, 9 (39,13%) foram catalogados como ASA 1, 10 (43,48%) como ASA 2 e 4 (17,39%) como ASA 3 e nenhum dos pacientes operados foram classificados como ASA 4 ou superiorCONCLUSÃO:A técnica laparoscópica mostrou-se válida para o tratamento das hérnias inguinais e factível em nosso meio, apresentado índice de complicações similar aos descritos na literatura internacional e não apresentando registro de reabordagem ou recidivas precoces no referido períodoO perfil dos pacientes operados por VLP pelo HGF condiz com o observado nos estudos epidemiológicos, excetuando-se a proporção de hérnias diretas que se mostrou maior que as indiretas.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 311

TÍTULO DO TRABALHO: Aplicação de pneumoperitônio progressivo pré operatório (Protocolo de Goñi Moreno) para correção de hérnia com perda de domicílio - Um relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LÁZARO ANTONIO FRANCISCO FÉRES; PEDRO GUIMARÃES ROCHA LIMA; EDGAR MEGRE CARVALHO; LUIZ OTÁVIO DEMIER FREIRE RIBEIRO. HOSPITAL ALCIDES CARNEIRO, PETRÓPOLIS - RJ - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoCorreção de hérnias com perda de domicílio caracterizam um desafio para o cirurgião, pois apresentam dificuldades técnicas e grandes chances de complicações, tanto locais quanto sistêmicas.A hérnia volumosa se aloja no saco herniário, levando a uma diminuição da pressão intra-abdominal, com consequente adaptação a essa queda de pressão. Esse fato produz dificuldades no retorno venoso e linfático, além de reduzir a capacidade respiratória. Essas alterações são toleradas, pois se desenvolvem lentamente.Em 1940, Goñi Moreno propôs a técnica de indução progressiva de pneumoperitônio nesses pacientes, sendo essa recomendada para hérnias com perda de domicílio, a vantagem do protocolo é que corrige muitos dos problemas citados, elevando a pressão intra abdominal de forma gradual, melhorando o retorno venoso, a função diafragmática e aumentando o volume da cavidade abdominal, afim de adaptá-la ao novo conteúdo.Relato do CasoG.M.B. 67 anos, feminino, portadora de HAS e DM 2. Apresenta hérnia umbilical há 33 anos, com atual perda de domicílio, em acompanhamento pelo AMBE de Cirurgia Geral, em preparação pré operatória, porém, abandonou o tratamento. Interna no HAC apresentando quadro de suboclusão intestinal. Foi internada, com dieta oral zero e nutrição parenteral.Realizou-se em 09/08/16 a indução inicial do pneumoperitônio; sendo realizada manutenção e progressivo aumeto do volume no curse de 14 dias,totalizando ao final deste período 10,7L, com o volume acrescido por punção sendo definido de acordo com aceitação da paciente, que por vezes queixou-se de desconforto abdominal e vômitos. Foi realizada fisioterapia respiratória e Rx de tórax e abdome de controle. A cirurgia ocorreu m 23/08/16, com redução completa do conteúdo herniado para a cavidade e fixação de tela semi-biológica para correção da hérnia. Paciente evoluiu sem complicações, principalmente sem síndrome compartimental abdominal.DiscussãoA redução do conteúdo herniário sem complicações pós operatórias,mostrou que a indução de pneumoperitônio pré-operatório obteve sucesso. Vimos que a hérnia com perda de domicílio se apresenta como um enorme desafio, sendo o protocolo de Goñi Moreno um excelente método para melhor resultado per e pós operatório. Acreditamos que a técnica apresenta bons resultados, porém notamos poucas informações protocolares da mesma, como o volume de ar a ser introduzida e e o intervalo de tempo entre o início do pneumoperitônio induzido e a abordagem cirúrgica.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2301

TÍTULO DO TRABALHO: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES MAIORES DE SETENTA ANOS SUBMETIDOS A HERNIOPLASTIA INGUINAL ELETIVA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DANIEL DE MORAIS TAVARES1; BRUNO DE OLIVEIRA ARAUJO SOUSA2; MANOEL XAVIER DE SOUZA JUNIOR2; THEAGO ARRUDA ESPÍRITO SANTO2; FERNANDO BARATELLA DE ASSIS2; DYEGO DOS SANTOS QUEIROZ2; LUANA ARRUDA2; FERNANDA NEIVA RIBEIRO2. 1. PUC-SP, SOROCABA - SP - BRASIL; 2. COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI, CAMPINAS - SP - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVO: Avaliar a qualidade de vida de pacientes maiores de 70 anos no pós-operatório de hernioplastias inguinais, realizadas em serviço totalmente público de residência médica em cirurgia geral no interior do estado de São Paulo.MÉTODO: Foi realizado estudo longitudinal retrospective através da análise e levantamento de informações de prontuários e aplicação de questionários em consulta ambulatorial de pacientes submetidos a hernioplastia inguinal no serviço de cirurgia geral do Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi, Campinas-SP, no periodo compreendido entre os meses de setembro de 2015 e outubro de 2016. O estudo tem um formato comparativo, onde os pacientes foram divididos em dois grupos distintos de acordo com a idade em anos: grupo A maiores de 70 anos e grupo B entre 20 e 40 anos, independentemente do sexo e técnica cirúrgica optada.RESULTADOS: Estavam aptos para o estudo 61 pacientes, sendo 52,46% (n=31) pertencentes ao grupo de pacientes maiores de 70 anos, e 47,54% (n=29) pertencentes ao grupo de pacientes na faixa etária entre 20 e 40 anos. Pode se observar que 93,4% (n=97) dos pacientes são do sexo masculino e 6,6% (n=4) são pertencentes ao sexo feminino. Com relação a Classificação de Nyhus, pode-se observer que os mais freqüentes foram o Nyhus II e IIIA, sendo que a técnica mais utilizada em 98,4% dos pacientes foi a Técnica de Lienchtenstein. Das complicações apresentadas na amostra, as mais freqüentes foram relacionadas à ferida operatória (n=11), como seroma, hematoma e infecção de ferida operatória, e à bolsa escrotal (n=3), como edema e aumento de volume.CONCLUSÕES: Não houve relação de significância estatística quando comparadas as complicações com idade, sexo, tempo cirúrgico e Classificação de Nyhus. Houve relação de significância estatística quando comparadas as complicações com tempo de sintoma pré-operatório maior do que 5 anos. A qualidade de vida foi globalmente modificada com o procedimento cirúrgico. Houve relação estatística significante quando comparada melhora plena da qualidade de vida e Classificação de Nyhus. A nota global de satisfação pessoal foi de 9,8.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 3064

TÍTULO DO TRABALHO: Bloqueio perineural em hernioplastia inguinal ? Um aditivo para o controle da dor : Relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LUCAS AZEVEDO FARIA1; BÁRBARA DA SILVA OLIVEIRA FONSECA2; KENIA DAZZI BERGI1; LUIS GUSTAVO ORIGA1; JOSÉ REINALDO RIBEIRO DE QUEIROZ JUNIOR1; RODRIGO LOIOLA DE GUIMARAES1; GUILHERME AUGUSTO NUNES CORREA LIMA1; FABIO PIMENTEL MARTINS1. 1. SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BELO HORIZONTE, BELO HOROZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Cerca de 5% da população desenvolve hérnia na parede abdominal. Aproximadamente 69% de todas as hérnias ocorrem na região inguinal com uma relação de 80% dos casos atingindo homens e 20% mulheres. O tratamento dessa doença baseia-se essencialmente na correção cirúrgica. A incidência de dor após hernioplastia inguinal pode variar de 11,5% a 47% e é um fato que leva a grande desconforto pós operatório especialmente nos pacientes candidatos a alta hospitalar precoce. Objetivo: O objetivo deste trabalho é apresentar um relato de caso que foi atendido na Santa Casa de Belo Horizonte e incluído no estudo cuja amostra foi composta por 36 pacientes submetidos a hernioplastia inguinal pela técnica de Lichtenstein com identificação, preservação e bloqueio perineural dos nervos da região inguinal, com intuído de melhor analgesia e redução de complicações pós operatórias. Relato de caso: S.F.O., 62 anos, compareceu para consulta com a VIII Clínica Cirúrgica no Centro de Especialidades Médicas da Santa Casa de Belo Horizonte com queixa de dor e abaulamento em região inguinal esquerda com cerca de cinco meses de evolução. Ao exame foi constatado hérnia inguinal esquerda, de conteúdo redutível. Paciente foi submetido a hernioplastia inguinal esquerda pela técnica de Lichtenstein sob raquianestesia. Durante o procedimento foi realizada identificação e preservação dos nervos ilioinguinal, ilio hipogástrico e ramo genital do genitofemoral seguido de bloqueio perineural dos mesmos com 1 ml de Bupivacaína 0,5%. Após 6h do procedimento foi reavaliado pela equipe. O paciente estava tranquilo no leito, sem queixas álgicas, já tolerava dieta oral e deambulava sem dificuldades. Recebeu alta hospitalar 12 horas após a cirurgia, não tendo sido necessário a utilização de nenhum analgésico durante a internação. Conclusão: Os resultados evidenciaram que 83% dos pacientes não apresentaram nenhuma queixa de dor nas primeiras 6-8 horas pós-operatórias, apenas 16,6% necessitaram de 1g de dipirona em dose única cerca de 4h após o procedimento e apenas um paciente apresentou dor intensa pela escala visual analógica e fez uso de Paracetamol com Codeína. Conclui-se que o paciente submetido a infiltração perineural apresenta maior conforto por ocasião da alta, menor consumo de analgésicos, facilita a alta hospitalar precoce e retorno mais rápido às suas atividades.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1165

TÍTULO DO TRABALHO: CISTO DE ÚRACO INFECTADO EM PACIENTE DO SEXO FEMININO-RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RODRIGO EIK SAHYUN; DENISE CAMILIOS COSSIOLO; KELLYN CRISTINA GARBUIO SILVA; EMANUEL GOIS JR; HELIO APARECIDO BATISTELA JUNIOR; MARCO AURÉLIO CRUCIOL RODRIGUES; ALINE GARCIA FERRARI; NAJA NABUT. HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA, LONDRINA - PR - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOO úraco, também denominado, ligamento umbilical mediano, consiste em uma estrutura tubular na linha média que estende a partir da porção anterossuperior da bexiga até o umbigo. Trata-se de um remanescente vestigial da cloaca, extensão cefálica do seio urogenital, ou do alantoide, derivado do saco vitelino. Durante o quinto mês de desenvolvimento, ocorre à descida da bexiga para a região pélvica, resultando na formação do canal uracal. Normalmente, o úraco sofre obliteração, formando o ligamento umbilical mediano, que se localiza entre a fáscia transversal e o peritônio. Quando o canal persiste pode originar as anomalias como cisto e fistulas uracais. O cisto de úraco corresponde a 30% das anomalias uracais, sendo encontrado como massa palpável ou abcesso, na linha mediana desde o hipogástrio até a região periumbilical. Essa é a anormalidade uracal mais comum em adultos e é mais frequente no sexo masculino. Frequentemente é assintomático, sendo diagnosticado quando apresenta complicações como infecção ocasionada por contaminação hematogênica, linfática ou vesical caso persista a comunicação com a bexiga urinária. Este estudo tem por objetivo descrever um caso de cisto de úraco infectado em uma mulher, fato considerado raro. Além de discutir os aspectos relacionados ao seu quadro clínico, a suas complicações e ao seu tratamento conforme os dados de literatura especializada.RELATO DO CASOPaciente 38 anos, sexo feminino, procurou atendimento em consultório com dor abdominal periumbilical associada à hiperemia e secreção purulenta periumbilical. Foi diagnosticada como onfalite e realizado tratamento com antibioticoterapia oral. Durante investigação foi solicitado ultrassom de abdômen total que verificou imagem ovalada em região de peritônio parietal, periumbilical, sugestivo de cisto de úraco. Após a antibioticoterapia foi programada ressecção do cisto via vídeo laparoscópica. Paciente recebeu alta no segundo dia de pós-operatório sem complicações.CONCLUSÃOO caso está de acordo com o que foi encontrado na literatura. Apresenta-se como quadro infeccioso, onfalite, e é diagnosticado via ultrassonográfica. Após melhora clinica do quadro infeccioso optou-se por ressecção vídeo laparoscópica como terapêutica e maneira de prevenção de novos casos sob risco de formação de fistulas ou outras complicações possíveis

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 877

TÍTULO DO TRABALHO: CISTO DERMÓIDE EM CANAL INGUINAL: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FLÁVIA MARIA MOREIRA DE OLIVEIRA1; MARIELE RIBEIRO NUNES2; FERNANDA LARA BORGES2; LAÍS CHAVES DE SOUZA2; VINÍCIUS GUIMARÃES SILVA2; LUIZ GUSTAVO PINTO DA CUNHA2; THIAGO LEÃO SOARES2; JOÃO CLÁUDIO VIANA DA COSTA2. 1. HOSPITAL BELO HORIZONTE, BARBACENA - MG - BRASIL; 2. HOSPITAL BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
Paciente 27 anos, homem, IMC 28, sem comorbidades, sem histórico de outrascirurgias, comparece ao consultório de Cirurgia Geral devido a dor em região inguinal esquerda e presença de massa palpável nesta região aos esforços físicos há mais de 3meses.Ao exame físico é palpado a massa em região inguinal durante manobra deValsalva. Resultado do US Parede Abdominal foi encontrado uma massa na região emquestão de aproximadamente 4,0 x 3,0 x 0,8 cm compatível com hernia inguinal nãoencarcerada. Sendo indicado a hernioplastia inguinal.Durante a exploração cirúrgica, nota-se medialmente em assoalho do canalinguinal e separado do cordão espermático uma massa de cor castanha-amarelada,apresentando conteúdo um material amorfo, seroso amarelado com grumos de cabelos,sem odor. Formulado primeiramente a hipótese diagnóstica de Teratoma. Peça enviadapara análise histológica. Realizado a herniorrafia com a técnica modificada deZimmerman-Siqueira.Paciente evolui sem intercorrências no pós-operatório, recebendo alta no diaseguinte. Voltou em consultório após 5 dias levando o resultado do anatomopatológico.Este contendo a seguinte descrição: cortes de lesão cística revestida por epitélioescamoso estratificado e presença de folículos pilosos e glândulas anexas. Células comaspecto benigno. Sendo assim, fechamos o diagnóstico de cisto dermóide.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2532

TÍTULO DO TRABALHO: COMPARAÇÃO DA PREVALÊNCIA DE HERNIOPLASTIA VIDEOLAPAROSCÓPICA DA REGIÃO INGUINAL E OUTROS SÍTIOS POR MEIO DAS TÉCNICAS TEP E TAPP: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CAIO TULIO VALE FRAZÃO1; LUCIANO LEAL NEVES1; ELIAQUIM RIBEIRO DE OLIVEIRA1; DANIVAL FERREIRA DE CASTRO JÚNIOR1; LORENA PASSOS SOARES1; KENNY ROGERS MARCONDES PINTO1; DIEGO NEVES OLIVEIRA1; GENTIL AUGUSTO FRAZÃO JÚNIOR2. 1. CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIRG, GURUPI - TO - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVO: Analisar a prevalência das técnicas Transabadominal Pré-Peritonial (TAPP) e a Totalmente Extraperitonial (TEP) de hernioplastia videolaparoscópica inguinal (HVI) e outros sítios próximos. MÉTODOS: Realizou-se uma revisão sistemática feita por busca no banco de dados PubMed, LILACS e pesquisa manual. As palavras chaves para a estratégia de busca foram: Videolaparoscopic herniorrhaphy inguinal nos anos de publicação entre 2012 a 2017. O critério de elegibilidade foi definido de acordo com o número de pacientes submetidos à HVI por técnicas TEP e TAPP. RESULTADOS: Dos 25 artigos analisados 13 artigos referente a HVI por meio da técnica TAPP e 12 artigos por TEP. Com população geral de 57.636, sendo 43.390 (75,28%) da técnica TAPP e 14.248 (24.72 %) com TEP. Os Pacientes foram classificados quanto a idade em menor que 65 anos (87,20%) e maiores que 65 anos (12,80%); sexo masculino (77,11%) e feminino (22,89%), ASA (sociedade americana de anestesiologia) classificação II (51,10%), localização da região inguinal (97,70%), duração da operação e estadia hospitalar. CONCLUSÃO: Percebeu-se uma predileção maior à técnica TAPP quando comparada a TEP. Os pacientes selecionados são em sua maioria menores que 65 anos do sexo do masculino e classificados como ASA II o que vai de acordo com a literatura, em grande parte são cirurgias eletivas. Embora, exista uma pequena discrepância entre o tempo de duração da TEP sendo menor e TAPP maior, o estadiamento hospitalar são iguais. Nas cirurgias de hérnias encarceradas percebeu-se o aumento do procedimento com predomínio da TAPP com tempo de evolução do encarceramento de até 1 hora, o que mostra uma maior tendência a execução desta técnica. Os estudos são mais direcionados a tratamento da hérnias inguinal unilateral ou bilaterais e demonstram carência desses quando se refere a outros sítios da parede abdominal. A abordagem pela TEP e TAPP representam técnicas seguras e eficazes para a reparação da hérnia inguinal. No entanto, requer cirurgiões experientes para garantir a segurança com especial atenção aos principais pontos técnicos, bem como a gestão de complicações.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1285

TÍTULO DO TRABALHO: CONFECÇÃO DE PNEUMOPERITÔNEO PARA TRATAMENTO DE HERNIA COM PERDA DE DOMICÍLIO: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LAILA BITTAR LANNA; RENAN KLEBER COSTA TEIXEIRA; FERNANDA VILAS BOAS DE FREITAS; BETANIA ANDRADE SILVAO; SILVIA ZENOBIO NASCIMENTO; RAFAEL CALVAO BARBUTO. HOSPITAL DAS CLINICAS DA UFMG, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: AS HERNIAS INCISIONAIS DESENVOLVEM-SE A PARTIR DE QUALQUER TIPO DE INCISÃO DA PAREDE ABDOMINAL, SENDO OS PRINCIPAIS FATORES DE RISCO: INFECÇÃO DE SITIO CIRÚRGICO, OBESIDADE, TABAGISMO, DESNUTRIÇÃO, IMUNOSSUPRESSÃO E DISTÚRBIOS DO COLÁGENO; CASO NÃO SEJAM DEVIDAMENTE TRATADAS, ESTAS PODEM EVOLUIR COM PERDA DE DOMICÍLIO. A CORREÇÃO DESSE TIPO DE HERNIA REQUER UM CUIDADO PARA IMPEDIR UM FECHAMENTO TENSO DA CAVIDADE, VISANDO EVITAR A SÍNDROME COMPARTIMENTAL ABDOMINAL. UMA MODALIDADE DE TRATAMENTO É REALIZAÇÃO DE EXPANSÃO DO VOLUME DA CAVIDADE ABDOMINAL ATRAVÉS DE PNEUMOPERITÔNEO. RELATO DE CASO: PACIENTE DO SEXO FEMININO, 43 ANOS, OBESA, SEM COMORBIDADES, ENCAMINHADA AO AMBULATÓRIO DE PAREDE ABDOMINAL DO HOSPITAL DAS CLINICAS-UFMG DEVIDO A VOLUMOSA HERNIA INCISIONAL COM PERDA DE DOMICILIO EM CICATRIZ DE APENDICECTOMIA POR INCISÃO ESPECIFICA (ROCKY-DAVES) AOS 10 ANOS DE IDADE, SEM OUTRAS CIRURGIAS PREVIAS. SOLICITADO RISCO CIRÚRGICO E TOMOGRAFIA ABDOMINAL, NA QUAL OBSERVOU-SE CONTEÚDO HERNIÁRIO COM ALÇAS DE INTESTINO DELGADO E OMENTO DE VOLUME ESTIMADO EM 4,5L E ANEL HERNIÁRIO COM APROXIMADAMENTE 6 CM DE DIÂMETRO. INTERNADA EM ENFERMARIA PARA CONFECÇÃO DE PNEUMOPERITÔNEO. PUNCIONADO CATETER EM CAVIDADE ABDOMINAL GUIADO POR ULTRASSOM E CONFIRMADO POSICIONAMENTO POR MEIO DE TOMOGRAFIA COM CONTRASTE. REALIZADO PNEUMOPERITÔNEO DIÁRIO DURANTE 21 DIAS BASEADO EM TOLERÂNCIA DA PACIENTE, SUSPENSO NOS DIAS QUE PACIENTE NÃO TOLEROU OU EM CASO DE COMPLICAÇÕES. DOIS DIAS ANTES DO PROCEDIMENTO REALIZADA NOVA TOMOGRAFIA DE ABDOME PARA AVALIAÇÃO DE EXPANSÃO DE CAVIDADE ABDOMINAL. SUBMETIDA A HERNIOPLASTIA INCISIONAL SOB ANESTESIA GERAL COM COLOCAÇÃO DE TELA DE POLIPROPILENO. REALIZADA EM SEQUÊNCIA ABDOMINOPLASTIA PELA EQUIPE DE CIRURGIA PLÁSTICA. PACIENTE EVOLUIU BEM SEM COMPLICAÇÕES OU SINAIS DE RECIDIVA HERNIÁRIA, RECEBENDO ALTA EM BOAS CONDIÇÕES. CONCLUSÃO: A REALIZAÇÃO DE PNEUMOPERITÔNEO PRÉ-OPERATÓRIO É UMA BOA ALTERNATIVA EM CASOS DE HERNIAS COM PERDA DO DOMICÍLIO UMA VEZ QUE PERMITE O FECHAMENTO DA CAVIDADE LIVRE DE TENSÃO.

CODIGO DO TRABALHO: 2502

TÍTULO DO TRABALHO: CORREÇÃO DE HÉRNIA INCISIONAL GIGANTE ASSOCIADA À HÉRNIA DE COLOSTOMIA: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FLÁVIO DE PÁDUA BRITO DE FIGUEIREDO ALMEIDA1; WALDÊNIO ARAÚJO BARROS DOS SANTOS1; LARISSA DE OLIVEIRA FERNANDES BORBA1; SAMIA LAIZ ALVES DA FONSECA1; FILIPE DE PADUA BRITO DE FIGUEIREDO ALMEIDA2; ALEXANDRE BARBOSA DE ALBUQUERQUE2; FERNANDO SALVO TORRES DE MELLO3; TARCIANA VIEIRA DA COSTA4. 1. DISCENTE DE MEDICINA DA FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. DISCENTE DE MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA - FCM-PB, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 3. CIRURGIÃO DO APARELHO DIGESTIVO DO HULW. PROFESSOR ASSISTENTE DA FAMENE., JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 4. GASTROENTEROLOGISTA DO HULW. PROFESSORA ASSISTENTE DA FAMENE., JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: As hérnias são definidas como protrusões anormais de órgãos ou tecidos através de um defeito da parede abdominal adjacente. As hérnias incisionais predominam em mulheres (3:1), e ocorrem em 11% à 20% dos pacientes submetidos a laparotomia para quaisquer fins, sendo classificadas em pequenas (menores que 5 cm), médias (entre 5 e 10cm) e gigantes (quando maiores que 10 cm). Diagnosticadas clinicamente, a Ultrassonografia (USG) e a Tomografia Computadorizada (TC) referendam o diagnóstico, e dimensionam a falha herniária. As hérnias gigantes são corrigidas através de técnica com tela, e devido às altas recidivas, devem ser acompanhadas periodicamente após o procedimento cirúrgico. RELATO DO CASO: Paciente masculino, 53 anos, admitido em hospital municipal de João Pessoa (PB), com dor e aumento de volume abdominal, relacionado aos esforços. Ao exame: abdome com cicatrizes em linha mediana - volumoso abaulamento periumbilical - e em estomia. Cirurgia prévia por abdome agudo perfurativo (retossigmoidectomia à Hartmann), seguida de infecção de sítio cirúrgico; reconstrução de trânsito intestinal em seguida, e surgimento de hérnias incisionais posteriormente. Realizada hernioplastia, com achado de falhas incisionais ventrais (mediana - cerca de 25cm, e no orifício de colostomia anterior); alças intestinais aderidas fixamente à parede do saco herniário, sendo este dissecado e preservado. Realizada plicatura do saco herniário, com colocação de tela de Polipropileno (30x30cm) pela técnica de Rives. Mantido dreno de sucção 6.4 no subcutâneo, para aspiração de seroma. Diminuição progressiva do débito do dreno, sendo negativo à aspiração e retirado no 4º. dia pós operatório (DPO), quando o paciente recebeu alta hospitalar. Atualmente, evolui com mínimo abaulamento em região de Fossa Ilíaca Direita e infraumbilical, sem sinais clínicos ou radiológicos de recidiva. CONCLUSÃO: Realizada correção cirúrgica de hérnias incisionais gigante (mediana) e de orifício de estoma simultaneamente; empregou-se o saco herniário como reparo pela técnica de Rives, não se observando complicações a médio prazo.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1036

TÍTULO DO TRABALHO: DEFEITO DE PAREDE ABDOMINAL: HÉRNIA DE GRYNFELT - RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ITALO MASCARENHAS C MENEZES; LARISSA RICCIO TEIXEIRA CEITA; FREDY LUIZ COELHO DE CASTRO; MURILO MARTINS VIEIRA DE FARIA; BRENO CARVALHO CAVALCANTE; JOAQUIM GOMES DE ARAUJO BEDOR; LEONARDO CORDEIRO MENDES; GUTEMBERG GONÇALVES LOURA. HOSPITAL REGIONAL DE JUAZEIRO, JUAZEIRO - BA - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOAs hérnias lombares são defeitos da parede abdominal posterior muito infrequêntes. Representam cerca de 1,5-2% de todas as hérnias da parede abdominal. Podem ser classificadas como hérnias lombares congênitas ou adquiridas.As hérnias adquiridas correspondem a ceca de 80% das hérnias lombares. Elas são classificadas como primárias (espontâneas) ou secundárias, dependendo da existência de um fator causal. Hérnias primárias são mais frequentemente encontradas no lado esquerdo e no triângulo lombar superior, esta descrita por Grynfelt, em 1866, e Lesshaft, em 1870, cujos limites anatômicos são dados superiormente pela borda inferior da 12ª costela, medialmente pelo músculo quadrado lombar, e inferolateralmente pelo musculo oblíquo interno, tenho como assoalho a aponeurose do músculo transverso do abdomen. RELATO DE CASOPaciente, sexo feminino, 56 anos, trabalhadora rural (agricultura de subsistência), tabagista, procurou o ambulatorio de cirurgia geral referindo abaulamento em região toraco-lombar esquerda com início há cerca de 10 anos, tornando-se dolorosa há cerca de 30 dias. Ao exame constatava-se falha musculo-aponeurótica em região lombar superior esquerda, com protrusão de cerca de 10 cm de diâmetro, de consistência amolecida e com conteúdo redutível à palpação. Solicitados exames pré operatórios de rotina e indicada correção cirúrgica. Paciente posicionada em decúbito lateral direito sob raqui anestesia, realizadaincisão transversal em triângulo lombocostoabdominal de grynfelt, realizada dissecção cuidadosa por planos, identificada fraqueza da aponeurose do músculo transverso de cerca de 4 cm de diâmetro por onde se extruía gordura pré peritoneal. Realizada redução do conteúdo herniário seguida de reforço da aponeurose com prolene 0 e interposição de tela de poliropileno macroporosa de baixa densidade de cerca de 10x10cm. paciente evoluiu sem intercorrência no pós operatório, recebendo alta com orientações após 24h de correção cirúrgica. CONCLUSÃOEm face do exposto, pode-se inferir que o diagnóstico deste tipo de hérnia é simples, sendo quase sempre baseado na história clínica e exame físico. É importante salientar que o cirurgião deve ter sempre em mente a existência destas hérnias de modo a que a suspeita clínica favoreça um diagnóstico precoce para que a abordagem cirúrgica possa ser realizada em tempo hábil, evitando-se com isso que um problema iniciamente tratado eletivamente seja operado em caráer de urgência.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2605

TÍTULO DO TRABALHO: Desafio de hernioplastia incisional em paciente vítima de bombardeio: relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: EUDES CARVALHO ASSIS FILHO1; FERNANDA CRISTINA SOUSA SILVA1; ANNA CLARA BARROS REGATIERI1; ANA BEATRIZ BALIZA BARROS1; GABRIEL BROM ANDRADE2; DANIELLA SILVA MENA2; GIULIANO TROMBETTA AMARAL2; SÉRGIO HITOSHI MIYAZAKI2. 1. FACIPLAC, GAMA - DF - BRASIL; 2. HOSPITAL REGIONAL DO GAMA, GAMA - DF - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: As hérnias ventrais são caracterizadas por protrusão através da fáscia abdominal anterior que incluem tanto as hérnias espontâneas quanto, mais comumente, as hérnias incisionais após operação abdominal. A correção cirúrgica de hérnias incisionais abdominais (HIA) ainda é um dos procedimentos cirúrgicos mais comuns, ocorrendo em cerca de 11% das laparotomias. Em geral, as hérnias surgem nos primeiros cinco anos após a operação. O presente estudo descreve o caso de um paciente do sexo masculino, 68 anos, admitido no serviço do Hospital Regional do Gama-DF (HRG) devido a hérnia ventral e inguinal, natural da Palestina e vítima de bombardeio na Faixa de Gaza há 50 anos, sendo submetido, desde então, a 13 cirurgias devido a lesões causadas por estilhaços de bomba. Dentre essas abordagens, 9 foram abdominais, trazendo um grande desafio para a definição de terapêutica e conduta.Relato de caso: Paciente procurou o serviço por conta de uma hérnia inguinal à direita e hérnia ventral abdominal. Ao exame, observaram-se múltiplas cicatrizes abdominais, presença de anel inguinal externo direito frouxo com protrusão de conteúdo herniário à valsava. Apresentava, ainda, incisão transversal abdominal supraumbilical, com abaulamento importante a ortostase associado a anel herniário com cerca de 12cm, redutível. Paciente sabidamente diabético, hipertenso e com arritmia cardíaca. Realizou-se incisão elíptica em cicatriz prévia transversa em hemiabdome com cerca de 25cm, dissecção por planos até identificar a presença de três grandes aneis herniários com cerca de 3, 4 e 5 cm de diâmetro, isolamento e dissecção, mantendo a integridade do peritônio e síntese dos anéis herniários. Realizada a colocação de tela de polipropileno subaponeurótica (supra peritoneal) e fixada em aponeurose de músculo reto com prolene 0-0 e pontos em U. Além de colocação de dreno hemovac supra aponeurótico seguido de síntese por planos.Conclusão: Sabidamente o diagnóstico de hérnia ventral e inguinal é realizado sem muita dificuldade. Porém, neste caso, houveram vários obstáculos. Primeiramente, em relação ao diagnóstico, pois o paciente já havia sido submetido a 9 cirurgias abdominais e por isso as relações anatômicas já se encontravam bastante alteradas. Segundamente, em relação à técnica cirúrgica utilizada, devido a indisponibilidade da tela de polidioxanona (Proceed) na secretaria de saúde, utilizando-se como alternativa a tela de polipropileno subaponeurótica.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 349

TÍTULO DO TRABALHO: Diagnóstico e indicação cirúrgica atual para tratamento da paniculite mesentérica

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MATHEUS LOPES PULS1; SÉRGIO MATTOS PULS2. 1. UNIVERSIDADE DE ARARAQUARA, ARARAS - SP - BRASIL; 2. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ARARAS, ARARAS - SP - BRASIL.

RESUMO:
A paniculite mesentérica (PM) é um processo inflamatório benigno crônico inespecífico que compromete o tecido adiposo da raiz do mesentério. De etiologia desconhecida, a maioria dos pacientes permanece assintomática, embora dor abdominal central possa estar presente. Possui como complicações a fibrose progressiva, encurtamento do mesentério e compressão de vasos mesentéricos, com obstrução parcial ou completa podendo acarretar isquemia. Apesar de rara e de manifestações clínicas obscuras, deve ser considerada na abordagem do paciente com queixa de dor abdominal. Sendo assim, o objetivo desta revisão bibliográfica foi descrever as principais estratégias diagnósticas e terapêuticas cirúrgicas atuais para tratamento da PM. Buscou ? se artigos nas bases de dados Medline (acessada via Pubmed), SciELO, Scopus e biblioteca Cochrane utilizando como descritores Mesenteric Panniculitis, Managment, Treatment, Surgical, Tests e Diagnosis. Realizou-se a seleção inicial dos artigos com base nos títulos e resumos e, após verificação do conteúdo apropriado, buscou-se o texto completo, não havendo critério de exclusão quanto ao tipo do estudo. Obteve ? se 45 artigos do período de 2012 a 2017 e, destes, selecionaram ? se 28 artigos que respondiam satisfatoriamente os objetivos deste trabalho. Foram priorizados os artigos mais atuais, de mais alto fator de impacto e nível de evidência, como revisões sistemáticas. O diagnóstico da PM costumava ser apenas pela análise anátomo-patológica do mesentério removido, na qual a histologia separa a patologia em três fases (lipodistrofia aguda, paniculite mesentérica propriamente dita e mesenterite retrátil, respectivamente primeira, segunda e terceira fase). Contudo, a tomografia computadorizada e a ressonância nuclear magnética se tornaram exames úteis para confirmação da PM, demonstrando massas heterogêneas com grande componente gorduroso, de densidade discretamente elevada, associada a bandas lineares com densidade de partes moles de permeio, sem invasão vascular. PM mesentérica pode ter resolução espontânea ou não. Não há padronização do tratamento, podendo ? se usar agentes anti-inflamatórios e imunossupressores. Ressecção cirúrgica é indicada em inflamação irreversível, complicações como obstrução intestinal e perfuração e falha no tratamento clínico. Mesmo rara, a PM deve ser considerada, tendo os métodos de imagem como grandes auxiliares no diagnóstico e a ressecção cirúrgica reservada a casos mais graves.

CODIGO DO TRABALHO: 1375

TÍTULO DO TRABALHO: Endometriose de Parede Abdominal ? Relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FERNANDO FEITOSA FROTA DOS REIS; JÉSSICA CRISTINA PERCEBON; JULIANA TAMIRIS GEROMEL; WAGNER WILAR ANTUNES; SANDRO NAMIKAWA; MARCELO KASSOUF. HOSPITAL MUNICIPAL WALTER FERRARI, JAGUARIÚNA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução. A Parede abdominal é um local raro de implantação de tecido endometrial, seu acometimento está usualmente relacionado à história prévia de cesárea ou outras cirurgias abdominais, com incidência estimada de 0,03-1% pós-cesárea. A Endometriose de parede abdominal (EPA) deve ser considerada como diagnóstico diferencial em qualquer paciente com abaulamento e dor abdominal. Embora exames de imagem possam sugerir a doença, exames pré-operatórios dificilmente estabelecem o diagnóstico. A escassez de estudos e relatos na literatura torna do manejo do paciente com EPA um desafio. Relato do Caso. E.B.P., 38 anos, sexo feminino, parda, com queixa de dor em região de hipogástrio de um mês de evolução; histórico de duas cesáreas prévias, última há 12 anos do início dos sintomas. Abdome com massa dolorosa à palpação em região de hipogástrio. Tomografia computadorizada evidenciou massa sólida medindo 6,9 cm em seu maior diâmetro, associado à linfadenomegalia. Aventada hipótese de sarcoma de parede abdominal e optado por abordagem cirúrgica. Realizada exérese da lesão em bloco com margem e cadeia linfonodal. Estudo anatomopatológico positivo para endometriose em tecido músculo esquelético. Paciente evoluiu com melhora da sintomatologia, em seguimento clínico no serviço de Cirurgia Geral. Conclusão. O caso em tela fortalece os dados encontrados na literatura: em 2014, Ecker et al. observou pico de incidência aos 35 anos (+-8 anos), mais prevalente no sexo feminino, obesos, brancos e multíparas. Este revelou ainda que o tempo médio entre a cesárea e o diagnóstico de EPA foi de 7,0 anos. Zawin et al. evidenciou que o exame mais acurado para a avaliação pré-operatória é a Ressonância Magnética com sensibilidade de 71% e especificidade de 82% para EPA. Diversos autores avaliam a ressecção cirúrgica com margem como o tratamento de escolha. No entanto, Bektas et al. descreveu recorrência da lesão em

CODIGO DO TRABALHO: 2109

TÍTULO DO TRABALHO: Endometriose Umbilical: relato de caso.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MICHELLY SAMPAIO BONATES DURANS1; ARTUR SERRA NETO2; ADRIANA CARNEIRO CORRÊA NASCIMENTO3; WALDIR DA SILVA CASTRO3; ANA GISELIA PORTELA DE ARAUJO3; LISEANA DE OLIVEIRA BARBOSA4; ROCLIDES CASTRO DE LIMA3. 1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃOTAL, SÃO LUÍS - MA - BRASIL; 2. HUUFMA, SAO LUIS - MA - BRASIL; 3. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, SÃO LUÍS - MA - BRASIL; 4. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, SAO LUIS - MA - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A endometriose é um doença ginecológica benigna comum definida como a presença de tecido endometrial funcional fora da cavidade uterina . A prevalência de endometriose umbilical (EU) não é conhecida, mas é uma desordem rara. A incidência dessa doença é estimada em torno de 0,5 a 1% de todos os casos de endometriose extragenital (2). A apresentação clínica típica é um nódulo discreto, roxo azulado no umbigo, que se torna edemaciado, doloroso e sangra concomitantemente com a menstruação. Caso Clínico: Paciente de 46 anos, feminino, que iniciou quadro de abaulamento na região umbilical durante gestação em 2009, indolor, que regrediu após o parto cesariano. Refere que há 4 meses o abaulamento evoluiu com aumento progressivo, tornou-se doloroso e com drenagem de secreção hemática concomitante com o período menstrual. A paciente negava sintomas de endometriose pélvica como dismenorréia, dor abdominal ou dispareunia. Ela não estava utilizando anticoncepcionais e tinha ciclo menstrual regular. O exame físico revelou uma massa firme, localizada na cicatriz umbilical, coberto por pele marrom violácea, dolorosa a palpação, com drenagem espontânea de secreção serohemática. A massa era irredutível, porém palpava-se anel herniário de aproximadamente 2cm. Paciente apresentava cicatriz de pfannenstiel sem alterações e o restante do exame físico não demonstrou massas abdominais, linfadenopatia ou visceromegalias. A Ultrassonografia demonstrou presença de nódulo sólido cístico de cicatriz umbilical. A excisão da nodulação mais correção da hérnia foram realizadas sob raquianestesia. Foi realizada incisão circular no umbigo, retirando o conteúdo em bloco até a aponeurose, com identificação do anel herniário de aproximadamente 1,5cm com presença de gordura pré-peritoneal. Realizada sutura simples do anel, sem uso de tela. A análise histopatológica confirmou a suspeita clínica de endometriose umbilical. A paciente teve evolução favorável, recebendo alta hospitalar no primeiro dia após a cirurgia. Segue em acompanhamento ambulatorial sem sinais de recorrência até o momento. Conclusão: Endometriose umbilical deve ser suspeitada no diagnóstico de massas umbilicais, especialmente em mulheres com história de cirurgias pélvicas prévias. Este representa um caso típico de endometriose com sinais e sintomas clássicos. O tratamento de escolha é a ressecção cirúrgica e geralmente tem desfecho favorável.

CODIGO DO TRABALHO: 859

TÍTULO DO TRABALHO: ESTUDO PROSPECTIVO DA ADEQUAÇÃO NEUROTOPOGRÁFICA DA INCISÃO TRANSVERSA NA HERNIOPLASTIA INGUINAL A LICHTENSTEIN

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CARLOS JOSÉ LAZZARINI MENDES; RODRIGO ALTENFELDER SILVA; DANIEL PEREIRA AYRES NETTO; ISABELA CAMPOS BRIANTI; MIRNA DUARTE BARROS; KASSEM SAMIR SALEH; ADHEMAR MONTEIRO PACHECO JR.. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo A hernioplastia à Lichtenstein, através da incisão transversa exige a identificação dos nervos iliohipogástrico, ilioinguinal e ramo genital do nervo genitofemoral1. Estudamos dados antropométricos que contemplem se a incisão permite a identificação dos nervos iliohipogástrico, ilioinguinal e ramo genital do nervo genitofemoral2.MétodoForam submetidos à hernioplastia 29 doentes portadores de hérnia inguinal unilateral, Nyhus Tipos II ou III, realizadas 10 dissecções das regiões inguinais de cinco cadáveres adultos. Foram realizadas medidas antropométricas: tamanho e topografia da incisão, medidas da abertura do ângulo púbico, índice de massa corpórea, distâncias da pube à incisão e do plano bicristailíaca e as correlações entre variáveis de interesse, buscando identificar dos nervos (Figura 1).ResultadosMedidas de altura (p=0,108), IMC (p=0,343) e de circunferência abdominal (p=1,000); correlações entre o tamanho da incisão e a medida do ângulo púbico foram de r=-0,17 p=0,406; tamanho da incisão e IMC (r=0,56 p=0,002), tamanho da incisão e circunferência abdominal (r=0,56 p=0,002), altura da incisão e a altura da pube r=-0,26 p=0,174; altura do paciente e ângulo púbico (r=-0,33 p=0,092). A associação das medidas: IMC (OR=1,79; 95% CI=0,83-3,87) p=0.136; circunferência abdominal (OR=0,61; 95% CI=0,34-1,11) p=0,104; ângulo púbico (OR=0,98; CI=0,88-1,08) p=0,641 e tamanho da incisão (OR=2,36; CI=0,32-17,35) p=0,399; não havendo evidências de associação significante da identificação dos nervos com as variáveis. A taxa de identificação dos nervos foi doentes/cadáveres: iliohipogástrico 29(29)/9(10), 100% p=0,147, ilioinguinal: 29(29)10(10),100%; ramo genital do genitofemoral: 26(29)9(10), 89,7/80% p= 0.488 (Tabela 1).Conclusão Concluimos que, para esse grupo com as medidas antropométricas, a incisão transversa é topograficamente adequada para a identificação dos nervos nervos iliohipogástrico, ilioinguinal e ramo genital do nervo genitofemoral, permitindo-se optar por essa via. De acordo com o estudo a incisão transversa é uma escolha adequada, neurotopograficamente alocada no sentido de minimizar complicações pós-operatórias, sobretudo, a inguinodínea pelo uso da tela aposta inadequadamente sobre os nervos.1.Lichtenstein IL, et al. The Tension-Free Hernioplasty. Am J Surg. 1989;157:188?193.2.Barazanchi AWH, et al. Routine Neurectomy of Inguinal Nerves During Open Onlay Mesh Hernia Repair. Ann Surg. 2016. [Epub ahead of print].

CODIGO DO TRABALHO: 2073

TÍTULO DO TRABALHO: Evisceração espontânea em escroto por hérnia inguinal cronicamente encarcerada

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCUS FELIPE GONÇALVES FEITOSA1; FERNANDES TAVARES ANDRADE2; PAULO VICENTE DOS SANTOS FILHO3; BEATRIZ SANTOS TEIXEIRA4; MARIANA WILLES SANTANA SOARES4; MATHEUS DE SOUZA NOGUEIRA5; MILENA GUIMARÃES LIMA5; NAZARETH FERREIRA BUENO5. 1. FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA, ARACAJU - SE - BRASIL; 2. HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE, ARACAJU - SE - BRASIL; 3. COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES, ARACAJU - SE - BRASIL; 4. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE, ARACAJU - SE - BRASIL; 5. UNIVERSIDADE TIRADENTES, ARACAJU - SE - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A hérnia inguinal é uma das patologias mais frequentes na prática do cirurgião geral. Atualmente, grande parte dos pacientes que procuram o atendimento destes profissionais apresentam hérnias de pequenas dimensões, por vezes assintomáticas, fato que torna cada vez mais raro o diagnóstico de hérnias inguino-escrotais gigantes. Relato do caso: Paciente do gênero masculino, 84 anos, hipertenso, foi atendido no serviço de urgência do Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE), com queixa de evisceração de alças intestinais pelo escroto enquanto dormia, associado a vômitos. Referiu surgimento de abaulamento em região inguinal direita há 24 anos, com herniação para escroto há 10 anos e encarceramento há 16 meses. Relatou que há 3 meses surgiram duas úlceras em pele do escroto. Mantinha dejeções diárias. Ao exame físico apresentava hérnia inguino-escrotal primária gigante, com evisceração de cerca de 30 cm de alça de intestino delgado por orifício de úlcera em região lateral superior direita do escroto. O mesmo apresenta-se edemaciado e com outra úlcera na sua face inferior direita. Foi indicado o tratamento cirúrgico de urgência, sendo submetido a inguinotomia à direita. O conteúdo intestinal foi reduzido para a região inguinal e durante esta manobra houve uma pequena perfuração em íleo terminal, quer foi reparada com síntese em dois planos. Foi realizado um inventário das alças e estas se mostraram viáveis sem sinais de isquemia ou necrose. O apêndice cecal apresentava-se hiperemiado, sendo indicada a apendicectomia. Após a lavagem exaustiva das alças com soro fisiológico, estas foram reduzidas para a cavidade abdominal pela incisão. Foi realizada a reconstituição do assoalho da região inguinal, identificado o cordão espermático, tratado o saco herniário e realizado o reparo pela técnica de Bassini, em virtude da contaminação local. Realizada a síntese por planos da região inguinal e sutura do escroto com colocação de dreno de penrose. Paciente evoluiu no 1º DPO com distensão abdominal, com ruídos hidroaéreos débeis, normotenso e normocárdico, com edema em escroto e saída de líquido serosanguinolento pelo dreno. No 2º DPO evoluiu com dispneia importante, queda da saturação de oxigênio, sendo indicada o suporte com ventilação mecânica, porém o paciente evoluiu para óbito em 1 hora. Conclusão: Foi descrito o relato de um caso extremamente raro de evisceração espontânea de alças intestinais por escroto.

CODIGO DO TRABALHO: 1086

TÍTULO DO TRABALHO: FASCEÍTE NODULAR INTRAMUSCULAR DE GRANDE EXTENSÃO: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ERIC DE OLIVEIRA SOARES JÚNIOR1; MARÍLIA ALVES ARAUJO FERREIRA2; JORGE LUIZ C. C. GOMES ABRANTES3; SABRA MARIELA FERNANDES FALCÃO2; TÁSSYLLA CAROLINE FERREIRA PEREIRA3; JOÃO VICTOR PEREIRA GOMES3; THIAGO LUIS AGUILAR CARLOS PEREIRA4; EVERTON PEREIRA DIAS LOPES4. 1. ITPAC, ARAGUAINA - TO - BRASIL; 2. ITPAC/FAHESA, ARAGUAINA - TO - BRASIL; 3. ITPAC/FAHESA, ARAGUAÍNA - TO - BRASIL; 4. HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAÍNA, ARAGUAÍNA - TO - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A fasceíte nodular (FN) é uma proliferação reativa benigna dos tecidos moles de etiologia não elucidada que afeta com mais frequência adultos jovens. A lesão tem crescimento rápido, porém geralmente é autolimitada. O subtipo subcutâneo é mais incidente, seguido pela forma intramuscular. Em virtude dessa expansão acelerada, da alta celularidade e da atividade mitótica pode ser confundida com sarcomas. Seu diagnóstico só é firmado mediante estudo histopatológico. Relato de caso: F.M.A, feminino, 69 anos, dá entrada com queixa de nodulação em fossa ilíaca direita que se estendeu até a coxa direita, com três semanas de evolução. Relatava internação prévia para tratamento de celulite em região abdominal. Ao exame: abdome globoso, flácido, indolor à palpação superficial, com massa em fossa ilíaca direita que se estendia para dorso e coxa direita; ruídos hidroaéreos presentes. Membro inferior direito edemaciado até base da coxa, sem pulso poplíteo palpável. Foi realizada ultrassonografia de partes moles que evidenciou enorme massa cística de conteúdo anecóico com grumos em suspensão, iniciando-se em hipocôndrio direito envolvendo flanco e fossa ilíaca direita, atravessando região inguinal, estendendo-se até terço proximal da coxa ipsilateral. A paciente foi submetida ao procedimento cirúrgico, com ressecção do tumor de partes moles de parede abdominal/inguinal direita, com linfadenectomia inguinal e reconstrução com retalho miocutâneo. Foi instalado dois drenos portovac em coxa direita. O estudo anatomopatológico do material evidenciou Fasceíte nodular intramuscular, com ausência de indícios de malignidade e hiperplasia folicular linfoide reacional inguinal. A paciente evoluiu bem no pós-operatório imediato, os drenos foram retirados no 2° DPO e recebeu alta 24 hrs depois com orientações e acompanhamento ambulatorial.Conclusão: A FN é a lesão benigna fibrosa pseudosarcomatosa de maior frequência. O subtipo subcutâneo é o mais comum, no entanto o tipo intramuscular, é o que mais simula neoplasia de partes moles. A etiologia é desconhecida, todavia acredita-se que tenha associação com trauma. Pode acometer qualquer região do corpo, entretanto é mais incidente na extremidade superior. A principal hipótese diagnóstica durante a internação foi a de sarcoma, um dos principais diagnósticos diferenciais da FN, que foi descartada somente após resultado do estudo histopatológico. O tratamento é a exérese da lesão. A recidiva é incomum, com taxas em torno de 1%.

CODIGO DO TRABALHO: 2368

TÍTULO DO TRABALHO: Fechamento de Peritoneostomia: Relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CAMILA ALOISE CRUZ; GLAUCO LEONEL PERTICARRARI OSÓRIO; GIULIANO CAMPOLIM GAGLIOTI; GUSTAVO FERNANDES DE ALVARENGA; LORRAINE CRISTINA PASSOS MARTINS; FELIPE MARTIN BIANCO ROSSI; PAULO MARCOS LONGUINI MAZILI. HIAE, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução:O objetivo principal do fechamento abdominal temporário é controlar as perdas de fluidos e minimizar a perda de domínio. Com o tempo, a aponeurose se retrai da linha média, o intestino subjacente torna-se aderente à cavidade peritoneal. e as complicações também aumentam. O melhor método de fechamento abdominal temporário entretanto não foi determinado. Técnicas de fechamento com tela como a utilizada podem minimizar a retração aponeurótica facilitando seu fechamento posterior, entretanto o controle do fluido é subótimo e, assim, são freqüentemente usadas em conjunto com um sistema de pressão negativa para prevenir a maceração da pele e simplificar o cuidado da ferida. Relato de caso: Paciente do sexo masculino de 60 anos, obeso, tabagista, submetido a correção eletiva de Aneurisma de Aorta Abdominal Infra-renal e Artérias Ilíacas Comuns evoluiu no 8PO com distensão abdominal, leucocitose, aumento de PCR, piora da função renal e instabilidade hemodinâmica. Submetido a laparotomia exploradora com identificação de necrose e perfuração bloqueada de sigmoide e reto alto. Submetido a retossigmoidectomia, colostomia terminal e peritoneostomia com curativo á vácuo. Em revisão de peritoneostomia optado por fechamento temporário em ponte com tela de polipropileno suturada com chuleio de Prolene aproximando as bordas aponeuróticas, sobre material plástico estéril evitando o contato direto com as alças intestinais. Após 72h realizado fechamento definitivo de parede abdominal com tela de polipropileno suturada em ponte aproximando bordas aponeuróticas, sobre o omento maior. Paciente evoluiu sem complicações da ferida operatória e sem o surgimento de hérnia incisional. ConclusãoO uso de tela de polipropileno na peritoneostomia possibilitou o fechamento definitivo na próxima reabordagem, com tela fixada sem tensão ou hipertensão intra-abdominal. Apesar do risco de hérnia ventral nesses pacientes, o nosso resultado foi satisfatório, o que nos leva a crer na eficácia da técnica utilizada.

CODIGO DO TRABALHO: 2458

TÍTULO DO TRABALHO: HÉRNIA AMYAND ENCARCERADA: RELATO DE UM CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MATHEUS DE CARVALHO BASSANI; ANTONIO ANGELO ROCHA; JULIANO RODRIGUES OLIVEIRA; DENNISON GUERREIRO COVAS; EDUARDO PEREIRA BUENO; ALCIDES JOSÉ RIZZO BRAGA. SANTA CASA POÇOS DE CALDAS, POÇOS DE CALDAS - MG - BRASIL.

RESUMO:
A descrição de uma hérnia inguinal com o apêndice cecal em seu interior foi realizada, pela primeira vez por Claudius Amyand em 1735. Desde então, esta hérnia tem recebido do seu nome como homenagem. Hérnia de Amyand é caracterizada pela presença de apendicite no interior do saco herniário. Porém vem sendo usado mesmo naquelas situações em que o apêndice cecal encontra-se normal. A incidência de Hérnia de Amyand é de aproximadamente 1% de todas as hérnias.Este trabalho tem por objetivo deste trabalho é relatar o caso de um paciente com encarceramento herniário por hérnia de Amyand com presença de aderência importante em saco herniário de apêndice cecal.Paciente foi submetido a inguinotomia direita, sendo encontrado hérnia inguinal indireta (Nyhus II), com presença do ceco como conteúdo herniário e apêndice cecal aderido firmemente ao saco herniário.Realizado apendicectomia, seguido de herniorrafia à Lichtenstein.A hérnia de Amyand é uma condição rara (aproximadamente 1% de todas as hérnias) em que o apêndice vermiforme é parte do conteúdo da hérnia e pode, eventualmente, evoluir como apendicite de difícil diagnóstico. Tem manifestação clínica variável, sem faixa etária preferencial, atingindo predominantemente o sexo masculino. No caso em questão, houve a presença de apêndice cecal, firmemente aderido ao saco herniário, sem sinais de estrangulamento herniário e/ou apendicite aguda.Diferentemente do caso descrito, a presença de complicações é comum, com evolução para perfuração e peritonite, que, é um dos principais fatores que determinam o prognóstico. Em relação ao tratamento, a prioridade é a resolução das complicações, com realização de apendicectomia associada à herniorrafia na maioria dos casos. Entretanto, a realização de apendicectomia profilática, nos casos em que não há sinais de apendicite aguda é controversa, sendo a conduta definida pela maioria dos autores como ideal, devido à possibilidade de recidiva de hérnia e à dificuldade de diagnóstico mais tardio de complicações. É necessário considerar a possibilidade de hérnia de Amyand na presença de hérnia inguinal indireta, especialmente se houver sinais de encarceramento ou estrangulamento.A hérnia de Amyand, apesar de descrita há muito tempo, ainda trás dificuldades no seu diagnóstico pré-operatório e controversas no seu tratamento. Fatos esses que obrigam o cirurgião a lembrar sempre desta patologia ao se abordar uma hérnia inguinal, principalmente em pacientes masculinos.

CODIGO DO TRABALHO: 1655

TÍTULO DO TRABALHO: Hérnia de Amyand - Série de Casos

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: SUZANA MANUELA PEREIRA1; LUCAS FERNANDES BONAMIGO2; ANDRÉ LUIZ PARIZI MELLO2. 1. UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA, PALHOÇA - SC - BRASIL; 2. HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ - DR HOMERO DE MIRANDA GOMES, SÃO JOSÉ - SC - BRASIL.

RESUMO:
Objetivos: Descrever nossa experiência com Hérnia de Amyand para de auxiliar na investigação diagnóstica e escolha terapêutica. Materiais e métodos: Série de casos incluindo todos os pacientes com diagnóstico de Hérnia de Amyand de janeiro de 2015 a janeiro de 2017 no Hospital Regional de São José ? Dr Homero de Miranda Gomes, SC, Brasil. Os pacientes foram acompanhados durante sua internação hospitalar e consultas ambulatoriais. Resultados: 3 paciente foram acompanhados, 2 do sexo masculino e 1 do sexo feminino, com idade variando entre 62 e 74 anos. Todos os pacientes possuíam hérnia inguinal indireta direita, com diagnóstico através de ultrassonografia ou tomografia computadorizada. O primeiro paciente apresentava apendicite aguda edematosa, segundo fase gangrenosa e o terceiro perfurativa. Todos os paciente foram submetidos a apendicectomia via inguinotomia. A técnica de Bassini foi utilizada no primeiro paciente, evoluindo para recidiva local da hérnia. Nos demais foi usada técnica de Lichenstein sem recidiva local. Os dois primeiros pacientes permaneceram internados por 2 dias após a cirurgia e o terceiro por 11 dias para tratar hematoma local. Conclusões: Não achamos complicações locais associadas com uso de tela inorgânica, mas a maioria dos autores não recomenda seu uso por associação com morbidades como infecção local, recidiva de hérnia e fístulas. Mais estudos são necessários para guiar o tratamento dessa condição clínica, uma vez que os resultados encontrados ainda são contraditórios. ReferênciasFonseca-Neto OCL da, Lucena RCC, Çacerda CM. Amyand´s Hernia: inguinal hérnia with acute appendicitis. ABCD, arq. Bras. Cir. Dig. 2014 Dec ; 27(4) : 309-210] Ivanschuk G, Cesmevasi A, Sorenson EP, Blaak C, Loukas M Tubbs SR. Amyand´s hernia: a review. Med Sci Monit. 2014 Jan 28;20:140-6 Michalinos A, Moris D, Vernadakis S. Amyand´s hernia: a review. Am J Surg. 2014 Jun; 207(6) : 989-95.Pun A, Khatri R. left sided Amyand´s hernia with sliding component. JNMA J Nepal Med Assoc. 2013 Jan-Mar ; 52 (189) : 285-7 Kinoo MS, Aboobakar MR, Singh B. Amyand´s hernia: a serendipitous diagnonsis. Case Rep Surg. 2013; 2013 : 125095. Goyal S, Goyal S. Amyand´s hernia ? two case report along with review. JMR 2016; 2(3) : 55-56 Von-Mühlen B, Franzon O, Beduschi MG, Kruel N, Lupselo D. Avaliação do escore de AIR para apendicite aguda. Arq Bras Cir Dig. 2015:28(3) : 171-173.

CODIGO DO TRABALHO: 3119

TÍTULO DO TRABALHO: hernia de amyand : relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GUILHERME DE LIMA POZZATTO. IRMANDADE DE MISERICORDIA DE CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL.

RESUMO:
Relato de caso hérnia de amyand tratamento cirúrgicoautores: guilherme de lima pozzatto, mariana garcia freitas franco, marcela dias, amanda fernandes fregoneis, leandro leonel, gustavo fonseca dos santos, suellen chaves torres, andressa araujo, carlos eduardo soares souza limaIntrodução: hérnia de amyandi consiste em uma hérnia inguinal contendo apêndice vermiforme em seu interior. É uma entidade rara, mais comum em homens, com diagnostico pre operatório difícil, sendo diagnostico feito durante ato cirúrgico. Independente estar em apendicite ou não, o tratamento cirúrgico é mandatório com a correção da hérnia e apendicectomia no mesmo tempo operatório.Objetivo: relato de caso de paciente do sexo masculino, idoso com dor em região inguinal direita há 1 dia, associada a abaulamento da região inguinal sem sinais flogisticos, não redutível.Metodologia: Relato de caso com levantamento de prontuário e revisão de literatura pelo pubmed e scieloResultados: Realizado exames laboratoriais sem evidenciar leucocitose ou desvio. Foi indicado tratamento cirúrgico com diagnóstico de hernia inguino - escrotal direita estrangulada. Optada pela herniorrafia inguinal direita, sendo achado durante procedimento o apêndice vermiforme dentro do saco herniario, com sinais de processo inflamatório agudo. Optada pela apendicectomia estratégica, com posterior correção da hérnia pela técnica de Bassini. Paciente apresentou boa evolução clinica no pos operatório, recebendo alta com antibioticoterapia e seguimento ambulatorial.Conclusão: a ocorrencia de apendicite agudos em saco herniário e descrito em pacientes com idade variando entre três semanas e oitenta e oito anos. Sendo o diagnóstico desta enfermidade é feito frequentemente na mesa de cirurgia durante o ato operatório . Nos casos com complicação com apendicite aguda, o paciente apresenta quadro de abdome agudo e o diagnóstico diferencial é feito com hérnia encarcerada e/ou estrangulada. Nos casos com apêndice normal não se recomenda a apendicectomia, apenas a redução da víscera e tratamento do saco herniário como realizado no caso descrito. Já nos casos com apendicite aguda a literatura recomenda a apendicectomia através da inguinotomia e, quando não houver contaminação intra-cavitária, deve-se realizar o reparo da hérniano mesmo tempo cirúrgico desta afecção, na sua correta conduta terapêutica desta emergência cirúrgica.

CODIGO DO TRABALHO: 1471

TÍTULO DO TRABALHO: HÉRNIA DE AMYAND ? UM RELATO DE CASO NO HOSPITAL ESCOLA SÃO CAMILO E SÃO LUIZ (HESL) EM MACAPÁ-AP EM 2015.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOAO DA SILVA JUNIOR1; WANDERSON WILLIAN DOS SANTOS DIAS2; PEDROMAR VALADARES MELO3; BRUNO DA SILVA PINGARILHO3; SAMUEL LAUER FILHO3; ANTONIO WALTER RAYMONDI LIZANA3; TAMIRES IEMES VICHIATOFF4; ELINALDO DA CONCEIÇÃO DOS SANTOS5. 1. FAMEMA, MARÍLIA - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL CRISTO REDENTOR, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 3. HOSPITAL SÃO CAMILO, MACAPÁ - AP - BRASIL; 4. UNIMAR, MARÍLIA - SP - BRASIL; 5. HOSPITAL SÃO CAMILO, MACAPÁ - RS - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Paciente com 50 anos de idade com o diagnóstico de hérnia inguinal direita recidivada submetido a nova hernioplastia onde foi identificado um hérnia de amyand.Relato de Caso: Paciente do sexo masculino, A.B.D 50 anos, sem comorbidades, com história previa de hernioplastia inguinal direita há dois anos deu entrada no ambulatório de cirurgia geral do HESL no ano de 2015 com quadro de abaulamento em região inguinal direita com piora do mesmo aos esforços, associado a dor de leve intensidade e episódios de constipação intestinal sem outros sintomas. No exame físico identifica-se na manobra de Valsava uma hérnia inguinal direita redutível sem sinais inflamatórios.Conclusão: Com o diagnostico da hérnia dopaciente foi indicado a intervenção cirúrgica eletiva, onde foi submetido a inguinotomia direita e após exploração do saco herniário identificou-se a presença de apêndice cecal integro, sem sinais de flogose realizando-se a apendicectomia na mesma região de inguinotomia onde empregou-se a técnica de Lichtenstein na correção da hérnia inguinal, de maneira clássica, sem intercorrências.

CODIGO DO TRABALHO: 1042

TÍTULO DO TRABALHO: HÉRNIA DE AMYAND À ESQUERDA: ABORDAGEM E PROPEDÊUTICA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOSÉ WALTER FEITOSA GOMES1; PAULO MARCOS LOPES1; ANISIO JOSE ALMEIDA ALEXANDRE1; MOISÉS FRANCISCO DA CRUZ NETO1; OCTAVIO LUIS ALVES DA SILVA1; GUSTAVO GOMES MARTINS2; WALTER BATISTA DE SANTANA NETO3; CARLOS MAGNO QUEIROZ DA CUNHA3. 1. HOSPITAL E MATERNIDADE JOSÉ MARTINIANO DE ALENCAR, FORTALEZA - CE - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA - CE - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE DE FORTALEZA, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃODescrita em 1735 pelo cirurgião francês Claudius Amyand, a hérnia de Amyand é caracterizada pelo achado do apêndice, inflamado ou não, dentro do saco herniário inguinal. Este tipo de hérnia é rara, possuindo incidência de 0,5% a 1%, tornando-se ainda mais rara (0,1%) em casos com apendicite aguda. Devido a baixa frequência muitas vezes torna-se uma entidade desconhecida por muitos cirurgiões. Este relato descreve entidade ainda mais rara, uma hérnia inguino-escrotal esquerda com a presença de apendicite em um procedimento eletivo.RELATO DO CASOHomem, 44 anos, procurou ambulatório de cirurgia geral do Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar queixando-se de abaulamento em região inguinal esquerda há um ano associado a história de dor local há 6 meses e história prévia de hernioplastia a direita há 2 anos.No dia anterior à data da realização da correção eletiva da hérnia, o paciente passou a apresentar dor escrotal leve e dificuldade de redução do saco herniário. O abdome estava flácido, indolor à palpação e sem sinais de irritação peritoneal.No momento da cirurgia apresentava eritema escrotal e optou-se pela realização da inguinotomia prévia a redução da hérnia inguinal esquerda. No trans-operatório foi identificado o ceco e apêndice cecal eritematoso como conteúdo do saco; optando-se pela apendicectomia associado a confecção de bolsa de tabaco, redução dos restante do conteúdo do saco e hernioplastia esquerda. O paciente evoluiu sem complicações recebendo alta no primeiro dia do pós-opertório, apresentou a biópsia da apendicectomia com diagnóstico patológico de apendicite e sem infecção de sítio cirúrgico no retorno ambulatorial.CONCLUSÃOA hérnia de Amyand é rara, embora contemple duas patologias frequentes, de apresentação variáveis e que atingem faixa etária abrangente. Acredita-se que a apendicite aguda no saco herniário ocorre devido a isquemia da compressão realizada pelo anel herniário, evoluindo com sintomas típicos da apendicite. A apendicectomia é mandatória nos casos em que há inflamação como o aqui relatado, porém não é recomendada quando não há achados inflamatórios, já que não teria benefícios e a retirada desse órgão pode trazer riscos. Também é importante ressaltar neste caso que o paciente apresentava um quadro incomum devido à localização à esquerda, a coincidência do início dos sintomas próximos à cirurgia eletiva e um desfecho positivo enriquecendo a controvérsia da colocação de tela nos casos que existe apendicite.

CODIGO DO TRABALHO: 1377

TÍTULO DO TRABALHO: HÉRNIA DE AMYAND COM APENDICITE AGUDA EM FASE NECRÓTICA: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: KAREN CRISTINE PEREIRA RIBEIRO1; FABRÍCIO GONZAGA E SILVA2; FRANCO FERNANDES NETO1; VERENA LIMA DA SILVA NASCIMENTO2; LUIS GUSTAVO RESENDE RODOVALHO1; CARLISA COSTA OLIVEIRA1; JESSICA LARA ANJOS1. 1. HOSPITAL REGIONAL ANTÔNIO DIAS, PATOS DE MINAS - MG - BRASIL; 2. MARIO PALMERIO HOSPITAL UNIVERSITARIO, UBERABA - MG - BRASIL.

RESUMO:
A HÉRNIA DE AMYAND CONSISTE EM HÉRNIA INGUINAL CUJO SACO CONTÉM O APÊNDICE ILEOCECAL, SUA INCIDÊNCIA ESTÁ EM TORNO DE 1% DE TODAS AS HÉRNIAS, O ACHADO DE APENDICITE AGUDA DENTRO DA HÉRNIA OCORRE EM 0,13% DAS VEZES, COM VARIAÇÃO DE MORTALIDADE 15-30% DEVIDO A SEPSE ABDOMINAL GRAVE, DESCRITA PELA PRIMEIRA VEZ, POR CLAUDIUS AMYAND, EM 1735. ATINGE COM LIGEIRO PREDOMÍNIO O SEXO MASCULINO E SEU DIAGNÓSTICO É, NA MAIORIA DAS VEZES, INTRA-OPERATÓRIO.PACIENTE DO SEXO FEMININO, 84 ANOS, ADMITIDA DEVIDO A DOR ABDOMINAL HÁ 07 DIAS, COM PARADA DE ELIMINAÇÃO DE FLATOS E FEZES, CONFUSA, COM SINAIS DE SEPSE GRAVE. HISTORIA DE HERNIA INGUINAL A DIREITA HÁ 06 MESES, ATÉ NO MOMENTO REDUTÍVEL, DIABETES MELLITUS E HIPERTENSÃO ARTERIAL. LEVADA A LAPAROTOMIA DE URGÊNCIA, COM ACHADO HERNIA INGUINAL A DIREITA ESTRANGULADA, SENDO SEU CONTEÚDO O APENDICE CECAL E ALÇAS DE DELGADO, ESTANDO AMBOS NECRÓTICOS. FOI REALIZADA APENDICECTOMIA E ENTERECTOMIA SEGMENTAR, FEITA ANASTOMOSE COM GRAMPEADOR LINEAR, LATERO-LATERAL E APENDICECTOMIA. REALIZADA TAMBÉM, INGUINOTOMIA A DIREITA, COM CONTEÚDO EM CANAL INGUINAL DE PONTA DE APENDICE CECAL E SEGMENTO DE ALÇA DE DELGADO, AMBOS NECRÓTICOS. FEITO DEBRIDAMENTO DO LOCAL E RETIRADA DE TECIDO NECRÓTICO, ATO SEM INTERCORRÊNCIAS. APÓS O PROCEDIMENTO, PACIENTE FOI ENCAMINHADA AO CTI, ONDE PERMANECEU NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO, E FOI ENCAMINHADA A ENFERMARIA. PACIENTE APRESENTAVA-SE COM BOA EVOLUÇÃO, MAS NO 10º DIA PÓS-OPERATÓRIO (DPO), INICIOU COM DOR E DISTENSÃO ABDOMINAL E VÔMITOS PÓS-PRANDIAIS. REALIZADA TOMOGRAFIA DE ABDOME, SENDO DIAGNÓSTICADA, COLECISTITE AGUDA. REALIZADA NOVA LAPAROTOMIA EXPLORADORA, COM VESICULA BILIAR NECRÓTICA SENDO REALIZADA COLECISTECTOMIA. NO 4º DPO APRESENTOU HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA, LEVADA AO CTI, DEVIDO A CHOQUE HIPOVOLÊMICO. RECEBEU ALTA DO CTI, NO 12º DPO DA COLECISTECTOMIA, PERMANECEU POR MAIS 04 DIAS INTERNADA E RECEBEU ALTA EM BOM ESTADO, ALIMENTANDO-SE, DEAMBULANDO, COM HÁBITOS INTESTINAIS PRESERVADOS, AFEBRIL, BOM CONTROLE DO DIABETES MELLITUS E DA HIPERTENSÃO ARTERIAL.A HERNIA DE AMYAND É UMA CONDIÇÃO RARA, SEU MANEJO DEPENDERÁ DA EXPERIÊNCIA E CAPACIDADE TÉCNICA DO CIRURGIÃO, BEM COMO DO QUADRO CLÍNICO DO PACIENTE. É IMPORTANTE O DIAGNÓSTICO DE IMAGEM PRÉ-OPERATÓRIO, SEMPRE QUE POSSÍVEL, VISTO QUE, O PACIENTE PROCURA ATENDIMENTO MÉDICO, SOMENTE EM VIGÊNCIA DE DOR ABDOMINAL AGUDA. SENDO NECESSÁRIO ALTO PODER DE SUSPEIÇÃO E TRATAMENTO CIRÚRGICO IMEDIATO, A FIM DE EVITAR POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES GRAVES.

CODIGO DO TRABALHO: 2885

TÍTULO DO TRABALHO: HÉRNIA DE AMYAND E LITTRE ENCARCERADA À ESQUERDA OCASIONANDO ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: REBECA ANTUNES DE OLIVEIRA1; ÉRIKA ALVES DUTRA DA SILVA2; RENATA CARLOTTO DE LIMA3; FLAVIA RAIANE DA SILVA DE OLIVEIRA2; KATHERINE GUIMARÃES DE ALENCAR2; ANA CLARA REIS BORGES2; LETÍCIA LOPES CORDEIRO SOARES2; TIAGO COSTA DO AMARAL4. 1. INSTITUTO VIGOR, PORTO VELHO - RO - BRASIL; 2. CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO LUCAS, PORTO VELHO - RO - BRASIL; 3. HOSPITAL DE BASE DR. ARY PINHEIRO, PORTO VELHO - RO - BRASIL; 4. HOSPITAL PRONTO SOCORRO JOÃO PAULO II, PORTO VELHO - RO - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO Hérnia inguinal é a protusão do conteúdo abdominal através do anel inguinal profundo ou através da parede posterior do canal inguinal. Cerca de 7% dos casos apresentam estruturas incomuns no interior do saco herniário. Hérnia de Amyand possui apêndice vermiforme no saco herniário, podendo ou não estar inflamado. Hérnia de Littré caracteriza-se pela presença de divertículo de Meckel no interior do saco herniário. Ambas as patologias possuem incidência menor que 1%.RELATO DO CASO V.V.S, homem, 73 anos, refere dor abdominal em flanco esquerdo há 5 dias, com parada da eliminação de fezes e flatos, associado a êmese. Relata ser portador de hérnia inguino-escrotal esquerda há 10 anos. Ao exame físico o paciente apresentava pressão arterial de 170x90 mmHg, frequência cardíaca 86 bpm, abdome flácido, distendido, ruídos hidroaéreos diminuídos, doloroso a palpação profunda em flanco esquerdo, ausência de irritação peritoneal e volumosa hérnia inguino-escrotal esquerda não redutível. Exame radiográfico com nível hidroaéreo sem pneumoperitônio. O paciente foi encaminhado para cirurgia com hipótese diagnóstica de abdome agudo obstrutivo. Realizado inguinotomia transversa, observou-se que o saco herniário possuía grandes dimensões e no seu interior havia intestino delgado com divertículo de Meckel, ceco com apêndice e parte do colón ascendente, sem sinais de sofrimento de alças, sem apendicite ou inflamação do divertículo de Meckel. Foi reduzido o conteúdo herniado para a cavidade e realizado rafia do saco herniário. Além disso, realizou-se reforço posterior através da técnica de Lichtenstein. Paciente recebeu alta após 3 dias.CONCLUSÃONa maior parte dos casos, a hérnia de Amyand ocorre do lado direito, provavelmente devido à posição anatômica do apêndice. No caso supracitado, a hérnia apresentou-se do lado esquerdo, constituindo uma entidade rara, pois poucos são os relatos na literatura a respeito desta posição à esquerda. Ambas as hérnias, quando se apresentam no lado esquerdo, estão associadas à situs inversus, mal rotação intestinal e mobilidade cecal. O diagnóstico destas enfermidades é feito, na maioria dos casos, durante o ato operatório e o tratamento instituído varia de acordo com as condições clínicas e o comprometimento do conteúdo do saco herniário.

CODIGO DO TRABALHO: 1517

TÍTULO DO TRABALHO: Hernia de Amyand em hernioplastia recidivante: relato de caso.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOSE FERNANDO MARQUES CARDOSO; MIRELLA DE FATIMA FUKUDA; RICARDO ADRIANO NASSER BARBOSA DA SILVA; TALITA SALLUM DE MENDONÇA; MONICA MAZZURANA BENETTI; GUINES ANTUNES ALVAREZ. HOSPITAL GUILHERME ALVARO, SANTOS - SP - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoA hérnia de Amyand, originalmente descrita por Claudius Amyand em 1735, é caracterizada pelo apêndice cecal inflado dentro do saco herniário na hérnia inguinal direta. Este epônimo também é utilizado quando o apêndice encontra-se em seu estado normal.Normalmente, seu diagnóstico é feito nos casos de cirurgia de urgência, sendo raro quando realizado no pré operatório.Relato de casoR.F.G., 60 anos, masculino, procedente de Santos ? SP, portador de esquizofrenia e transtorno bipolar, com herniorrafia inguinal direita (realizada há 56 anos) e hernioplastia inguinal esquerda e herniorrafia umbilical (realizada há 1 ano) de cirurgias prévias, deu entrada no serviço de Cirurgia eletiva do Hospital Guilherme Álvaro ? Santos, devido quadro de hérnia inguinal direita recidivada, evidenciado ao exame físico e ultrassonográfico.Foi submetido à inguinotomia direita e após exploração do saco herniário identificou-se apêndice cecal normal no seu interior, aderido ao mesmo. Realizou-se dissecção do apêndice e por causa de aderências indicou-se à apendicectomia tática, realizada com ponto transfixante. Devido ausência de processo infeccioso, optou-se por realizar hernioplastia inguinal pela técnica de Lichtenstein.ConclusãoA localização anatômica do apêndice cecal favorece a sua entrada nos defeitos que acometem o anel inguinal interno.Quando o apêndice encontra-se normal, pode-se optar pela redução do mesmo, sem necessidade de apendicectomia. Neste caso, devido presença de aderências optou-se pela abordagem cirúrgica.Nos casos de apendicite aguda, pode-se realizar a apendicectomia pela inguinotomia, porém, não deve-se utilizar telas de material sintético na confecção da hernioplastia devido presença de contaminação bacteriana.

CODIGO DO TRABALHO: 2086

TÍTULO DO TRABALHO: HERNIA DE AMYAND: ABORDAGENS CIRÚRGICAS - RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GUTEMBERG GONÇALVES LOURA1; CICERO DIEGO DE CASTRO SILVA2; LARISSA RICCIO TEIXEIRA CEITA2; GÉSSICA PEREIRA GOMES3; ITALO MASCARENHAS C MENEZES2; LEONARDO CORDEIRO MENDES2; MURILO MARTINS VIEIRA DE FARIA2; FREDY LUIZ COELHO DE CASTRO2. 1. HOSPITAL REGIONAL DE JUAZEIRO - BA, JUAZEIRO - BA - BRASIL; 2. HOSPITAL REGIONAL DE JUAZEIRO, JUAZEIRO - BA - BRASIL; 3. UNIVESRSIDADE ESTÁCIO DE SÁ, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Hérnia de Amyand é um tipo raro de hérnia inguinal, definida pela presença de apêndice cecal no saco herniário, estando acompanhada ou não de quadro de apendicite. Pode apresentar-se como uma protrusão inguinal ou inchaço inguinoescrotal e geralmente é diagnosticada como hérnia inguinal estrangulada ou irredutível. Foi relatada pela primeira vez em 1731, pelo francês, Rene Jacques Croissant de Garangeot, porém, coube ao cirurgião inglês, Claudius Amyand, a realização, em 1735, da primeira apendicectomia exitosa por apêndice perfurado dentro de um saco herniário inguinal encarcerado, acarretando na denominação desta condição em sua homenagem.Relato de caso: Paciente masculino, 45 anos, pardo, agricultor, deu entrada no deu entrada no serviço de emergência do Hospital Regional de Juazeiro (HRJ), em Juazeiro/BA, com quadro de dor e abaulamento em fossa ilíaca direita (FID) associada a distensão abdominal, náusea vômitos e parada de eliminação de fezes e flatos há cerca de 4 dias da admissão. Ao exame, evidenciado abaulamento doloroso e não redutível em região inguinal direita. Antecedente de hernioplastia inguinal direita há cerca de 15 anos. Submetido a procedimento cirúrgico sob raquianestesia, realizada incisão oblíqua em região inguinal direita; observada hérnia inguinal indireta com grande saco herniário contendo epíplon, ceco e apêndice cecal; todas as estruturas sem evidências de sofrimento vascular. Realizada ampliação de anel inguinal interno e redução do conteúdo herniado, não sendo realizada apendicectomia. Procedida a secção e ligadura alta do saco herniário e reforço do anel inguinal seguida de aposição de tela de polipropileno, e correção da hérnia pela técnica de lichtenstein. Paciente evoluiu em pós operatório com íleo adinâmico, sem outras complicações. Recebeu alta no quarto dia de pós operatório assintomático, com normalização de transito intestinal. Retornou ao ambulatório após 15 e 45 dias da alta médica, sem queixas e com evolução favorável.Conclusão: A abordagem cirúrgica baseia-se no estado do apêndice vermiforme. Embora a apendicectomia não seja procedimento de rotina, em casos de apendicite aguda ou nos quais o estado inflamatório adere o apêndice à superfície do saco da hérnia, uma apendicectomia torna-se necessária. A rápida identificação e bordagem são determinantes no sucesso terapêutico e diminuem sobremaneira o risco de complicações sépticas e desfechos desfavoráveis.

CODIGO DO TRABALHO: 1662

TÍTULO DO TRABALHO: HÉRNIA DE AMYAND: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: HENRIQUE MOURA PARREIRA1; RODRIGO SPÍNOLA E SILVA1; FERNANDO SIMÕES DE SENA1; MARCELO FERNANDES MAIA DE LIMA1; RAYANE CORREA DE ALMEIDA2; JOAO PAULO MOREIRA RIGUEIRA1; YARA OLIVEIRA ALVES3; LUCAS ARANTES SIQUEIRA4. 1. HOSPITAL MARCIO CUNHA, IPATINGA - MG - BRASIL; 2. UNESC, COLATINA - ES - BRASIL; 3. FAMEVAÇO, IPATINGA - MG - BRASIL; 4. UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO, OURO PRETO - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: As herniações possuem grande representatividade dentre as etiologias mais comum tratadas por cirurgiões gerais. Destas, aproximadamente 75% ocorrem na região inguinal, sendo: hérnia incisionais correspondentes a 10% de todas as herniações abdominais, femorais a 3% e 5%-10% relativo às herniações menos comuns como lombares, Spiegel, dentre outras. A variante femoral é mais comum em mulheres, enquanto a incidência de hérnia inguinal em homens é muito maior do que no sexo feminino.acometendo um a cada quatro homens durante toda a vida. A herniação de Amyand refere-se a um apêndice inflamado ou não, ou mesmo perfurado compondo uma hérnia inguinal irredutível. Sendo, quando ocorre, quase invariavelmente diagnosticada como hérnia inguinal complicada.RELATO DE CASO: APS, 77 anos, masculino, branco, aposentado, apresentando tumoração em região inguinal direita, dolorosa e irredutivel, com sinais de sofrimento local, porém sem sinais de obstrução intestinal. Realizado tratamento cirúrgico da herniação com abertura do saco herniário, evidenciando presença do apêndice em seu interior. Procedeu-se à apendicectomia, ressecção com ligadura alta do saco herniário e hernioplastia à Litchenstein. O paciente apresentou boa evolução pos-operatória com alta no segundo dia pós-cirúrgico.CONCLUSÃO: Claudius Amyand realizou a primeira apendicectomia em 1735 em um menino de 11 anos com apêndice perfurado dentro de uma hérnia inguinal encarcerada. Um saco herniário pode conter gordura, omento, intestino delgado ou cólon. Em aproximadamente 1% dos casos, foi relatada a presença do apêndice como integrante da herniação. Entre os fatores predisponentes para esta condição incluem um grau deficiente de rotação embriológica intestinal e a presença de ceco longo e móvel com extensão pélvica.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 533

TÍTULO DO TRABALHO: HÉRNIA DE GARENGEOT ? RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: HERCULES RICARDSON DANIEL DE ALBUQUERQUE FILHO1; IURI ESTRELA DE OLIVEIRA2; LUÍS FELIPE REVOREDO ANTUNES DE MELO2; MAIRA DE ARAUJO BARROS XAVIER2; GIULIANNA PETRA DANTAS DE MEDEIROS1. 1. HOSPITAL REGIONAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA / SESAP-RN, PARNAMIRIM - RN - BRASIL; 2. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES / UFRN, NATAL - RN - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Em 1731, Rene Jacques Croissant De Garengeot diagnosticou, pela primeira vez, a presença de apêndice cecal em hérnia femoral encarcerada. Em 1785, Hervin realizou a primeira apendicectomia em um paciente diagnosticado com uma hérnia de Garengeot.RELATO DE CASO: Paciente 59 anos, sexo feminino, com aumento progressivo e sinais flogísticos em região inguinal direita. Com diagnóstico intra-operatório de hérnia de Garengeot com apendicite aguda e submetida a apendicectomia.CONCLUSÃO: A hérnia De Garengeot é uma entidade rara, com menos de 100 casos descritos na literatura. É ainda mais rara associada a apendicite. Sua incidência é de 0,8% a 1% na população geral, de 0,5% a 5% em todos os pacientes com hérnias femorais diagnosticadas e de 0,08% a 0,5% associada a apendicite. Apesar de não haver uma técnica padronizada para tratamento, sabe-se que este é sempre cirúrgico e de urgência.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1251

TÍTULO DO TRABALHO: HÉRNIA DE GRYNFELT: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ROBSON DAVID DE ARAÚJO LIAL1; DIEGO COIMBRA ALENCAR1; JOÃO EMILIO LEMOS PINHEIRO FILHO2; MARIANE MENDES GIL BARBOSA SANTOS2; GUILHERME MEIRELES FERREIRA3; GERMANO DE SOUSA LEÃO4; EULER DAVE CARDOSO RIBEIRO MATOS SILVA5; MAC DAVE CARDOSO RIBEIRO MATOS SILVA6. 1. FACULDADE INTEGRAL DIFERENCIAL, TERESINA - PI - BRASIL; 2. HOSPITAL SANTA MARIA, TERESINA - PI - BRASIL; 3. HOSPITAL GETÚLIO VARGAS, TERESINA - PI - BRASIL; 4. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ, TERESINA - PI - BRASIL; 5. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA, TERESINA - PI - BRASIL; 6. HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE TERESINA, TERESINA - PI - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A hérnia de Grynfelt resulta de uma falha na fáscia transversal ou aponeurose do músculo transverso do abdome. Esse defeito pode ter incidência de até 2% quando comparado com as demais hérnias de parede abdominal. Embora tenha diagnóstico simples (exame clínico e algum método de imagem como ultrassonografia), essa patologia, é na maioria das vezes subdiagnosticada. RELATO DE CASO: Mulher, 34 anos, admitida no serviço de cirurgia geral em um hospital privado de Teresina ? PI em janeiro/2017 com relato de uma protrusão em região lombar/subcostal direita redutível manualmente e que desaparecia em decúbito dorsal espontaneamente. Anteriormente, 3 meses, tinha sido identificado como lipoma e submetido à exérese cirúrgica por outro profissional, com recidiva no mês supracitado. Logo em seguida foi solicitado uma tomografia computadorizada a qual revelou extrusão de gordura perirrenal através da falha sublombar direita. Após resultado do exame de imagem, a paciente foi encaminhada à cirurgia para correção da falha com colocação da tela de polipropileno. Atualmente a paciente segue em bom estado clínico e sem recidivas. CONCLUSÃO: Esse caso revela a importância de sempre ter em mente o diagnostico diferencial de Hérnia de Grynfelt nos abaulamentos lombares,cujo diagnóstico é simples e muitas vezes não realizado ou realizado de maneira equivocada por falta de conhecimento da patologia.Bibliografia: ALCOFORADO, Camila et al . Hérnia de Grynfelt. ABCD, arq. bras. cir. dig., São Paulo , v. 26, n. 3, p. 241-243, Sept. 2013 . Available from . access on 11 Feb. 2017. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-67202013000300017.Cesar D, Valadão M, Murrahe RJ. Grynfelt hernia: case report and literature review. Hernia. 2012 Feb;16(1):107-11.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1850

TÍTULO DO TRABALHO: HÉRNIA DE GRYNFELTT COMO CAUSA DE ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ALESSANDRO XAVIER MOURA1; DENNIS BAIRD DAVISON ROBERTONI2; ALEXANDRE VENÂNCIO DE SOUSA2; RICARDO VIEIRA ZERATI2; HENRIQUE VIVI BUZO2; MARIANA FERNANDES INACIO2; FELIPE LOPES2; TAUA LOURENZO CUNHA E CARVALHO2. 1. FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ, JUNDIAI - SP - BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAI, JUNDIAI - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Hérnias lombares são a protrusão de conteúdo intra-abdominal através de uma fraqueza na parede abdominal posterior. Embora anatomicamente situada na região posterior são classificadas como um tipo de hérnia da parede abdominal. São divididas com base na topografia anatômica, localizando-se nas regiões superior (triângulo de Grynfeltt) ou inferior (triângulo de Petit). Apresentam-se com cerca de 300 casos relatados na literatura desde que foi pela primeira vez descrita em 1672. Predominam no sexo masculino, unilateralmente, a esquerda e no triângulo lombar superior. O quadro clínico consiste em uma protrusão semiesférica na regiao lombar que aumenta de tamanho com o aumento da pressão local (tosse, atividade extenuante) pode ser acompanhado de náuseas, vômitos e dor à palpação. Pode apresentar como complicações: alça intestinal encarcerada ou estrangulada, isquemia ou perfuração intestinal. O diagnóstico ocorre através da suspeita clínica, exame físico e exames de imagem. O tratamento consiste na reparação cirúrgica.RELATO DO CASO: N.A.N., feminino, 69 anos, admitida no Hospital São Vicente de Paulo de Jundiaí com dor e abaulamento em região lombar esquerda há 10 horas, sem outras queixas. Refere hábito intestinal previamente normal, sem alterações de transito ou parada de eliminação de flatos ou fezes. Nega Febre. Refere quadro semelhante há 2 anos com melhora espontânea após uso de analgésicos. Hipertensa, hipotireoidea, antecedente de arritmia, correção de hérnia lombar a direita há 22 anos e umbilical há 18 anos. Ao exame físico, presença de cicatriz de correção de hérnia em região periumbilical e lombar direita. À região lombar esquerda notava-se abaulamento da região, em grande volume, com ruídos hidroaéreos, indolor a palpação, irredutível e endurecida, sem sinais flogisticos. O abdôme apresentava-se globoso, com ruídos hidroaéreos diminuídos, indolor a palpação, sem sinais de irritação peritoneal. Submetida a exames laboratoriais e de imagem, confirmando hérnia lombar superior a esquerda.CONCLUSÃO: Ao identificar a presença de hérnias lombares o objetivo é eliminar o defeito e reconstruir cirurgicamente uma parede abdominal que possa resistir aos estresses futuros. Duas possíveis técnicas são a abordagem direta aberta com uma incisão cutânea sobre o local da hérnia e a abordagem laparoscópica. O cirurgião deve escolher a abordagem de acordo com sua experiência e conhecimento da técnica. No presente caso foi optado pela abordagem direta.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1666

TÍTULO DO TRABALHO: HÉRNIA DE PETIT: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FERNANDO SIMÕES DE SENA1; RODRIGO SPÍNOLA E SILVA1; HENRIQUE MOURA PARREIRA1; HIGOR SOUZA CARLECH1; MARCELO FERNANDES MAIA DE LIMA1; RAYANE CORREA DE ALMEIDA2; YARA OLIVEIRA ALVES3; MATHEUS MARTINS OLIVEIRA4. 1. HOSPITAL MARCIO CUNHA, IPATINGA - MG - BRASIL; 2. UNESC, COLATINA - ES - BRASIL; 3. FAMEVAÇO, IPATINGA - MG - BRASIL; 4. UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO, OURO PRETO - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: As hérnias lombares são raras, com aproximadamente 400 casos descritos. São definidas como a extrusão de conteúdo intra ou retroperitoneal através de qualquer ponto da região lombar. Podem ser congênitas ou adquiridas, sendo referidas como espontâneas ou secundárias (traumáticas e incisionais). As adquiridas ocorrem em dois locais de maior fraqueza da parede lombar: triângulo lombar superior (Grynfelt) e inferior (Petit). O triângulo de Petit tem como base a crista ilíaca, como limite anterior a borda posterior do músculo oblíquo externo e como limite posterior a borda anterior do músculo grande dorsal. Seu assoalho é composto pela fáscia transversalis e os músculos oblíquo interno e transverso, podendo o primeiro, que responde pela principal contenção ao nível do trígono supracitado, apresentar alteração em seu ponto de inserção, que, ao invés de se situar no osso ilíaco, produz ponto de fraqueza nesta topografia. RELATO DE CASO: S.S.B., 67 anos, hígida. Relatou lombalgia discreta à esquerda de início há um ano associado a entumescimento lombar. Ao exame: tumoração lombar de aproximadamente 4 cm que sofria aumento volumétrico à manobra de Valsalva, com redutibilidade parcial. À palpação, verificava-se atrofia da musculatura do triângulo de Petit. Realizado tratamento cirúrgico.CONCLUSÃO: O tratamento cirúrgico precoce no tempo do diagnóstico é a escolha mais apropriada devido à segurança relativa à técnica cirúrgica, com muito baixa taxa de complicações descritas. O principal fator predisponente nas hérnias de Petit reside na não-inserção do músculo oblíquo interno na crista ilíaca, permanecendo apenas a fáscia transversalis, enfraquecendo esta topografia favorecendo a herniação. A história e exame físico frequentemente permitem o diagnóstico. O conteúdo herniário encontrado foi o saco herniário e gordura retroperitoneal, que foram identificados, dissecados e invaginados. Foi realizada rafia do orifício herniário com inserção da prótese sobre a fáscia transversalis e fixada nos músculos limítrofes e nas estruturas ósseas como a 12ª costela e a crista ilíaca conforme descrição de Alexandre. Existe grande dificuldade quanto a escolha da técnica ideal devido ao reduzido número de casos utilizados nas descrições da literatura e a falta de consenso. No caso aqui relatado utilizamos prótese de Marlex devido às estruturas músculo-aponeuróticas delgadas e grande exposição da fáscia transversalis, com bom resultado até o momento.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2306

TÍTULO DO TRABALHO: HERNIA DE SPIEGEL

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: SAULO CAVALIERI PEREIRA1; MARCIO NUCCI DOS SANTOS1; LUCAS GARCIA DE OLIVEIRA2. 1. FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ, JUNDIAÍ - SP - BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAI, JUNDIAÍ - SP - BRASIL.

RESUMO:
Paciente, 50 anos, sexo feminino, branca, admitida no presente serviço devido hérnia abdominal em quadrante inferior direito presente há 1 ano. Paciente obesa, sem outras comorbidades e antecedentes pessoais de histerectomia há 17 anos.Ao exame físico apresentava-se em abdome na inspeção estática apresentava hérnia em quadrante inferior direito pouco visível devido obesidade, com alteração diminuta à manobra de Valsalva, a ausculta apresentava RHA+ e à palpação abdome flácido e indolor. Submetida a procedimento cirúrgico em que foi realizada incisão oblíqua em fossa ilíaca direita de aproximadamente 10 cm, . Identificado saco herniário de aproximadamente 7 cm de diâmetro, seguido de sua invaginação para cavidade abdominal, correção da falha aponeurótica e colocada tela de polipropileno sobre aponeurose. Paciente evoluiu bem, recebendo alta no quinto dia pós operatório.As hérnias de Spiegel caracterizam-se por serem raras e de difícil diagnóstico devido a sua clínica inespecífica. Denominadas hérnia de Spigel ou hérnia ventrolateral espontânea do abdome e apresentam protrusão de um saco peritoneal, gordura pré-peritoneal, ou algum órgão por um defeito na região aponeurótica do transverso abdominal, situada entre a linha semilunar e a borda lateral do reto abdominal, na zona de Spiegel..Na maioria dos casos o diagnóstico é clínico, porém o advento da ecografia possibilitou o aumento do número de diagnósticos e possibilitou uma maior segurança no diagnóstico diferencial com apendicite, abscesso apendicular, neoformação da parede abdominal e hematoma da bainha dos retos. A tomografia computadorizada é muito útil é quando essas hérnias se tornam encarceradas ou estranguladas e a cirurgia laparoscópica é pouco utilizada como diagnóstico por requerer invasão da cavidade abdominal com consequente trauma peritoneal e risco de injúria visceral. O diagnóstico precoce pode em muitos casos, ser retardado por fatores como ausência de sintomas típicos e a falta da experiência médica com esse tipo de hérnia, sendo ainda mais complicado pelo fato da aponeurose do músculo oblíquo externo encontrar-se intacta, cobrindo o defeito da parede abdominal. A hérnia de Spiegel pode complicar encarcerando ou estrangulando, por isso a importância de se diagnosticar e tratar prontamente. A cirurgia é primordial e atualmente as técnicas de hernioplastia pré-peritoneal tension-free tem sido as técnicas de escolha, baseando em uma incisão transversa seguida de reparo primário.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1529

TÍTULO DO TRABALHO: Hérnia de Spiegel bilateral ? relato de um caso e revisão da literatura

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANDRÉ JIN FUJIOKA; ADEMAR CÂNDIDO DE OLIVEIRA; GABRIEL PINTO LARA FALEIRO; LAWRENCE PASCOAL JUNQUEIRA; MARCELA CAMPOLINA MUNIZ; THALINE BANDEIRA DE SOUZA. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CIÊNCIAS MÉDICAS - FACULDADE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Há cerca de 400 anos, o anatomista belga, Adriaan van den Spiegel, descreveu pela primeira vez um tipo de defeito na parede abdominal raro que em sua homenagem leva o nome de hérnia de Spiegel. Esta surge através de uma falha da aponeurose spigeliana, entre a linha semilunar e a borda lateral do músculo reto, logo abaixo da linha arqueada de Douglas e, na maioria das vezes, acima dos vasos epigástricos superiores.Objetivo: Apresentar um caso de hérnia de Spiegel bilateral, analisar as manifestações clínicas e recordar a literaturaMétodo: Trata-se da paciente M.A.A do sexo feminino 47 anos, leucoderma, natural e procedente de Belo Horizonte. Referenciada por quadro de dor abdominal com 12 meses de evolução, localizada a fossa ilíaca direita tipo cólica associada as manobras de Valsalva, evoluindo com tumefação nesta região e aumento progressivo do tamanho. Posteriormente, refere tumefação e sintomas similares em fossa ilíaca esquerda. Realizou ultrassonografia de parede abdominal que confirmou a presença da hérnia de Spiegel bilateral. Sob anestesia raquidiana através de uma incisão pararetal bilateral com dissecção até a aponeurose do músculo oblíquo externo, a seguir incisão na aponeurose, identificados ambos sacos herniários que continham gordura preperitoneal. Submetida a hernioplastia bilateral e utilizada tela de polipropileno 7,5cm x 15cm para reforço da parede. Ato ocorrido sem intercorrências. Obteve alta hospitalar no 2o dia pós-operatório. Retornou no ambulatório de cirurgia geral após três meses sem sinais de recidiva e assintomática. Conclusão: As hérnias spigelianas se apresentam com a protrusão de um saco herniário por meio de um defeito adquirido ou congênito através da fáscia spigeliana, que faz parte da aponeurose do músculo transverso abdominal, situada entre a linha semilunar e a borda lateral do músculo reto, acima dos vasos epigástricos inferiores, ao nível da linha arqueada, local onde a fáscia apresenta-se mais larga e delgada. Diferente das hérnias da parede abdominal anterior, o sintoma mais comum é a dor e não a tumefação, o que torna mais difícil o diagnóstico, podendo ser necessário recorrer a exames de imagem para diagnóstico.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1381

TÍTULO DO TRABALHO: HÉRNIA DE SPIEGEL COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DOR ABDOMINAL INTERMITENTE

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: WALTER BATISTA DE SANTANA NETO1; CARLOS MAGNO QUEIROZ DA CUNHA1; GIOVANNI TROIANI NETO1; JOSÉ EVERARDO SILVEIRA NETO1; DAVI ROCHA MACAMBIRA ALBUQUERQUE1; ADAUTO CAPISTRANO ABREU DA PONTE2; JOSÉ NEY PRIMO FEITOSA2; FRANCISCO JULIMAR C. DE MENEZES1. 1. UNIVERSIDADE DE FORTALEZA, FORTALEZA - CE - BRASIL; 2. SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL SÃO RAIMUNDO, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoA Hérnia de Spiegel é um dos mais raros tipos de hérnia da parede abdominal, tendo incidência de 0,1 a 2% e maior prevalência em mulheres entre os 50 e 60 anos. São decorrentes de defeito congênito ou adquirido da aponeurose próximo ou na linha semilunar. Além de raras, elas frequentemente apresentam sintomas não característicos, devido à localização do saco herniário ser posterior a aponeurose do músculo oblíquo externo. Além disso, elas podem ser intraparietais, não havendo massa evidentemente visível ou palpável, representando potencial risco (10-30%) de encarceramento e estrangulamento. Relatamos aqui caso de uma hérnia rara causando dor intermitente, a qual permaneceu subdiagnosticada durante 3 meses.Relato de CasoPaciente feminina, obesa, multípara, 75 anos, chegou ao pronto atendimento de hospital terciário apresentando dor abdominal intermitente há três meses, sem alterações urinárias ou gastrointestinais. Ao exame físico encontrava-se afebril, com abdome doloroso à palpação em quadrante inferior esquerdo, havendo abaulamento de difícil palpação em fossa ilíaca esquerda. Relatava retossigmoidectomia prévia e hérnia incisional secundária à mesma. Hemograma, função renal e urina I não apresentaram alterações. Diante disto, foi solicitada inicialmente Ultrassonografia (US) abdominal, onde observou-se imagem hipoecóica na transição do flanco esquerdo com fossa ilíaca esquerda. Em seguida, foi realizada tomografia computadorizada (TC), que evidenciou imagem compatível com herniação na região suprainguinal à esquerda, compatíveis com hérnia de Spiegel do tipo intraparietal. Após o diagnóstico, optou-se pela hernioplastia aberta, em que foi colocada uma tela de Marlex. Paciente evoluiu bem no pós-operatório, sem intercorrências ou complicações.ConclusãoO diagnóstico dessa afecção é difícil pelos sintomas variáveis e inespecíficos, como na paciente em questão, que relatava apenas dor abdominal intermitente, provavelmente pela alternância entre encarceramento e redução. Outros diagnósticos diferenciais são hematoma espontâneo do reto abdominal, diverticulite e neoplasia de cólon. O US é um exame de boa relação custo benefício, porém é um exame operador dependente, apresentando sensibilidade de 83 a 100%. Mesmo a TC possuindo alta valor preditivo, ela pode ser inconclusiva, portanto, a literatura aponta a laparoscopia diagnóstica como padrão ouro. Pelo potencial risco de encarceramento e estrangulamento, o tratamento de escolha é cirúrgico.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2300

TÍTULO DO TRABALHO: HÉRNIA DE SPIEGEL: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DANIEL DE MORAIS TAVARES1; LUCIANO CRUANES GULLO2; ALFONSO JOSE BORRAS TAVARES2; BRENO NAGAMINE BENJAMIN DE SOUZA2; MARILIA IAIA NAHAS JUNQUEIRA2; THEAGO ARRUDA ESPÍRITO SANTO2; FERNANDO BARATELLA DE ASSIS2; BRUNO DE OLIVEIRA ARAUJO SOUSA2. 1. PUC-SP, SOROCABA - SP - BRASIL; 2. COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI, CAMPINAS - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A hérnia de Spiegel é um tipo raro de hérnia, correspondendo a apenas 0,1 a 2% das hérnias da parede abdominal. Descrita como uma protrusão, predominantemente de gordura pré-peritoneal, através de uma fraqueza congênita ou adquirida da fáscia spigeliana, formada pela aponeurose compreendida medialmente pelo músculo reto abdominal e lateralmente pela linha semilunar. Seu diagnóstico é desafiador e por vezes tardio, devido seus sintomas frustros representados por dor localizada em flanco e discreto abaulamento local, necessitando muitas vezes de exames de imagem complementares para o exato diagnóstico. Seu tratamento é cirúrgico, por acesso aberto ou laparoscópico, com ou sem o uso de malhas sintéticas, indicado devido alto risco de encarceramento e estrangulamento.RELATO DO CASO: Paciente S.S.A., 44 anos, sexo feminino, branca, casada, católica, vigilante, natural e moradora de Campinas ? SP. Apresenta obesidade grau II, com história cirúrgica prévia de salpingectomia há quatro anos por gravidez ectópica. Negou doenças prévias, tabagismo ou etilismo. Atendida no ambulatório de cirurgia geral do Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi ?Ouro Verde? em fevereiro de 2015, devido queixas de dor e abaulamento progressivos em flanco abdominal esquerdo há dois anos. Ao exame físico notava-se abaulamento redutível pouco doloroso em flanco esquerdo, aventando-se hipótese diagnóstica de hérnia de Spiegel. Exames pré-operatórios sem alterações, sendo indicado o procedimento cirúrgico eletivo. Realizado hernioplastia, com uso de tela de polipropileno fixado em espaço pré peritoneal, em agosto de 2015, sem intercorrências. Tempo de internação de dois dias. Retornou em consulta ambulatorial pós-operatória após sete dias, sem queixas ou intercorrências desde a alta hospitalar. Retorno tardio após 45 dias da cirurgia, apresentando-se assintomática, com ferida operatória com boa cicatrização, sem sinais de flogose ou de recidiva herniária, manifestando satisfação com o procedimento cirúrgico, recebendo alta ambulatorial.CONCLUSÃO: Apesar de ser um tipo raro de hérnia de parede abdominal, seu diagnóstico deve ser sempre aventado em caso de abaulamento nesta região, devendo sua correção cirúrgica ser de domínio de todo cirurgião geral. Seu tratamento não requerer grande experiência ou recursos materiais de difícil disponibilidade, se não corrigido corretamente a tempo possui grande risco de complicações como encarceramento e estrangulamento.

CODIGO DO TRABALHO: 2795

TÍTULO DO TRABALHO: Hérnia de Spiegel: revisão da literatura e relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CYBELE CUNHA FARIA; LEONARDO CLÁUDIO ORLANDO; AMANDA ALVES DE OLIVEIRA. UNAERP, RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: As he?rnias de Spiegel (HS) localizam-se ao ni?vel da linha semilunar de Spiegel, no bordo lateral dos mu?sculos retos abdominais. São entidades raras, correspondem de 0,12 a 2% de todas as he?rnias da parede abdominal. Pode considerado um defeito conge?nito ou adquirido, e quando adquirido, costuma se desenvolver durante a quarta e a se?tima de?cada de vida. Afeta ambos os lados direito e esquerdo, sendo discretamente mais frequente em mulheres. O diagnóstico pode ser obtido através da clínica, mas ultrassonografia e tomografia computadorizada são recursos bastante utilizados. Habitualmente estas he?rnias te?m indicac?a?o ciru?rgica pelo risco de encarceramento que ronda os 25% e pelo risco de estrangulamento que pode atingir os 10%. Pode ser realizado reparação primária, com tela ou cirurgia laparoscópica. Relato do caso: Paciente C.C.S, 38 anos, G6P6A0, com queixa de dor e abaulamento em região periumbilical direita há 1 ano e 5 meses. Relata que os sintomas tiveram início após último parto cesáreo e que os mesmos atrapalham suas atividades diárias, nega melhora da dor com uso de analgésicos simples. Sem outras comorbidades. Ao exame: abdome semigloboso, doloroso a palpação profunda, com presença de abaulamento em região de QID, acentuado por manobra de Valsalva. Feito diagnóstico de hérnia incisional (Spiegel) e indicado correção cirúrgica. Foi realizado abordagem anterior, com abertura dos planos, dissecc?a?o e reduc?a?o do conteu?do hernia?rio e encerramento do orifi?cio. Optado por colocação de prótese sintética, devido ao tamanho da hérnia e por garantir melhores resultados.Conclusão: Ao contrário da maioria das hérnias da parede abdominal anterior, o sintoma mais frequente na HS é a dor e não a tumefação, sendo por isso considerado um diagnóstico de exclusão. Muitas vezes é necessário o auxílio de exames de imagem para confirmação diagnóstica. Este caso descrito reitera a importância de um alto nível de suspeição perante a clínica de dor ao longo da linha de Spiegel, em particular se for localizada inferiormente ao umbigo. O diagnostico e abordagem cirúrgica precoce, evitam complicações como estrangulamento, que na HS atinge até 10% dos pacientes.

CODIGO DO TRABALHO: 361

TÍTULO DO TRABALHO: HERNIA DE SPIEGEL:RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FERNANDO FIGUEIREDO1; ROBERTO GEISS KOCH2; MARINA FIGUEIREDO1. 1. HOSPITAL MÃE DE DEUS, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 2. HOSPITAL MAE DE DEUS, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOA hérnia de Spiegel é um raro defeito da parede abdominal. Ocorre através da aponeurose Spigeliana, entre a linha semilunar e a borda lateral do reto abdominal Geralmente não apresentam sintomas característicos . A cirurgia é indicada devido ao risco de estrangulamento. O conteúdo do saco herniário pode ser intestino delgado, epiplon, cólon, apêndice cecal, bexiga e, mais raramente, divertículo de Meckel . A abordagem cirúrgica é através de hernioplastia convencional, com ou sem prótese, ou laparoscópica RELATO DE CASOMulher, 75 anos consulta eletiva com queixa de dor localizada em FIE há muito tempo e piora progressiva nos últimos meses. Marca passo cardíaco. Intolerância a lactose. Informou recente internação hospitalar durante 5 dias devido à dor abdominal diagnosticada e tratada como diverticulite agudaApresentou ecografia abdominal sugestiva de diverticulite de descendente/sigmoideRealizou TC abdomem após a alta: presença de hérnia de Spiegel em FIE contendo saco adiposo e segmento de alça de intestino delgado. Sem sinais de diverticuliteExame físico: obesa,abdome globoso,peristalse presente, doloroso a palpação profunda em flanco e FIE. Sem sinais de irritação peritonealCom diagnóstico de hérnia de Spigeliana foi encaminhada à cirurgia laparoscópicaProcedimento realizado com anestesia geral endovenosa total e mascara laríngea com ventilação mecânica. Decúbito dorsal, pneumoperitônio e introdução de 3 trocateres: 10 mm no epigástro(ótica 300), 10 mm infra umbilical e 5 mm FID. A hérnia foi visualizada na inspeção da cavidade, sem intestino encarcerado.Tração do saco e abertura de flap peritoneal,analogo a herniorrafia incisional laparoscopica.Com o anel herniário exposto, foi utilizada tela de polipropileno 10 X 10 cm, fixada a parede abdominal com grampos absorvíveis ETHICON SECURESTRAP®. Fechamento do flap da mesma forma. Alta em 24 horas CONCLUSÃOAs hérnias de Spiegel são de difícil diagnóstico e indicação cirúrgica absoluta O tipo de abordagem não foi baseado em estudos clínicos, porém é provável que a recidiva seja menor com a colocação de prótese quando comparada somente a sutura do defeito herniário.Além das vantagens estéticas a abordagem laparoscópica diminui o risco de complicações e período de internação, com rápida recuperação do paciente.

CODIGO DO TRABALHO: 1596

TÍTULO DO TRABALHO: HÉRNIA DO FORAME OBTURADOR ENCARCERADA: UM RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LÍVIA CARDOSO REIS; GABRIEL MARTIN LAUAR; LAURA ALVES DE SOUZA DIAS; JORDANIA ALKMIM JORDÃO; DIEGO SILVERIA RODRIGUES; JULIA DE OLIVEIRA FONSECA; RODRIGO SILVERIO; FRANCISCO WELBER. HOSPITAL METROPOLITANO ODILON BEHRENS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A hérnia do forame obturador é um tipo raro de hérnia abdominal, sem sinais e sintomas específicos, tornando o seu diagnóstico um desafio. A tomografia computadorizada pode auxiliar no diagnóstico em pacientes com obstrução intestinal mecânica sem causa definida. Esse pôster visa apresentar um caso clínico de uma paciente diagnosticada com essa hérnia.RELATO DE CASO: H.C.B., 71 anos, admitida com quadro de abdome agudo obstrutivo. História pregressa de diverticulite de Meckel. Tomografia computadorizada mostrou hérnia do forame obturatório encarcerada. Realizado tratamento com laparotomia exploradora e herniorrafia. Não foi possível colocar tela de polipropileno devido a proximidade com grandes vasos.CONCLUSÃO: Devido a sua raridade (0,7 ? 1% das hérnias), a hérnia do forame obturador tem uma alta taxa de morbi-mortalidade (entre 13-40%). Não existe sintomatologia específica, sendo a compressão do nervo obturatório a mais comum. Essa compressão causa um dor em face medial da coxa (sinal de Howship ? Romberg). A tomografia computadorizada é um exame que pode auxiliar, mas seu diagnóstico frenquentemente é feito no per operatório. Hérnias não encarceradas podem ser abordadas pela via pré peritoneal, entretanto para hernias encarceradas ou estranguladas a via abdominal deve ser preconizada. Existem diversas técnicas cirúrgicas possíveis para a correção,como sutura primária, uso de flaps de tecido e a colocação de telas sintéticas, sendo esta a mais utilizada.

CODIGO DO TRABALHO: 583

TÍTULO DO TRABALHO: Hérnia encarcerada em sítio de trocarter lateral após apendicectomia por videolaparoscopia: relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: THALITA FRANÇA PAGELS1; JENNYFER KELLEN LÁZARO DA ROCHA2; VANESSA MOREIRA SOUSA2; PATRÍCIA MAIA BARRETO MEDEIROS2; PERICLES JOSE OLIVEIRA2; TONNY WYSLLEN MOURA DE AQUINO2; MARCELO GONÇALVES SOUSA2. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOAO PESSOA - PB - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A cirurgia laparoscópica modidficou o tratamento eletivo e de emergência gastrointestinal cirúrgico, diminuindo a morbidade e a mortalidade dos procedimentos. Os benefícios da laparoscopia estão bem estabelecidos: menos dor no pós-operatório, menor tempo de internação, melhor resultado estético, retorno precoce às atividades laborais e menor índice de infecção em ferida cirúrgica. Entretanto, com o aumento de volume e maior complexidade dos procedimentos laparoscópicos, é crescente o número de relatos de complicações relacionadas a esta abordagem, como a hérnia em sítio de trocarte. Este tipo de hérnia incisional é uma complicação séria e rara que, em geral, requer abordagem cirúrgica para reparo do defeito.RELATO DE CASO: Paciente de 75 anos, sexo feminino, cardiopata em uso de marca-passo e hipertensa, admitida com quadro de dor abdominal em fossa ilíaca direita há 24 horas sem melhora clínica, com leucometria de 11.000/mm3 e PCR de 76 mg/dl. Solicitada tomografia computadorizada (TC) de abdome que evidenciou apêndice cecal de tamanho aumentado (1,2cm) e borramento do mesoapêndice. Realizou-se apendicectomia videolaparoscópica e a paciente recebeu alta no 2o dia pos operatório (DPO). No 10o DPO, a mesma foi readmitida apresentando quadro de vômitos pós-prandiais e parada de eliminação de fezes e flatos. Ao exame abdominal, constatou-se tumoração fixa e dolorosa em portal de 12mm utilizado para a retirada de apêndice. Diante disto, realizou-se radiografia e TC de abdome que evidenciaram hérnia encarcerada em abdome inferior. Fez-se exploração cirúrgica com diagnóstico de hérnia encarcerada sem sofrimento intestinal e reparo da hérnia. A paciente evolui bem e obteve alta no 2o DPO.CONCLUSÃO: Os principais fatores predisponentes à essa afecção são: tamanho do trocarter, uso de trocarter de lâminas, localização da incisão na linha alba, fechamento inadequado da fáscia abdominal, idade avançada e presença de comorbidades como Diabetes Mellitus, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e obesidade. Ressalta-se que estes fatores não são de riscos indepentes para herniação. Assim, para prevenção, recomenda-se atenção a fatores relativos à técnica como fechamento meticuloso da fáscia, remoção do hemoperitônioe de trocarter sob visualização direta, além da rafia fascial das incisões ?10mm ou em todos os sítios, pois, apesar do risco ser baixo com trocarte ?12mm, há na literatura casos de hérnia em sítios de apenas 5mm.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 739

TÍTULO DO TRABALHO: HÉRNIA FEMORAL COM ENCARCERAMENTO DE OVÁRIO E TUBA UTERINA EM PACIENTE JOVEM: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CAMILA MONTEIRO DA ROCHA1; DÉBORA COELHO DUARTE2; BENITO ROLANDO GUTIERREZ ROSALES3; JULIANA GUNDIM BARROS GUIMARÃES2; TÁSSYLLA CAROLINE FERREIRA PEREIRA2; PATRICK NUNES BRITO2; OTÁVIO LIMA DE ARRUDA JÚNIOR2; ROLANDO GUTIERREZ ROSALES2. 1. HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAÍNA, ARAGUAÍNA - TO - BRASIL; 2. ITPAC/FAHESA, ARAGUAÍNA - TO - BRASIL; 3. HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAINA, ARAGUAÍNA - TO - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Hérnia femoral ou crual é uma protrusão de gordura pré-peritoneal e dum saco herniário através do orifício femoral. Representa o terceiro tipo mais comum de hérnias primárias, sendo responsável por 2 a 8% das hérnias da virilha no adulto. Constitui cerca de 20% das hérnias nas mulheres e 5% nos homens, sendo o estrangulamento a manifestação inicial em 40% dos casos. A incidência da hérnia femoral aumenta com a idade atinge idades entre os 40 e 70 anos, com pico de incidência durante a 6ª década. O estrangulamento associa-se a uma taxa de mortalidade que varia entre 6 e 23%. Seu tratamento é operatorio através de diversas técnicas já descritas. Relato de Caso: A.L.N, feminino, 20 anos, procedente de Araguaína-TO, foi admitida em hospital de referência do municipio com diagnóstico inicial de hérnia inguinal redutível a esquerda, segundo acompanhante percebida há 19 anos. Não havia sinais de sofrimento. Foi internada na ala de Cirurgia Geral para programação de herniorrafia. Negava comorbidades. Não havia demais alterações ao exame físico. Solicitado exames pré operatórios. ECG demonstrou arrtimia sinusal e distúrbio de ramo D. Exames laboratorais sem alterações. Realizada então herniorrafia que demonstrou uma hernia femoral à esquerda com encarceramento de ovário e tuba uterina. Segue os tempos da cirurgia: Paciente de decubito dorsal. Incisão de Pfannenstiel. Abertura de tecido celular subcutaneo e aponeurose de reto abdominal. Dissecção romba de reto abdominal e abordagem de espaço pré peritoneal. Observou-se, conteúdo herniário em anel femoral à esquerda. Realizada redução promovendo lise de aderencias. Conteúdo do saco herniário de forma tubular com extremidade consistente. Aberto peritôneo. Redução de viscera de loco herniário. Observa-se tuba uterina e ovário esquerdo contendo o interior do saco herniário. Peritôneo esvicerado, sem sinais de sofrimento vascular. Realizado invetário cavitário de útero e anexos: útero de pequeno volume, tuba uterina com ligamento anomalo fixado ao sigmóide. Realizada rafia de perioteno. Realizada rafia de ligamento inguinal ou ligamento de Cooper, fechando o canal femoral com Vicryl 0. Não houve intercorrencias durante o procedimento. Paciente evoluiu bem no pós operátorio. Recebeu alta para acompanhamento ambulatorial. Conclusão: O caso discutido traz uma situação rara de encarceramento de ovário e tuba uterina e torna-se mais incomum pela idade e pobre sintomatologia apresentada pela paciente.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2798

TÍTULO DO TRABALHO: Hérnia incisional encarcerada com perfuração de alça em saco herniário por palito: relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: KELLY CRISTINA TEIXEIRA DA SILVA1; VINÍCIUS NOBRE FLÁVIO2; WILSON SANTANA SILVA JUNIOR1; ROBERTO ELIAS DO NASCIMENTO SOARES2; MARCOS PAULO FERREIRA C. ALVES REIS2; VICTORIA VICTOR2; ALEXANDRE MARQUES DOS SANTOS2; ELIPHAS LEVI ASSUMPÇÃO EGG GOMES3. 1. FAMINAS BH, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. HOSPITAL MUNICIPAL MONSENHOR FLÁVIO D ?AMATO, SETE LAGOAS - MG - BRASIL; 3. INSTITUTO PRESIDENTE TANCREDO DE ALMEIDA NEVES - IPTAN, SÃO JOÃO DEL REI - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A hérnia incisional é definida como protusão do conteúdo abdominal através de áreas enfraquecidas na parede abdominal em virtude de intervenções cirúrgicas anteriores. A sua ocorrência tem sido relatada em até 10% dos casos em procedimentos cirúrgicos abominais, sendo resultantes do excesso de tensão nas margens aponeuróticas e da cicatrização inadequada da parede, principalmente em pacientes hipertensos, diabetes, obesos, renais crônicos e que fazem uso de corticosteroides. As Hérnias incisionais ocorrem principalmente nas incisões infra-umbilicais medianas, seguidas pelas supra-umbilicais medianas, infra e supra umbilicais de urgência, incisões para apendicectomias e do trato biliar. A pele e o tecido subcutâneo suprajacentes estão estirados e lesionados e geralmente os pacientes sentem dores na região lombar, devido a lordose resultante da retração da musculatura de sustentação e da eficiência reduzida do músculo reto abdominal. E esses sintomas podem levar a dificuldade de micção e evacuação. Relato de caso: MLH, feminina, 75 anos, admitida em pronto socorro com quadro de constipação intestinal há 4 dias, evoluindo abruptamente com dor abdominal, vômitos, diarreia e prostração. Ao exame, paciente sudoreica, dor abdominal à palpação com sinais de irritação peritoneal. Presença de tumoração na cicatriz cirúrgica. Paciente levada ao bloco cirúrgico, submetida a laparotomia exploradora que evidenciou saco herniário incisional (região umbilical) contendo alça de íleo perfurada por palito intraluminal, com contaminação local por conteúdo entérico. Realizada ressecção de segmento afetado de íleo e anastomose primária látero-lateral íleo-ceco. Posicionado dreno a vácuo (portovac) em subcutâneo. Boa evolução pós-operatória, retirado dreno e alta em 06° DPO, sem queixas. Conclusão: A hérnia incisional deve ser tratada precocemente e de forma cirúrgica. É importante o conhecimento das principais incisões abdominais, uma vez que algumas são mais susceptíveis a evolução para hérnias incisionais entre pacientes com os fatores de risco citados anteriormente.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2112

TÍTULO DO TRABALHO: Hérnia incisional gigante

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANA CAROLINA DE CARVALHO ROCHA; MARIANA ARAGÃO BARQUETTE ABRAHÃO; CAIO VIEIRA GRANATO; ÍTALO BRUNO DO NASCIMENTO MOURA; PATRICK SILVEIRA GUIMARÃES; GUILHERME HENRIQUE NOVAES DE SOUZA; CRISTINA RIBEIRO DIAS BARROSO; ELIANE CAMARGO DE JESUS. UNIFOA, VOLTA REDONDA - RJ - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Hérnia da parede abdominal (HIA) pode ser definida por um defeito na continuidade músculo-aponeurótica, permitindo a passagem de órgãos ou estruturas da cavidade abdominal, mantida a integridade da pele e do peritônio. A HIA é uma complicação comum, ocorrendo após cerca de 15% das cirurgias abdominais. Segundo a classificação de Chevrel e Rath, hérnias abdominais gigantes são aquelas com largura acima de 15cm, ocorrendo principalmente nas incisões medianas. São fatores predisponentes para as HIA os de ordem técnica, relacionados à cirurgia prévia, como sutura realizada de maneira inapropriada, e os ligados ao paciente, como diabetes mellitus, obesidade, anemia e deficiência vitamínica.RELATO DE CASO: Paciente masculino, 61 anos, obeso, renal crônico, portador de leucodermia e com história prévia de cirurgia com ressecção intestinal e colostomia, por possível neoplasia de cólon, seguida de posterior reconstrução do trânsito intestinal há 3 anos. Procura serviço de cirurgia geral devido à hérnia incisional volumosa com perda de domicílio. Possui bolsa de colostomia em região de hipocôndrio direito. Nega etilismo ou tabagismo. Em tomografia de abdome realizada no ano anterior foi evidenciada diástase do músculo reto abdominal com cerca de 17cm, apresentando herniação de segmentos de alças e gordura peritoneal. Em virtude do tamanho do anel herniário e da obesidade do paciente, foi realizada hernioplastia incisional com uso de tela especial Sepramesh? IP Composite, composta de polipropileno monofilamentar do lado parietal e de hidrogel biorreabsorvível do lado visceral, com tamanho de 30,5 x 35,6cm, fixada abaixo do plano subcutâneo. O paciente evoluiu favoravelmente no pós-operatório, que transcorreu sem intercorrências. Após alta hospitalar o acompanhamento passou a ser ambulatorial.CONCLUSÃO: A correção de HIA é umas das cirurgias mais comumente realizadas. A tendência habitual das HIA é a de aumentarem progressivamente, acarretando em aumento das complicações e das dificuldades técnicas na sua correção. A hérnia incisional gigante com perda de domicílio possui grande potencial de complicações relacionadas ao seu reparo, como a síndrome compartimental abdominal, caracterizada pela hipertensão abdominal associada à redução do retorno venoso, diurese e queda do padrão ventilatório, podendo ser fatal. Além disso, a necessidade de grandes próteses leva a inconvenientes como a não retomada da complacência e elasticidade normais da parede abdominal.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2382

TÍTULO DO TRABALHO: Hernia Incisional por Trocater pós Nefrectomia: Relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LUCAS MEDINA AREOSA; GERSON SUGUIYAMA NAKAJIMA; FERNANDO CESAR FACANHA FONSECA; ADRIANO PESSOA PICANÇO JR; MATHEUS COIMBRA BARROSO; JOSE EDUARDO PEREIRA MARTINS DA SILVA; JORDI GOMES MARINHO; HANIEL BENIGNO MONTEIRO LAMEGO DE OLIVEIRA. UFAM, MANAUS - AM - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoHérnias incisionais em sítios de portais vem crescendo em incidência, principalmente, devido à popularização da técnica videolaparoscópica (VLP). Representam cerca de 0,18 ? 2,8% das hérnias incisionais, número este que pode estar subestimado. Fatores de risco associados incluem características do material como diâmetro acima de 10mm (raro Relato de CasoPaciente masculino, 83 anos, com história pregressa de ectasia de raiz da aorta e disfunção diastólica de VE evidenciado por ecocardiograma, previamente submetido à gastrectomia parcial + linfadenectomia por GIST, nesta internação submetido à nefrectomia direita VLP após achado RM pré-operatória de nódulo sólido em rim direito, medindo cerca de 3,5 x 3,2 x 3,1 cm.17 PO evoluiu com parada de eliminação de flatos e fezes, distensão abdominal e vômitos fecaloides, não referindo dor. Ao exame físico encontrava-se em regular estado geral, lucido e orientado, abdome distendido, protuso em flanco direito, no local da alocação do portal da cirurgia prévia, à ausculta RHA sem metalização, timpânico à percussão e doloroso à palpação local. Realizada TC evidenciou-se alça de delgado encarcerada em topografia de flanco direto, associada a níveis hidroaéreos.Realizada cirurgia de urgência, laparoscopia diagnóstica mostrou alça sem sinais de sofrimento, feita sua regressão, ampliação da incisão do portal e colocação de tela de polipropileno. Paciente apresentou evolução satisfatória e recebeu alta.ConclusãoA incidência das hérnias nos sítios dos portais é incerta devido à escassez de dados na literatura, que pode dever-se ao sub diagnóstico, tanto pelas hérnias assintomáticas, quanto pelo não retorno do paciente ao cirurgião que o operou previamente. Existe pouca evidencia que justifique o fechamento do local de inserção do portal, há consenso em fechar aberturas a partir de 10mm. Dentre tantas controvérsias é certo que sua incidência vem crescendo de forma que o cirurgião deve estar atento, principalmente, pelo maior risco de encarceramento. Utilizar telas é recomendado na presença de comorbidades, na ausência destas, a sutura é suficiente.

CODIGO DO TRABALHO: 2294

TÍTULO DO TRABALHO: Hérnia incisional pós-herniografia para-colostômica: Relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CLARISSA MARIA DE LIMA SANTOS NASCIMENTO1; FERNANDA LUCENA DA COSTA1; EDUARDO LAFAYETTE MONTEIRO2; LEANDRO MAIA OLIVEIRA FERNANDES2; JOSÉ CALIXTO DA SILVA NETO1; THIAGO ALEXANDRE MACEDO DE AZEVEDO2; ZALMIR REICHERT FILHO2; DENISE DE ALBUQUERQUE ANDRADE2; ROBERTO CHIANCA TEIXEIRA DE CARVALHO FILHO2. 1. FAMENE, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE- JOÃO PESSOA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
As hérnias incisionais ocorrem como resultado da tensão excessiva e cicatrização inadequada de uma incisão prévia, que em geral se associa a infecção do acesso cirúrgico. Com o passar do tempo essas hérnias tendem a aumentar de volume, provocando dor, obstrução intestinal, encarceramento e estrangulamento. Obesidade, idade avançada, desnutrição, ascite são condições que aumentam a PIA, que predispõe para o aparecimento de uma hérnia incisional. Hérnias volumosas podem resultar em perda do domínio abdominal, esses grandes defeitos podem resultar da incapacidade de fechar o abdome primariamente, por edema do intestino, tamponamento abdominal, peritonite e laparotomias de repetição. Com perda do domínio abdominal também pode resultar em edema do intestino, estase do sistema nervoso esplâncnico, retenção urinaria e constipação. O retorno da víscera deslocada à cavidade abdominal durante reparo pode gerar maior PIA, síndrome compartimental abdominal, IRA. M.J.R.Q, 46 anos, sexo feminino, procurou o serviço de coloproctologia do HMSI para Reconstrução de Trânsito Intestinal e Hérnia para-colostômica após colectomia por doença diverticular prévia. Foi realizado uma anastomose termino-terminal com grampeador, herniorrafia para-colostômica e ooforectomia à direita. Após o procedimento cirúrgico a paciente apresentou-se com abdome flácido, indolor a palpação, dreno de Black com aspecto seroso e debito moderado. Recebeu alta hospitalar após sete dias do procedimento cirúrgico. Após quatro meses a paciente retornou ao ambulatório com quadro de hérnia incisional em flanco esquerdo na cicatriz da colostomia, foram solicitados novos exames para nova abordagem cirúrgica.A indicação da correção das hérnia incisionais nos casos assintomáticos é controvertida. No entanto, sabe-se que com o passar do tempo, a tendência habitual é a de aumentarem progressivamente, acarretando também aumento das complicações (encarceramento/estrangulamento, alterações cutâneas desde úlceras até fistulização intestinal, prejuízo do padrão de vida com limitação da atividade física e, porque não, efeito estético muitas vezes constrangedor) e das dificuldades técnicas na sua correção. Mesmo as correções bem sucedidas, com a utilização ou não de grandes próteses, não são os procedimentos isentos de inconvenientes, pois a parede abdominal não retoma a sua elasticidade e complacência normais.

CODIGO DO TRABALHO: 2968

TÍTULO DO TRABALHO: HÉRNIA INCISIONAL, EM LOCAL DE TROCATER, PÓS LAPAROSCOPIA.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: KÁCIO DA SILVA MOURÃO1; GUSTAVO DE OLIVEIRA GONÇALVES2; JORGE KEVIN NASCIMENTO NEGREIROS2; MARJA LUCENA DE SOUZA2; LEVINDO ALVES DE OLIVEIRA1; KLEBER LEMOS REIAL JÚNIOR2; MARCIO FREIRE DE MELO LIMA2; RANDIELLY MENDONÇA DA COSTA1. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA, BOA VISTA - RR - BRASIL; 2. HOSPITAL GERAL DE RORAIMA, BOA VISTA - RR - BRASIL.

RESUMO:
Intrudução: Hérnia Incisional (HI) é uma complicação freqüente das cirurgias convencionais abertas, sendo encontrada em 5 a 15% dos casos. Esta prevalência varia conforme os diferentes estudos, o subgrupo de pacientes estudados e a duração do acompanhamento.Objetivo: Relatar caso de hérnia incisional em área de introdução de trocáter oito anos após o procedimento.Métodos: Realizou-se revisão literária em bancos de dados (Scielo e Pubmed) e análise retrospectiva de prontuário.Discussão: apresentarmos o caso de uma mulher, 55 anos, admitida no Pronto- Atendimento Airton Rocha referindo dois desmaios, ausência de fezes e flatos, vômito, hiporexia além de dor, em compressão, em hipocôndrio direito com irradiação em faixa para a região lombar (9/10). Em examefísico, apresentou massa palpável em quadrante inferior direito. Realizou exames laboratoriais que apresentou glicemia pos-prandial de 210,30 mg/dL, creatinina 3,44mg/dL, além de radiografia de abdome que evidenciou obstrução intestinal e tomografia de abdome que constatou coleção em região retroperitoneal e estrangulamento de alça.Conclusão: Apesar de associada a menor risco de HI, as operações laparoscópicas não estão isentas desta complicação (0,8% a 2,8%). A despeito de sua raridade, hérnia encarcerada em orifício de trocater lateral não deve ser esquecida pelos cirurgiões como potencial responsável por casos de obstrução intestinal precoce, ocorrendo tipicamente entre o terceiro e sétimo dia pós-laparoscopia, sobretudo em pacientes obesos.

CODIGO DO TRABALHO: 1853

TÍTULO DO TRABALHO: Hernia inguinal com apendicite aguda em seu interior - Hernia de Amyand relato de 4 casos

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: HEITOR FERNANDO XEDIEK CONSANI1; EDUARDO RUZZANTE PINHEIRO2; MARILIA COLTURATO CLETO2; YASMINE HENRIQUES DE FIGUEIREDO REBECCHI2. 1. CENTRO CIRURGIA DA HÉRNIA E UNIDADE REGIONAL DE EMERGENCIA - CHS, SOROCABA - SP - BRASIL; 2. UNIDADE REGIONAL DE EMERGENCIA - CHS, SOROCABA - SP - BRASIL.

RESUMO:
A hernia de Amyand(HA) é a presença do apendice cecal emu ma hernia inguinal. O objetivo deste trabalho é relatar o quadro clinico, diagnóstico e tratamneto de uma série de 4 casos onde esta situtacao apresentava-se compicada com apendicite , entidade ainda mais rara com incidencia de 0,13% das hernias. Seu quadro clínico usual é semelhante ha uma hernia encarcerada/estrangulada e , portanto, torna-se muito dificil o diagnostico pre operatorio, embora os exams de imagens sejam grandes auxiliares. O tratamento incluiu juntamnete com a apendicectomia o reparo da hernia inguinal com tela. A hernia de Amyand geralmente tem bom prognostico , embora tenham sido relatados casos graves. Os cirurgioes devem estar preparados se encontrarem a HA visto que o tratamento apropriado assegura a reparacao da hernia juntamente com a apendicectomia quando ha inflamacao do apendice .

CODIGO DO TRABALHO: 2887

TÍTULO DO TRABALHO: Hérnia inguinal e situs inversus totalis: relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: YURI KOSSA BARBOSA; NATÁLIA GOMES NAGATO; HIGOR COSTA GOMES; PATRICK CORREIA DE SOUZA ARAÚJO; FERNANDO GONÇALVES LIMA. HOSPITAL DAS CLINICAS - UFG, GOIÂNIA - GO - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Hérnias da parede abdominal são comuns, estimando-se que cerca de 5% da população venha desenvolver alguma. Dessas, 75% ocorrem na região inguinal, sendo 2/3 do tipo indiretas, ocorrendo mais comumente a direita e com propensão 25 vezes maior em homens em relação a mulheres. Situs inversus totalis é uma anomalia rara, com incidência de 1/10000 nascimentos, associado com padrão de herança autossômica recessiva na qual há inversão total dos órgãos torácicos e abdominais, respeitando a linha sagital. Está associada com Síndrome de Kartagener, na proporção de 1/25.000 nascimentos. Relato do caso: Paciente de 55 anos chega ao ambulatório com queixa de abaulamento em região inguinal esquerda de aparecimento há 14 anos. Relata ainda presença de vômitos e epigastralgia constantes, associados com aumento do abaulamento supracitado. Ao exame físico, presença de hérnia inguinal à esquerda com perda de domicílio, sem sinais de estrangulamento. Solicitados pré-operatórios e endoscopia digestiva alta. Nesta última, visualizado desvio de rotação do estômago e duodeno, sugestivos de situs inversus totalis. Paciente traz ainda radiografia de tórax com dextrocardia. Solicitada tomografia de abdome total para investigar conteúdo herniário, na qual foi visualizada inversão total dos órgãos abdominais com sigmoide redundante a direita, atravessando a linha sagital e herniando através do canal inguinal a esquerda. Programada cirurgia para correção do defeito, realizada técnica de Lichtenstein para correção de hérnia inguinal indireta, sem abertura do saco herniário, com colocação de tela de Malex sem intercorrências. Conclusão: Este caso demonstrou que a presença de situs inversus totalis, quando isolado, é assintomático para o paciente, sendo um achado ocasional. Especificamente neste paciente, a particularidade se dá pelo sigmóide estar do lado direito mas sendo conteúdo de uma hérnia inguinal contra-lateral. Em relação à técnica o conteúdo não interferiu, sendo o reparo feito livre de tensão sem intercorrências.

CODIGO DO TRABALHO: 844

TÍTULO DO TRABALHO: Hérnia Lombar de Grynfelt-Lesshaft: um grande defeito corrigido por mínimo acesso.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CARLOS JOSÉ LAZZARINI MENDES; ADHEMAR MONTEIRO PACHECO JR.; RODRIGO ALTENFELDER SILVA; SERGIO ROLL. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoAs hérnias lombares (HL), correspondem a 1,5 a 2% de todas as hérnias da parede abdominal.. A primeira descrição atribuída a Barbette em 1672. Em 1731, Garangeout relatou caso de HL encarcerada e redutível, pós morte. Loukas et.al, 2007, estudaram a variabilidade anatômica do Triângulo de Grynfelt em 25 cadáveres: Pequeno: 15 cm (10 %) e Ausente em 18 %. Moreno-Egea, et al, recomendaram a vídeo-laparoscopia para defeitos até 15 cm de diâmetro e, por técnica aberta, para defeitos maiores que 15 cm. Os autores propõem a vídeolaparoscópica, ressaltando a importância na identificação do defeito, os reparos anatômicos adjacentes, sobretudo, a preservação dos nervos do plexo lombossacral.Relato do CasoDoente, feminino, 50 anos, sem história de trauma ou cirurgia prévia, com queixa de dor e abaulamento, redutível, a direita, há um ano. A Tomografia Computadorizada evidenciou hérnia lombar a direita ? trígono vértebrocostal (Figura 1). O orifício herniário media 7,14x5,17cm (Figura 2). Submetida a hernioplastia videolaparoscópica transperitoneal, três portais de 5 milimetros, umbilical, hipogástrico e transição epimesogástrica (Figura 3), em decúbito lateral esquerdo a 45º. Identificou-se o defeito, realizada o descolamento do peritônio parietal, redução do conteúdo herniário para a cavidade. Fixação de prótese de polipropileno, com grampos metálicos no m. transverso do abdome e (Figura 4), medialmente, identificação do nervo genitofemoral, cobrindo o defeito com sobreposição de 10cm, concentricamente. Fechamento do peritônio com sutura contínua de fio absorvível (Figura 5).Conclusão A vídeolaparoscopia ofereceu plenas condições de correção e reconhecimento inequívoco do nervo genitofemoral. Concluimos ser obrigatória a identificação dos nervos dessa região evitando a dor pós-operatória. Até o momento, 180 dias de pós operatório, não há sinais de complicação ou recidiva. O procedimento mostrou-se seguro, efetivo, oferecendo ao doente mínimas incisões fundamentado no amplo conhecimento tridimensional da anatomia.Garangeot RJ. Colon traite d?operation. Chirurgie. 1731;1:369?70.Loukas M, Tubbs RS, El-Sedfy A, Jester A, Polepalli S, Kinsela C, et al. The clinical anatomy of the triangle of Petit. Hernia. 2007 May 10;11(5):441?4.Moreno-Egea A, Baena EG, Calle MC, Martinez JAT, Albasini JLA. Controversies in the Current Management of Lumbar Hernias. 2007 Jan 3;:1?7.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2238

TÍTULO DO TRABALHO: HÉRNIA UMBILICAL E/OU HÉRNIA EPIGÁSTRICA RECIDIVADAS INSERIDAS EM DIÁSTASE DOS RETOS: CORREÇÃO SUBLAY COM TELA EM MINI-INCISÃO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCO ANTONIO DE OLIVEIRA PERES1; HEITOR SEBASTIAO DE BARCELOS NETO2. 1. UNICAMP, CAMPINAS - SP - BRASIL; 2. CENTRO MÉDICO DE CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL.

RESUMO:
Tem se observado constante aumento no número de recidivas de herniorrafias umbilicais e epigástricas nas últimas décadas. E a grande maioria estes recorrências ocorre em pacientes acima dos 40 anos, com obesidade e presença de diástase dos retos abdominais. Portanto, reforçamos o conceito de ser uma doença (hérnia) dentro de outra doença (diástase) que deveriam ser corrigidas simultaneamente já no primeiro ato e com tela de polipropileno. A literatura define o conceito de ?queijo suíço? à doença da linha alba com múltiplos pequenos orifícios e falhas já na primeira apresentação, nem sempre clinicamente diagnosticados; a tomografia computadorizada tem colaborado no diagnóstico mais detalhado destes orifícios. O diagnóstico de diástase dos retos é clínico. A correção pode ser realizada por três métodos: 1)intraperitoneal, por vídeo-laparoscopia, IPOM; 2) dissecção subcutânea, por vídeo, ONLAY; 3)por mini-incisão, SUBLAY, alvo deste trabalho. De nov/13 a set/16, 66 pacientes foram submetidos a tratamento cirúrgico por mini-incisão e fixação de tela SUBLAY, sendo 37 do sexo masculino (56%) e idade média de 44,2 anos. Sob anestesia geral, fez-se incisão mediana supra-umbilical de 8 a 10 cm (ressecando a anterior); abre-se o estojo dos retos bilateralmente e, posteriormente, chega-se ao apêndice xifóide e ao arco de Douglas; rafia-se a fáscia posterior, fixa-se a tela SUBLAY e fecha a incisão anterior pequena. A drenagem a vácuo foi utilizada em 2/3 dos casos. Como complicações, notado um seroma (tratado por punção no 10º PO); e uma re-operação no 1º PO por sangramento ativo (arteríola do músculo reto). Não houve recidiva e a satisfação foi completa. Concluindo, pacientes com hérnia umbilical e/ou epigástrica devem ser investigados quanto à presença de diástase e tratados simultaneamente; havendo recidiva da hérnia quando não tratada a diástase, a técnica de fixação de tela SUBLAY por mini-incisão é rápida, de fácil execução e eficaz.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1626

TÍTULO DO TRABALHO: Hérnia ventral: a propósito de uma alternativa técnica de correção.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CARLOS JOSÉ LAZZARINI MENDES; RODRIGO ALTENFELDER SILVA; FABIO ARNONI GOMÇALVES PINTO; PAULO HENRIQUE BALESTRIM SALVADOR; MAURICE YOUSSEF FRANCISS; VICTOR SERGIO STOCKLER BRUSCAGIN; SERGIO ROLL. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoA escolha da técnica de correção das hérnias ventrais, sobretudo as maiores que 3cm de diâmetro, permanece controversa(1). Múltiplas incisões, em tese, criariam ilhas de baixa vascularização. Nem sempre há a necessidade da Separação Anterior de Componentes (SOC), Transversus Abdominis Muscle Release (TAR) para a reconstrução da parede, ou qualquer outra técnica. Sutura primária, com ou sem tela supraponeurótica seriam fatores para interposição à vascularização, recidiva interparietal, promovendo a recidiva da hérnia?(2). Apresentamos uma alternativa, de mínima dissecção, por abordagem laparotômica, corrigindo o defeito, interpondo prótese intraperitoneal.Relato do Caso75 anos, masculino, hérnia paraileostômica há 4 anos, umbilical há 20 anos e inguinal bilateral sem correção há 1 ano. Submetido a colecistectomia videolaparoscópica há 5 anos, colectomia total e ileostomia terminal há 4 anos. Há 3 anos derivação biliodigestiva hepático-jejunal por coledocolitíase primária e, há 1,5 anos, reconstrução do trânsito intestinal, evoluindo com hérnia paramediana direita, com orifício de 6 cm de diâmetro (Figura 1). Laparotomia, redução do conteúdo, lise de aderências com a parede, aposição e fixação de tela com grampos absorvíveis em todos os ângulos, da forma exagonal de sua estrutura, e nos intervalos. Tela macroporosa, parcialmente absorvível, com tecido que separa barreira de poliglecaprone 25 (ETHICON PHYSIOMESH? Open Flexible Composite Mesh Device). Fixações crânio-caudal, transfaciais, na linha mediana (Figura 2, 3). Fechamento da aponeurose com sutura continua de poliglactina 910 (1-0).ConclusãoAté o 100º dia de pós operatório sem sinais de recidiva ou complicacões. A fixação da tela requer atenção de modo que, ao final da sutura aponeurótica, não se abaule. A demarcação da linha média na tela orienta o posicionamento. A indicação precisa para essa técnica carece de estudos, no entanto, os preceitos da tela em posição intraperitoneal, associação de incisões prévias e múltiplos defeitos, parece-nos excelente indicação, sobretudo quando da dificuldade laparoscópica ou robótica.1. Holihan JL, et al. Mesh Location in Open Ventral Hernia Repair: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. World J Surg. 2015.2. SAGES Guidelines Committee. Guidelines for Laparoscopic Ventral Hernia Repair. http://www.sages.org/publications/guidelines/guidelines-for-laparoscopic-ventral-hernia-repair/. Accessed August 31, 2015.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1256

TÍTULO DO TRABALHO: HÉRNIAS DA PAREDE ABDOMINAL: CIRURGIAS REALIZADAS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: IVAN MURAD1; GUILHERME AUGUSTO POLAQUINI2; PATRICIA MARISTELLA DOS REIS MARIA3; FERNANDO DE SOUZA1; RAFAEL FAVERSANI DE ARAUJO2; TIAGO FRANCISCO MELEIRO ZUBIOLO2; RAFAEL UTIMURA SUETA4. 1. PROFESSOR ADJUNTO DO DEPARTAMENTO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ, MARINGÁ - PR - BRASIL; 2. MÉDICO RESIDENTE EM CIRURGIA GERAL DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ, MARINGÁ - PR - BRASIL; 3. MÉDICA RESIDENTE EM CIRURGIA GERAL DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ, MARINGÁ - PR - BRASIL; 4. MÉDICO RESIDENTE EM CIRURGIA GERAL DA UNIVERSIDA, MARINGA - PR - BRASIL.

RESUMO:
Hérnias são protusões anormais com revestimento peritoneal através de um orifício congênito ou adquirido da cobertura músculo aponeurótica do abdome, que resultam na incapacidade de manter o conteúdo visceral da cavidade em seu sítio habitual. Elas causam dor e interferem nas atividades cotidianas e laborais do indivíduo, e, tem prevalência maior na população adulta e no sexo masculino. Sua correção é por meio das herniorrafias ou hernioplastias. O objetivo desse trabalho foi resgatar a casuística do serviço de hérnias de parede abdominal no Hospital Universitário da Universidade Estadual de Maringá (HURM). Partindo da análise de prontuários pertencentes a um banco de dados padronizado deste Hospital, identificou-se as operações de hérnias realizadas entre os anos de 2001 e 2015. O estudo procurou classificar os tipos de hérnia como inguinais, incisionais, umbilicais, epigástricas e outras (que incluem as femorais, mistas, e complicadas após colostomias, peritoniostomias e abdominoplastias). Os dados encontrados foram analisados em números absolutos e percentuais. No período foram realizadas, 942 cirurgias de hérnia, eletivas ou urgenciais, sendo: 642 hernias inguinais, 112 incisionais, 71 umbilicais, 60 epigástricas, e outras 53. Do total de operações, foi aplicado tela em 411 (43,63%), e foram corrigidas sem tela 531 (56,36%). As técnicas utilizadas para correção das hérnias inguinais foram: Lichtenstein para correção com tela, e Bassini ou McVay para correção sem tela. O grupo etário com maior freqüência de realização de cirurgias foi de 46 a 60 anos. Quanto ao gênero, 73,35% dos casos ocorreram em pacientes do masculino, e 26,65% do feminino. O volume de cirurgias realizado foi um importante serviço prestado à comunidade pelo Hospital Universitário de Maringá, formando banco de dados relevante para pesquisas e publicações futuras.Bibliografia:Satorre Rocha Jorge, Pol Herrera Pablo Gonzalo, López Rodríguez Pedro, León González Olga, Anaya González Jorge Luis. Revisión de casos sobre hernia incisional en el período de 2004 a 2010. Rev Cubana Cir [Internet]. 2012 Jun [citado 2017 Feb 11] ; 51(2): 142-151. PALERMO Mariano, ACQUAFRESCA Pablo A., BRUNO Miguel, TARSITANO Francisco. HERNIOPLASTIA COM E SEM TELA: ANÁLISE DAS COMPLICAÇÕES IMEDIATAS EM UM ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO CONTROLADO. ABCD, arq. bras. cir. dig. [Internet]. 2015 Sep [cited 2017 Feb 11] ; 28(3): 157-160.

CODIGO DO TRABALHO: 1826

TÍTULO DO TRABALHO: Herniorrafia de Hérnia Inguinoescrotal Gigante

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RAPHAEL VICTOR CAMPOS FREIRE BARELA1; THIAGO ALEXANDRE MACEDO DE AZEVEDO2; MARCÍLIO CARDOSO DE QUEIROZ1; MANUELA GOMES DE AGUIAR1; RENANNA LYRA LIMA BARBALHO COUTINHO1; ARTHUR LUIZ NORTE GOMES PEREIRA ARARUNA1; THAÍS ROSSANA CRUZ DE SOUZA1; ROBERTO MORENO MENDONÇA3. 1. UNIVERSIDADE POTIGUAR, NATAL - RN - BRASIL; 2. HOSPITAL MUNICIPAL SANTA ISABEL, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 3. INSTITUTO DE RADIOLOGIA DE NATAL, NATAL - RN - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: As He?rnias que ultrapassam o ponto me?dio da face interna da coxa sa?o denominadas de He?rnias Inguinoescrotais Gigantes. Tais situações sa?o raras e esta?o geralmente associadas a procrastinação da procura pelo servic?o de sau?de, ja? que seu desenvolvimento leva anos para atingir tal dimensão. A He?rnia Inguinal, com conteu?do do Ape?ndice, e? denominada pela literatura como He?rnia de Amyand, a qual tem uma incide?ncia de 1% na populac?a?o quando na?o complicada. Esse relato tem como objetivo documentar o caso de um paciente do Hospital Municipal Santa Isabel, que apresentou uma Hérnia Inguinoescrotal Gigante à Direita, com presença de alças intestinais em saco herniário. Relato do caso: J.B.F., 77 anos, com queixa de massa herniária gigante há 15 anos, dolorosa ao esforço físico e aumento de tamanho nos últimos 05 anos. Além disso, a hérnia evoluiu com irredutibilidade há dois anos. O paciente foi submetido à Herniorrafia com secção e dissecção por planos e redução do saco herniário para dentro da cavidade abdominal, no dia 30/11/2016. Também houve diminuição no diâmetro do Anel Inguinal Interno e reforço da parede posterior abdominal, sem intercorrências no ato cirúrgico. Conclusão: Esse caso demonstrou a importância de maiores orientações sobre buscar atendimento à saúde e a relevância do procedimento cirúrgico em questão na melhora da qualidade de vida do paciente, o qual estava evoluindo com dor incapacitante aos esforços físicos há dois anos, prejudicando sua saudável senescência. Ademais, não podemos deixar de ressaltar a melhora estética e fisiológica que o procedimento lhe trouxe.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 611

TÍTULO DO TRABALHO: HERNIORRAFIA INCISIONAL GIGANTE RECIDIVADA POR VIA LAPAROSCOPIA: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LUNNA OLIVEIRA SANTOS; MATHEUS DE SOUZA NOGUEIRA; GABRIELA OLIVEIRA PEIXOTO; BÁRBARA FERNANDA PACHECO DA COSTA; GABRIELA LINS LIMA; GUSTAVO HENRIQUE BARBOZA NASCIMENTO; STEPHANIE ARAUJO MARQUES; SONIA OLIVEIRA LIMA. UNIVERSIDADE TIRADENTES, ARACAJU - SE - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: As hérnias incisionais possuem uma grande importância médica, seja por sua frequência ou pelas repercussões clinicas mais graves que podem acarretar em seu portador. Quando não tratadas, as hérnias incisionais tendem a aumentar progressivamente, determinando complicações locais, abdominais, lombares e respiratórias.Relato de caso: Por videocirurgia laparoscópica realizou-se o reparo da hérnia incisional, em virtude do método ser menos traumático e da possibilidade da existência de múltiplas aderências. Após liberação das aderências e identificação do anel herniário, introduziu-se uma tela circular de 20cm de diâmetro com reparo central através deste anel. Posteriormente, fechou-se o porto por onde foi colocado a tela e reintroduziu-se o gás carbônico, criando-se o pneumoperitôneo por trocáteres auxiliares, corrigindo a hérnia incisional volumosa.Conclusão: O artificio utilizado de reparo central da tela com colocação da mesma pelo defeito herniário facilitou o seu posicionamento e sua fixação por meio de grampos absorvíveis durante o procedimento laparoscópico.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1997

TÍTULO DO TRABALHO: HERNORRAFIA INGUINAL BILATERA SIMULTÂNEA A HERNIORRAFIA UMBILICAL EM PACIENTE DE 54 ANOS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ROLANDO GUTIERREZ ROSALES1; BENITO ROLANDO GUTIERREZ ROSALES2; ARIEL HERNANDEZ GUTIERREZ3; DÉBORA COELHO DUARTE1; TATIANY PAES DA SILVA4; YURI GUILHEM RACHID JAUDY1; FELIPE GUIMARAES DELGADO1; JHONATA DE SOUZA MACIEL1. 1. ITPAC ARAGUAINA, ARAGUAINA - TO - BRASIL; 2. HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAINA, ARAGUAINA - TO - BRASIL; 3. PAM DE RIO BOM, RIO BOM - PR - BRASIL; 4. UBS SAO BRAZ DE PIAUI, SAO BRAZ DE PIAUI - PI - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: As hérnias de parede abdominal são patologias cirúrgicas prevalentes na população geral. As hérnias inguinais são as mais comuns, ocorrendo em aproximadamente 1,5% da população geral. Como principais fatores de risco estão a fragilidade da parede abdominal e o aumento da pressão abdominal, como a tosse em pacientes tabagistas ou com doença pulmonar obstrutiva crônica, história familiar e a constipação intestinal. As hérnias inguinais bilaterais são mais raras, acometendo cerca de 12% dos pacientes. Já as hérnias umbilicais correspondem somente a 5% das hérnias de parede abdominal em adultos. Na literatura consultada, há uma escassez de trabalhos que relatem a concomitância de hérnias inguinais bilaterais e hérnia umbilical, e mais incomum ainda se torna reparo cirúrgico simultâneo utilizando técnicas diferentes como relataremos em diante. Relato de caso: Paciente, masculino, 54 anos, hipertenso, sem outras comorbidades, se apresenta no ambulatório de cirurgia geral com queixa de tumoração abdominal periumbilical e inguinais bilaterais há aproximadamente 15 anos. Durante o exame físico foi comprovado a existência de hérnias inguinais bilaterais, sendo indireta do lado direito, com conteúdo herniário no saco escrotal e direta do lado esquerdo, comprovado mediante a Manobra de Landivar. Também apresentava hérnia umbilical de fácil comprovação devido a abaulamento na região umbilical que aumentava a valsalva. Após realização de exames pre-operatórios o paciente foi encaminhado para cirurgia eletiva a qual foi realizada segundo segue: incisões para-inguinais bilaterais; do lado esquerdo, para a hérnia inguinal direta se realizou ligadura alta de saco e reparação da parede posterior segundo a técnica de Bassini, para a hérnia indireta do lado esquerdo, foi realizada a redução do saco, e reparada a parede posterior segundo técnica de Shouldice. O reparo da hérnia umbilical, que apresentava epiplon encarcerado no saco hernario, foi realizada segundo a técnica de Mayo. Não houve necessidade de colocação de tela para nenhuma das herniorrafias. O paciente evoluiu bem, com alta hospitalar no segundo dia pos-operatorio. Conclusão: O relato traz aspectos incomuns da prática cirúrgica convencional, desde a apresentação rara de hérnias inguinais bilaterais e umbilicais simultâneas em paciente sem história de fatores de risco clássicos associados, até reparo cirúrgico atípico concomitante das hérnias de parede abdominal, com uma evolução favorável do paciente.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2462

TÍTULO DO TRABALHO: Infecção de ferida operatória com tela de polipropileno por Providencia spp ? Relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GABRIEL SOUZA CURY; MATHEUS GRECHI MARTINS GAMA; DIEGO ADAO FANTI SILVA; MILTON SCALABRINI; EDUARDO ALEXANDRINO SERVOLO DE MEDEIROS; RAMIRO COLLEONI NETO; GASPAR DE JESUS LOPES FILHO. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Infecção de prótese é uma complicação pós-operatória potencialmente grave. A infecção da tela, geralmente, é causada por microrganismos capazes de formar biofilme, como Staphylococcus coagulase-negativos, Staphylococcus aureus e enterobactérias. Anaeróbios também são patógenos em potencial. Providencia spp é uma enterobactéria que causa infecções hospitalares, representando um problema emergente graças ao aumento da resistência aos antibióticos devido à produção de ?-lactamases de espectro estendido e à hiperprodução de ?-lactamases. Raramente, podem causar infecções de ferida operatória e de implantes protéticos, como telas, com repercussão clínica significativa, necessitando de remoção ou troca do material. Relato de Caso: Mulher, 65 anos, previamente hígida, foi submetida à correção de hérnia incisional com tela de polipropileno associada à reconstrução do transito após sigmoidectomia por diverticulite complicada. Apresentou secreção purulenta e deiscência da ferida operatória. A cultura da secreção da ferida cirúrgica foi positiva para Providencia spp, resistente às cefalosporinas e aos aminoglicosídeos. Os exames de imagem não identificaram coleções na parede abdominal. Na cultura de fragmento da tela não houve crescimento de bactérias aeróbias. Foi reinternada para antibioticoterapia com meropenem por sete dias e a paciente recusou a proposta de retirada da tela Após melhora do quadro clínico e alta hospitalar, retornou em 15 dias com secreção purulenta fétida e deiscência, cuja cultura mostrou persistência do agente infeccioso. Foi submetida a reoperação com retirada da tela e realizada antibioticoterapia com meropenem por 21 dias. Encontra-se em seguimento ambulatorial há um ano com boa evolução, sem outras intercorrências. Conclusão: O tratamento de infecções relacionadas a implantes geralmente requerem a retirada do material implantado pela presença de biofilme e dificuldade do antibiótico atingir a concentração adequada no material. Enterobactérias têm se tornado um microrganismo frequente em infecções relacionadas a próteses e podem exibir alto nível de resistência às cefalosporinas. Nessas situações os carbapenêmicos, quando sensíveis, são as drogas de escolha

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 486

TÍTULO DO TRABALHO: Infecção Grave em Portais de Trocáteres de Videolaparoscopia

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANA CELIA DINIZ C. BARBOSA ROMEO1; ANDRE LUIS BARBOSA ROMEO2; JORGE MOURA COSTA DIAS TAVARES2; PEDRO BOTELHO DE ALENCAR FERREIRA CRUZ2; MÁRCIO ANDRADE SILVA FREIRE2; DANIEL CARDOSO CAVALCANTE GUERRA2; JOÃO PAULO NUNES BRANDÃO2; LEONARDO AUGUSTO OLIVEIRA2. 1. HOSPITAL DO SUBÚRBIO, SALVADOR - BA - BRASIL; 2. HOSPITAL ANA NÉRI, SALVADOR - BA - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Relato de raro caso de paciente submetida a videolaparoscopia para drenagem de abscesso pélvico evoluindo com infecção grave em portais de trocáteres.Relato de caso: Paciente de 23 anos sem comorbidades, submetida a operação cesareana há +/- 12 dias para feto a termo, nativivo sem intercorrências, re-internada para drenagem de abscesso em cicatriz de Pfannenstiel. Evoluiu com sintomas e sinais de peritonite, sendo submetida a videolaparoscopia onde foi evidenciado abscesso pélvico e observada drenagem de secreção purulenta da cicatriz abdominal fluindo em direção à pélvis. Realizada lavagem e aspiração das secreções, limpeza exaustiva da cicatriz de Pfannenstiel e cobertura antibiótica ampla.No II DPO foi observada reação francamente infecciosa em portais de trocáteres com saída de secreção purulenta abundante. Em três ocasiões os tecidos dos portais foram seguidamente ressecados e como a celulite / infecção local continuava a progredir, optou-se pela ressecção de todo o tecido dermatogorduroso desde +/- 3 cm acima da cicatriz umbilical até a região supra-púbica.Conclusão: A paciente evoluiu bem, tendo alta no XVII DPO com ferida granulando bem, sem sinais flogísticos, sendo encaminhada para correção pela Cirurgia Plástica, o que foi realizado com sucesso.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2099

TÍTULO DO TRABALHO: Inguinodinia em pacientes submetidos a hernioplastia inguinal pela técnica de Lichtenstein

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BRUNO GARCIA DIAS1; MARCUS FELIPE GONÇALVES FEITOSA1; DIEGO MARQUES FERNANDES1; PAULO VICENTE DOS SANTOS FILHO2; MICHEL LUIZ OLIVEIRA ANDRADE3; RAFAEL ADAILTON DOS SANTOS JUNIOR4; TIAGO DA SILVA NUNES3; VALDINALDO ARAGAO DE MELO2. 1. FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA, ARACAJU - SE - BRASIL; 2. COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES, ARACAJU - SE - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE, ARACAJU - SE - BRASIL; 4. UNIVERSIDADE TIRADENTES, ARACAJU - SE - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O desenvolvimento das técnicas de reparo livre de tensão possibilitou a diminuição das taxas de recidivas de hérnias inguinais, anteriormente consideradas a principal complicação pós-operatória. Em contrapartida, vem se notando um aumento da incidência e dos relatos de dor inguinal crônica - também chamada inguinodinia - e por esse motivo, tem sido considerada atualmente a complicação de maior importância no pós-operatório das hérnias inguinais. A cronicidade é geralmente definida por um período de dor de três meses, no entanto, na inguinodinia devido aos processos inflamatórios pós-operatórios, é definida após um período mínimo de seis meses. Sua etiologia é multifatorial, podendo ser causada por dano a um ou mais nervos da região inguinal, repercutindo em uma dor do tipo neuropática e/ou devido o processo inflamatório decorrente do uso de tela ou relacionada a outros fatores, resultando em dor somática. Objetivo: avaliar a incidência de dor crônica e o seu impacto na qualidade de vida de pacientes submetidos à hernioplastia inguinal pela técnica de Lichtenstein na Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia localizada na cidade de Aracaju, Estado de Sergipe, Brasil. Método: trata-se de estudo transversal descritivo, no qual foram rastreados nos arquivos hospitalares pacientes operados de hérnia inguinal pela técnica convencional sob anestesia raquidiana, no período de fevereiro de 2013 a fevereiro de 2015, e que já haviam completado seis meses de pós-operatório. Os selecionados foram questionados sobre a presença de dor inguinal crônica e caso confirmada, convidados a uma consulta na qual foi feita análise da qualidade da dor e seu impacto na qualidade de vida. Resultados: do total de 158 pacientes submetidos ao procedimento, 7,6% foram identificados como portadores de inguinodinia. Destes houve impacto na qualidade de vida em 25%. Conclusões: observou-se incidência de inguinodinia pós-hernioplastia e repercussão na qualidade de vida semelhante à literatura mundial e evidenciou-se necessidade de acompanhamento rigoroso no pós-operatório dos pacientes submetidos a esse procedimento.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1426

TÍTULO DO TRABALHO: Instituição de um serviço dedicado à cirurgias específicas (grupo de hérnia) ? há correlação com o aumento de volume e complexidade dos procedimentos realizados?

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MURILLO DE LIMA FAVARO1; YASMIN GARCIA BATISTA1; OTTO MAURO DOS SANTOS-ROSA2; SILVIO GABOR1; JULIO BETIOL1; TIAGO BEZERRA MACHADO1; LIGIA RIBEIRO1; MARCELO AUGUSTO F. RIBEIRO JR.1. 1. UNISA, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. UNISA-SP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução:Em 2008 propôs-se que as condições patológicas que requerem tratamento cirúrgico deveriam ser consideradas como ?doenças negligenciadas?, uma vez que afetam desproporcionalmente os indivíduos mais carentes mundialmente (Ozgediz et al.2008). Objetivo:O presente estudo propôs-se a avaliar se o desenvolvimento de um grupo dedicado à cirurgias específicas (grupo de parede abdominal, com foco em cirurgias de hérnia) aumenta o volume e a complexidade dos procedimentos cirúrgicos realizados em um hospital público de nível secundário.Método:Estudo retrospectivo e observacional de pacientes avaliados entre outubro de 2014 e setembro de 2015 comparados com pacientes avaliados entre outubro de 2015 e setembro de 2016, representando, respectivamente, o período pré e pós-instituição do serviço dedicado a cirurgias de hérnia. Dados de prontuários eletrônicos (constando a descrição do procedimento cirúrgico) dos pacientes envolvidos no estudo foram revisados e coletados. O desfecho primário a ser avaliado foi o aumento no volume de cirurgias de hérnia. O desfecho secundário compôs-se no aumento da complexidade das cirurgias de hérnia realizadas.Resultados:Em relação ao volume de cirurgias, foi observado que durante o primeiro período analisado (2014-2015), 54 procedimentos cirúrgicos para o tratamento de hérnias foram realizados, comparado com 287 procedimentos conduzidos no período seguinte (2015-2016), representando um aumento de 5,3 vezes no volume total (531%).Conclusões:De acordo com os resultados observados no presente estudo, a instituição de um serviço específico de cirurgia de hérnia em um hospital secundário efetivamente ampliou o volume de procedimentos realizados no período analisado. Adicionalmente a complexidade dos procedimentos cirúrgicos elevou-se substancialmente. De acordo com a literatura, o volume de cirurgias e a complexidade relacionam-se com o desfecho do tratamento e estudos posteriores devem corroborar esta relação no serviço avaliado.Bibliografia: Weiser TG, Haynes AB, Molina G et al. Estimate of the global volume of surgery in 2012: an assessment supporting improved health outcomes. Lancet. 2015 Apr 27;385 Suppl 2:S11. Shawar YR, Shiffman J, Spiegel DA. Generation of political priority for global surgery: a qualitative policy analysis. Lancet Glob Health. 2015 Aug;3(8):e487-95. Wong EG, Ameh EA, Wren SM, et al. Recommendations for including surgery on the public health agenda. J Surg Res. 2015 Jul;197(1):112-7.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1674

TÍTULO DO TRABALHO: Lipoma Gigante: relato de caso.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANA CECÍLIA CARVALHO TORRES1; BRUNO MARINHO PINTO DE ÁGUILA2; NINA ROSA TENÓRIO LIRA2; NORTON NUNES DE LIMA2; RODRIGO SANTIAGO MOREIRA2; FRANCIS ANDREW DA SILVA SOUSA2; VICTOR CARVALHO MACIEL GIRÃO2; RAISSA DE ALMEIDA MARTINS3; THIAGO SOUZA E SILVA4. 1. UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO - UPE, RECIFE - PE - BRASIL; 2. HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - RECIFE/PE, RECIFE - PE - BRASIL; 3. HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO - HR, RECIFE - PE - BRASIL; 4. HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - HGV, RECIFE - PE - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Os lipomas são neoplasias benignas do tecido adiposo e os tumores mais frequentes de origem mesenquimal. Comumente são indolores, mas quando atingem grandes proporções podem desencadear uma série de sintomas e limitações funcionais, tais como linfedema e compressão extrínseca de estruturas. O crescimento de lipomas é incomum, pois seu tamanho costuma limitar-se a 2 cm de diâmetro, não ultrapassando 10 cm. É referido como gigante quando atinge mais de 10cm de diâmetro e quando pesa no mínimo 1000g.Relato de caso: SSL, sexo masculino, 34 anos, natural da cidade de Pombos, interior do estado de Pernambuco, apresentava tumoração com cerca de 25 cm e aumento progressivo ao longo de 10 anos. Paciente assintomático, com queixas exclusivamente estéticas. A massa era sólida, de consistência amolecida, indolor à palpação, sem presença de sopros e batimentos arteriais. Foi solicitada tomografia de abdome total, a qual evidenciou massa restrita ao tecido subcutâneo. Optou-se pela abordagem cirúrgica através de incisão elíptica em base de tumoração localizada no hipocôndrio esquerdo, seguida de dissecção com eletrocautério seguindo planos de clivagem e ressecção de toda a massa, a qual media 30cm x 30cm de aspecto lipomatoso recoberto por pele. O paciente evoluiu bem, recebendo no mesmo dia do procedimento cirúrgico.Conclusão: O presente relato revela a peculiaridade da apresentação dos lipomas, o qual, nesse caso, era gigante, o que é raramente encontrado na literatura, único, com 30 cm, em tecido subcutâneo de parede abdominal. A ausência de sintomas foi a principal responsável pela procura tardia de parecer médico.

CODIGO DO TRABALHO: 850

TÍTULO DO TRABALHO: Modelo de Ensino para Reconstrução da Parede Abdominal pela Técnica de Separação de Componentes Anterior e Posterior

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CARLOS JOSÉ LAZZARINI MENDES; SERGIO ROLL; RODRIGO ALTENFELDER SILVA; ADHEMAR MONTEIRO PACHECO JR.; MIRNA DUARTE BARROS. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
ObjetivoO fechamento primário das hérnias da parede abdominal, com orifício maior ou igual a 10cm, oferecem altos índices de recidiva. Incisões relaxadoras e próteses fazem parte das alternativas. A estratigrafia da parede permite desconstrui-la e reparar a função. A secção da aponeurose do m. oblíquo externo(MOE) e descolamento do m. obliquo interno(MOI), denominada Separação Anterior de Componentes (SOC)(1) e, a secção do m. transverso do abdome, com descolamento da fáscia transversal, denominado Transversus Abdominis Muscle Release (TAR), são alternativas para a reconstrução(2). Apresentamos modelo de ensino, em cadáver, reprodutível, potencializando a utilização de espécimes anatômicos.MétodoForam dissecados dois cadáveres, conservados pela solução de Larsen. No primeiro, realizada: 1. incisão mediana xifopúbica até a linha alba e duas incisões transversas, nas alturas do processo xifoide e sínfise púbica; 2. descolamento do subcutâneo da aponeurose; 3. secção da aponeurose do MOE, longitudinal e paralela a margem lateral do m. reto do abdome; 4. descolamento do MOE do MOI, proporcionando o deslizamento da musculatura, possibilitando a aproximação da linha média. No segundo: 1. incisão mediana xifopúbica, abertura da linha alba expondo o m. reto do abdome; 2. tração do músculo reto do abdome anteriormente, expondo a lâmina posterior e, o m. transverso do abdome em sua porção supra umbilical; 3. secção do m. transverso do abdome desde o rebordo costal até a crista ilíaca, expondo a fáscia transversal e o retroperitônio, permitindo a aproximação da linha média.ResultadosO modelo de dissecção ofereceu a reprodutibilidade por ambas as técnicas e a identificação das estruturas em vários planos estratigráficos, bem como a recomposição com a morfologia intacta.ConclusãoO SOC e o TAR foram realizados, com a oportunidade de auferir dúvidas inúmeras vezes. O método empregado nas dissecções, permite o reconhecimento da estratigrafia e as modificações pelas técnicas de hernioplastia, além de manter excelente qualidade dos espécimes dissecados para repetidos estudantes.1.Ramirez OM, et al. ?Componentes Separation? Method for Closure of Abdominal-Wall Defects: An Anatomic and Clinical Study. Plast Reconstr Surg.1990;86(3):519?26.2. Novitsky YW, et al. Transversus abdominis muscle release: a novel approach to posterior component separation during complex abdominal wall reconstruction. Am J Surg. Elsevier Inc; 2012 Nov;204(5):709?16

CODIGO DO TRABALHO: 2303

TÍTULO DO TRABALHO: PERFIL DOS PACIENTES ACIMA DOS 70 ANOS SUBMETIDOS À HERNIOPLASTIAS INGUINAIS NO COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DANIEL DE MORAIS TAVARES1; BRUNO DE OLIVEIRA ARAUJO SOUSA2; DYEGO DOS SANTOS QUEIROZ2; THEAGO ARRUDA ESPÍRITO SANTO2; LUANA ARRUDA2; FERNANDA NEIVA RIBEIRO2; VALTER FABRICIO FERREIRA DARI2; MARILIA IAIA NAHAS JUNQUEIRA2. 1. PUC-SP, SOROCABA - SP - BRASIL; 2. COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI, CAMPINAS - SP - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVO: Descrever o perfil dos pacientes submetidos á hernioplastias inguinais com mais de 70 anos, realizadas em serviço totalmente público de residência médica em cirurgia geral no interior do estado de São Paulo.MÉTODO: Foi realizado estudo longitudinal retrospectivo através da análise e levantamento de informações de prontuários de pacientes submetidos a hernioplastia inguinal no serviço de cirurgia geral do Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi, Campinas-SP, no periodo compreendido entre os meses de setembro de 2015 e outubro de 2016. Utilizado como variáveis do estudo sexo, técnica utilizada, classificação de nyhus, complicações pós-operatórias e tempo de internação.RESULTADOS: Foram analisados no total 58 pacientes acima dos 70 anos. Cerca de 90% (52 pacientes) foram do sexo masculino. Os sintomas tiveram inicio em 39% em até 1 ano e 38% de 1 a 3 anos. 50% dos pacientes apresentavam hérnia inguinal à direita, seguido de 36% á esquerda e 24% bilateral. A hérnia mais comum foi a indireta, porém a associação com defeito da parede posterior foi relevante. O procedimento cirúrgico de escolha em todos os casos foi a técnica com utilização de tela de polipropileno ou de Lichtenstein. O tempo de internação foi de 24h para mais de 90% dos pacientes. Como complicações foi observado seroma (4 casos), infecção de ferida (2 casos), recidiva (2 casos) e hematoma (1 caso).CONCLUSÕES: O trabalho demonstrou que a hernioplastia a Lichtenstein é considerada um procedimento seguro em pacientes idosos, em especial aos acima dos 70 anos, com tempo de internação baixa e complicações aceitáveis e de acordo com a literatura.

CODIGO DO TRABALHO: 480

TÍTULO DO TRABALHO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E COMPLICAÇÕES PÓS OPERATÓRIAS EM HERNIOPLASTIAS POR ABORDAGEM ABERTA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CAROLINE MARCELE MACIEL BERGER; BRUNO ISMAIL SPLITT; ALOYSIO ENCK NETO; BETINA FRANCIOSI; RENATA ROCCA; MARIANA FERREIRA; JEAN CARLOS LEVAY MURARI; OSCAR EDUARDO LUZ DE CARVALHO LEITE. HOSPITAL ERNESTO DORNELLES, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Calcula-se que 5% da população venha a desenvolver uma hérnia da parede abdominal ao longo da vida e destas 75% ocorrem na região inguinal. Tendo em vista o impacto na qualidade de vida e as complicações potencialmente graves desta condição, as hernioplastias estão entre as cirurgias eletivas mais realizadas.Objetivos: Descrever o perfil epidemiológico dos pacientes submetidos à hernioplastias por via aberta no Hospital de Caridade de São Jerônimo - RS, bem como as complicações pós operatórias precoces observadas.Métodos: Análise prospectiva dos dados dos pacientes submetidos a estas cirurgias entre 1 de setembro a 1 de outubro de 2016.Resultados: Foram observados 28 pacientes, mais de 78% dos pacientes eram homens, com predomínio significativo da raça branca (71,4%). O tabagismo foi fator identificado em quase 40% dos casos e a quase totalidade deles encontrava-se no peso ideal ou com discreto sobrepeso (21 pacientes, 75%). Entre as cirurgias, 46,42 % foram para correção de hérnias inguinais, tendo discreta diferença estatística quanto ao lado mais prevalente, com diferença de apenas 1 caso a mais à esquerda. Das hérnias ventrais, a umbilical foi a mais prevalente equivalendo a 66,6% dos casos neste subgrupo. De todas hernioplastias realizadas 10,71% foram secundárias devido hérnias recidivadas. Em 75% destas cirurgias não foi identificada nenhuma complicação, dentre as identificadas, seroma (10,71%) e infecção de ferida operatória (7,14%) foram as mais expressivas.Discussão: Os dados epidemiológicos, como características mais prevalentes e presença de fatores de risco corroboraram com os encontrados na literatura. Seroma e infecção foram as complicação mais frequentes. A literatura mostra uma frequência de infecção variável de 0 a 30%, no entanto, grandes serviços possuem uma taxa de apenas 1% a 2% após o reparo aberto de hérnia inguinal.Conclusão: As complicações de ferida operatória mais frequentes nas hernioplastias são hematoma e seroma. Ambas predispõem a infecção, que é uma das principais causas de recidiva e de complicações graves, como a infecção profunda da tela e formação de abscessos, o que invariavelmente, implica em reoperação e aumento significativo na morbi-mortalidade. Faz-se necessário cuidados rigorosos com antissepsia, hemostasia e descolamento parcimonioso dos tecidos para tentar minimizar estes riscos.Bibliografia: Jenkins, JT.; O?Dwyer, PJ. - Inguinal hernias BMJ 2008;336:269-72

CODIGO DO TRABALHO: 2084

TÍTULO DO TRABALHO: PERFIL MORFOLÓGICO E EPIDEMIOLÓGICO DAS HÉRNIAS INCISIONAIS DOS PACIENTES DO AMBULATÓRIO MÉDICO DA SANTA CASA DE SÃO PAULO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOÃO PAULO VENANCIO DE CARVALHO; RENAN LUIS SASAKI; RODRIGO ALTENFELDER SILVA; SERGIO ROLL; ADHEMAR MONTEIRO PACHECO JR.; VICTOR SERGIO STOCKLER BRUSCAGIN; CARLOS JOSÉ LAZZARINI MENDES; MAURICE YOUSSEF FRANCISS. ISCMSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVOO objetivo do estudo é delinear o perfil epidemiológico dos pacientes portadores de hernia incisional e os fatores preditivos que possam determinar maior risco para a incidência de hernia incisional.MÉTODOSOs dados serão coletados de maneira prospectiva no ambulatório do grupo de parede abdominal da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo em pacientes portadores de hérnia incisional da parede abdominal.As variáveis analisadas serão:Sexo, Idade, Procedimento cirúrgico inicial, Se caráter emergencial ou eletivo, Tempo do procedimento incial, Complicações na ferida operatória, Tempo evolução da hérnia, Índice de massa corpórea, Presença de comorbidadesRESULTADOSCom os dados levantados no ambulatório da Santa Casa percebemos que os perfil epidemiológico do paciente portador de hérnia incisional é:Sexo feminino Pós cirurgia de emergência Imc médio de 30 Tabagista ou ex-tabagista em aproximadamente 40% dos casosCONCLUSÃOPercebe-se a importância da identificação dos fatores de risco para o desenvolvimeto de uma hérnia incisional tanto no paciente pré quanto no pós operatório para, assim, tentarmos evitar o seu aparecimento ou conduzirmos da melhor forma seu tratamentoBIBLIOGRAFIA1. F. E. Muysoms. Classification of primary and incisional abdominal wall hernias. Hernia 2009;2. Voeller GR. Innovations in ventral hernia repair. Surg Technol ?Int 2007;16:117?1223. Jacobus Willem Annes Burger. Incisional Hernia: Etiology, Prevention and Treatment, 1 ed. : ; 2006.4. Hoer J, Lawong G, Klinge U, Schumpelick V. Factors influencing the development of incisional hernia. A retrospective study of 2,983 laparotomy patients over a period of 10 years. Chirurg. 2002;73: 474?80.5. Sørensen LT, Hemmingsen UB, Kirkeby LT, Kallehave F, Jørgensen LN. Smoking is a risk factor for incisional hernia.. Arch Surg 2005; 140(2): 6. Adell-Carceller R, Segarra-Soria MA, Pellicer-Castell V, Marcote-Valdivieso E, Gamón-Giner R, Martín-Franco MA, Ibáñez-Palacin F, Torner-Pardo A. Incisional hernia in colorectal cancer surgery. Associated risk factors. Cir Esp 2006; 79(1): 7.Diener MK, Voss S, Jensen K, Buchler MW, Seiler CM. Elective midline laparotomy closure: the INLINE systematic review and meta-analysis. Ann Surg. 2010; 251: 8438.Seiler CM, Bruckner T, Diener MK, Papyan A, Golcher H, Seidlmayer C, et al. Interrupted or continuous slowly absorbable sutures for closure of primary elective midline abdominal incisions: a multicenter randomized trial (INSECT). Ann Surg. 2009; 249: 576

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2396

TÍTULO DO TRABALHO: Perfuração de divertículo de colón sigmoide em hérnia inguinal encarcerada: Relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANDRÉ DELLARETI BARRETO MARTINS; ROBERTO CARLOS DE OLIVEIRA E SILVA; GUSTAVO LARANJO AVELAR; PAULA CAROLINA DE OLIVEIRA ANDRADE; DOMINGOS ANDRE FERNANDES DRUMOND; LUIZ AUGUSTO DE OLIVEIRA MACHADO. HOSPITAL FELICIO ROCHO, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O reparo de hérnias é um dos procedimentos mais comuns do cirurgião geral. Cerca de 75% das hérnias ocorrem na região inguinal. A prevalência das hérnias aumenta com a idade, assim como o estrangulamento, causa mais comum de complicação das hérnias inguinais. Existem poucos relatos na literatura de perfuração de víscera oca herniada na região inguinal. RELATO DE CASO: C.P.A.R., 88 anos, procurou atendimento médico no Hospital Felício Rocho com quadro de abaulamento da região inguinal esquerda e de bolsa escrotal ipsilateral, não redutível a manobras usuais, associado a hiperemia e dor local. Foi diagnosticada hérnia inguinal encarcerada crônica, sem sinais de estrangulamento, que foi inicialmente tratada de forma conservadora pelo alto risco cirúrgico do paciente. Devido manutenção da dor e hiperemia local, foi realizada TC de abdome e pelve que revelou sigmóide dentro do saco herniário, além de coleção heterogênea decorrente da perfuração de um divertículo. A cavidade abdominal não foi contaminada. A coleção foi prontamente drenada e higienizada. Paciente evolui com fístula entero-atmosférica sendo necessária nova abordagem cirúrgica com realização de colostomia em alça de cólon transverso. Paciente evoluiu bem, sem novas intercorrências até alta hospitalar. DISCUSSÃO: O conteúdo das hérnias inguinais pode ser muito variável. Normalmente o intestino delgado ou omento são encontrados no saco herniario, porém, existem relatos de casos de herniação da bexiga,tubas uterinas, ovários, divertículo de Meckel e apêndice cecal. A abordagem cirúrgica deve ser guiada por grau de contaminação local, se há contaminação da cavidade peritoneal, sinais de sepse ou sofrimento do segmento herniado. Neste caso, não houve contaminação fecal da cavidade peritoneal. A colostomia em alça ou a cirurgia de Hartmann são procedimentos muitas vezes necessários para controle da contaminação local. O reparo da hérnia, quando possível , não deve ser feito com técnicas que utilizem materiais sintéticos , devido ao grau de contaminação local. CONCLUSÃO: Um divertículo perfurado do cólon sigmóide se apresentando em uma hérnia inguinal encarcerada é uma entidade rara, que requer tratamento clínico-cirúrgico e avaliação radiológica imediata. A abordagem cirúrgica desta afecção pode variar de acordo com o grau de contaminação local e intra-peritoneal.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1202

TÍTULO DO TRABALHO: PERITONITE TERCIÁRIA: DEFINIÇÃO E TRATAMENTO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FRANCIMAR KÉTSIA SERRA ARAÚJO1; GABRIELA LIMA NÓBREGA1; TIAGO SALDANHA DE MEDEIROS1; ATHENA TAMIRIS DANTAS DE ALENCAR MARTINS QUEIROZ1; LETÍCIA DE MEDEIROS JALES1; MAYARA RAYSSA DANTAS BORGES2. 1. UNIVERSIDADE POTIGUAR, NATAL - RN - BRASIL; 2. HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL, NATAL - RN - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A peritonite é uma infecção intraperitoneal com grande mortalidade na clí-nica cirúrgica, classificada como: primárias (espontâneas), secundárias (relacionadas com um processo patológico de um órgão visceral) ou ainda terciárias (infecção peritoneal persistente ou recorrente após 48 horas de implantação de uma correta terapêutica inicial).Objetivos: No presente estudo, os autores, através de uma revisão da literatura, pretendem debruçar-se sobre as implicações clínicas e o tratamento da peritonite terciária.Materiais e métodos. Revisão de literatura nas bases de dados PubMed, Scopus, Scielo e Web of Science sobre o tema.Resultados. Peritonite é definida como uma inflamação da membrana serosa que reveste e delimita a cavidade abdominal e os órgãos nela contidos. É normalmente ocasionada pela ocorrência de uma infecção no ambiente estéril peritoneal, resultando no desenvolvimento de um exsudato purulento na cavidade peritoneal. O tratamento padrão para a secundária é abordagem com laparotomia exploradora de urgência com controle cirúrgico com sucesso e antibioticoterapia adequada, entretanto, alguns pacientes desenvolvem uma infecção persistente intra - abdominal após 48 horas, com alteração da flora microbiana e falha da resposta imune. A este evento damos o nome de peritonite terciária. Embora seja menos comum, quando ocorre é grave e tem alta chance de evoluir com choque séptico, justificando sua alta mortalidade (30-64%). Resolvido o fator causal da peritonite, a lavagem exaustiva com solução fisiológica é necessária para que se obtenha um volume aspirado tão limpo quanto o volume injetado, erradicando qualquer infecção.Conclusões. Devido a sua alta letalidade e tardio diagnóstico muitos pacientes vem a óbito, mostrando a necessidade do conhecimento desta patologia e do seu diagnóstico, além da correta escolha antimicrobiana.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 3057

TÍTULO DO TRABALHO: PERSISTÊNCIA DE ÚRACO EM PACIENTE DE MEIA-IDADE:RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FELIPE DE MATTOS FERREGUTTI1; ANDREIA MARTINS GORI2; KARIN HACKEL1. 1. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOROCABA, SOROCABA - SP - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE ANHEMBI MORUMBI, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Ùraco é um remanescente de alantoide de superfície ventral do seio urogental até o cordão umbilical, que conecta o ápice da bexiga. Normalmente regride e torna-se o ligamento umbilical médio no adulto. O úraco persistente é uma anomlaia congênita rara, que ocorre em 1,6% das criaças menores de 15 anos e em 0,063% dos adultos.RELATO DE CASO: CIW, sexo feminino, de 51 anos, comparece ao serviço de urgência do nosso serviço, com quadro de sangramento ativo em região de cicatriz umbilical há 15 dias, após queda da própria altura., associado a dor e com piora ao tossir. Exame fisico, se apresentava em bom estado geral, corada, hidratada, eupneica e afebril. Abdome globoso, flácido, , indolor a palpação. Apresentava leve sangramento em região de cicatriz umblical, além de hérnia umbilical redutivel. Foi indicado o procedimento cirurgico, com incisão mediana transumbilical , evidênciando a presença de bolsa de úraco, abaixo da cicatriz umbilical. Paciente evolui bem no pós operatório imediato, recebendo alta após 3 dias. Anatomo patológico evidenciou processo inflamátorio agudo, ao lado de infiltrado linfocitário, e tecido de granulação.CONCLUSÃO: Lesões úracais raramente apresentam manifestações clínicas em adultos, sendo mais frequentes os problemas em crianças. O diagnóstico de anormalidades úracais pode ser feito através de um bom exame físico associado a um estudo de imagem apropiado. No presente estudo, o fato que distingue-se dos demais estudos vistos em diversas plataformas, , é o fato da paciente já ser adulta. Outro fator prepoderante é a idade já avançada da paciente (51 anos) sendo observado na literatura, relatos em pacientes adultos com variações de idade de 25 a 38 anos.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2951

TÍTULO DO TRABALHO: Pneumoperitônio Progressivo no Tratamento das Hérnias Incisionais Gigantes: Relato de Casos

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LUIZ AUGUSTO DE OLIVEIRA MACHADO1; PAULA CAROLINA DE OLIVEIRA ANDRADE2; GUSTAVO LARANJO AVELAR1; ANDRÉ DELLARETI BARRETO MARTINS1; DOMINGOS ANDRE FERNANDES DRUMOND2. 1. HOSPITAL FELÍCIO ROCHO, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. HOSPITAL FELICIO ROCHO, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O tratamento das hérnias inficionais gigantes continua desafiando cirurgiões experientes. A perda do domicílio do conteúdo abdominal herniado acaba por reduzir a volumetria da cavidade peritoneal. A tentativa de reduzir o conteúdo herniado sem proporcionar previamente espaço na cavidade peritoneal para recebê-lo pode ocasionar intercorrências potencialmente fatais no pós-operatório decorrente da hipertensão abdominal. Essa hipertensão abdominal, motiva grandes transtornos ventilatórios e hemodinâmicos e pode caminhar para a síndrome de compartimento abdominal. Esta, é fatal quando não imediatamente reconhecida e tratada. RELATO DE CASOS: Caso 01: Paciente H.A, 33 anos, sexo masculino, vitima de acidente automobilístico, submetido a laparotomia de urgência, evoluiu com eventração no pós-operatório imediato com posterior hérnia incisional gigante. Caso 02. Paciente O.P., 67 anos, sexo masculino, submetido à apendicectomia convencional com posterior reintervensão cirúrgica por complicação pós-operatória evoluindo com grande hérnia incisional em fossa ilíaca direita. Para o tratamento de ambos os pacientes foi implantado um cateter vascular na cavidade peritoneal e realizado pneumoperitôneo progressivo com insuflação de ar ambiente, durante 12 dias. Após este período, os pacientes foram submetidos a herniorrafia com utilização de tela de polipropileno. Evoluíram sem complicações pós-operatórias, recebendo alta hospitalar. CONCLUSÃO: O pneumoperitôneo progressivo, através de uma técnica simples, com insuflação de ar ambiente diariamente, satisfaz essa necessidade, criando espaço para receber essas vísceras herniadas. Esses dois casos, recentemente tratados, reacenderam a importância dessa abordagem, em que pese tantos recursos modernos de técnica operatória no tratamento desta entidade.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1834

TÍTULO DO TRABALHO: PREVALÊNCIA DE DOR CRÔNICA PÓS-HERNIOPLASTIA INGUINAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: SIMONE CARVALHO FONTENELE GRAMOZA1; ELIO RODRIGUES DA SILVA1; JOÃO LISBOA DE FLORES NETO1; MARIANA PIMENTEL LOPES2; JULIANA CUNHA DA COSTA1; LUCAS DE DEUS SOUSA3; GERMANO DE SOUSA LEÃO1. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ, TERESINA - PI - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ, TERESINA - PI - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUI, TERESINA - PI - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVO: Avaliar a prevalência de dor crônica nos pacientes submetidos à hernioplastia inguinal no Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí (HU-UFPI) no período de março de 2014 a maio de 2015, bem como, caracterizar a dor quanto à frequência, tipo e intensidade. MÉTODOS: Trata-se de um estudo transversal, descritivo e caráter quantitativo, no qual foram analisados os prontuários de 95 pacientes submetidos à hernioplastia inguinal no HU-UFPI no dado período. Na pesquisa foram incluídos pacientes submetidos a hernioplastia inguinal no centro cirúrgico do HU-UFPI. Foram excluídos desse estudo os pacientes que apresentavam sinais de encarceramento ou estrangulamento da hérnia inguinal no pré-operatório, além dos que não puderam retornar ao ambulatório e aqueles que o contato telefônico não foi possível. Os pacientes foram procurados e solicitados a responderem o questionário da pesquisa. Esse questionário continha 6 perguntas que analisavam a presença, frequência, caracterização, localização, intensidade e quantificação da dor. A abordagem aos pacientes foi feita no mínimo com 3 meses. A medida da frequência relativa e absoluta foi feita através do IBM SPSS Statistic 2015. Todos os pacientes incluídos foram esclarecidos sobre os objetivos do trabalho e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido. O presente estudo foi autorizado pelo comitê de Ética da UFPI através de cadastro na Plataforma Brasil. RESULTADOS: Obteve-se resposta do questionário em 67 pacientes (70%), sendo 57 homens (85%) e 10 mulheres (15%), dos quais 13 (19,4%) afirmaram sentir dor e 15 (22,3%) apenas um desconforto na região operada. A frequência da dor na maioria dos pacientes foi "raramente", a intensidade mais comum foi "leve", o tipo mais relatado foi "em pontadas" e a localização mais em evidência foi em volta da ferida operatória. Houve apenas 01 (um) paciente que apresentou recorrência da hérnia inguinal. CONCLUSÃO: O presente estudo teve uma alta prevalência de dor crônica em pacientes submetidos à hernioplastia inguinal, dado de grande valor para que se promova uma maior vigilância aos fatores de risco e assim, uma redução dessa complicação pós-operatória.BIBLIOGRAFIA:Gabriel Sandblom. Is chronic post-herniorrhaphy pain always chronic? A literature Review. Journal of Pain Research 2015; 8:241-245. Martin F, Andrea L, Parviz K, David C. Pain control following inguinal herniorrhaphy: current perspectives. Journal of Pain Research 2014; 7: 277-290

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 891

TÍTULO DO TRABALHO: Propedêutica Diagnóstica E Correção De Cirúrgica De Hérnia de Spiegel: Relato De Caso.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: VÍCTOR SOUSA SILVA1; TÁSSYLLA CAROLINE FERREIRA PEREIRA2; JOÃO VICTOR PEREIRA GOMES2; THIAGO LUIS AGUILAR CARLOS PEREIRA2; CAMILA MONTEIRO DA ROCHA2; PATRÍCIA ALVES MANGUEIRA2; JESSIKA RODRIGUES TAUHATA2; JOÃO MANOEL SANTOS BOTELHO2. 1. ITPAC, ARAGUAÍNA - TO - BRASIL; 2. ITPAC, ARAGUAINA - TO - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: As Hérnias de Spiegel (HS) são hérnias raras da parede abdominal representando apenas 1-2% dos casos. Apresentam quadro clínico pouco esclarecedor e ocorrem predominantemente no sexo feminino, entre 40-70 anos de idade. Estas hérnias têm habitualmente indicação cirúrgica pelo risco de encarceramento que pode ocorrer em cerca de 25% dos doentes. OBJETIVO: Relatar a propedêutica diagnóstica e intervenção de um quadro de abdome agudo obstrutivo devido HS. MÉTODO: Consulta retrospectiva em prontuário, obtendo dados dos exames de imagem e da conduta cirúrgica empregada. RESULTADOS: Paciente 56 anos, masculino, hipertenso, obeso, deu entrada no serviço de saúde com dor abdominal em fossa ilíaca esquerda e queixa de obstipação há uma semana, sem sangramento nas fezes, vômitos ou febre. Nega patologia cirúrgica prévia. Ao exame, abdome volumoso, flácido e depressível com massa palpável em fossa ilíaca esquerda, dolorosa, fixa e com discreta irritação peritoneal nesta topografia. Toque retal livre. Solicitado laboratório que não apresentou alterações. Rotina radiológica de abdome agudo demonstrou importante distensão de cólon com gás na ampola retal. Após colonoscopia, paciente evolui com piora da dor abdominal e distensão. A retosigmoidoscopia evidenciou subestenose de alça a 40cm da borda anal, impedindo a progressão do aparelho (coincidindo com local de palpação abdominal). Feito tomografia computadorizada de abdome evidenciando defeito na aponeurose com identificação de alça intestinal a atravessá-lo. A partir dos resultados, foi indicado uma laparotomia exploradora com incisão transversa em fossa ilíaca esquerda, com achado de HS, revelando encarceramento de sigmoide, sem sofrimento de alça. Realizou-se redução do conteúdo herniário, hernioplastia e inserido dreno a portovak. Paciente seguiu com boa evolução e alta hospitalar no 3º dia pós operatório, sem dreno. DISCUSSÃO: Ao contrário da maioria das hérnias da parede abdominal anterior, a HS tem como sintoma mais frequente a dor e não a tumefação, o que torna o diagnóstico difícil, sendo necessário recorrer a exames de imagem para diagnóstico. A escolha da abordagem cirúrgica deve ser individualizada baseada nas características do paciente e da hérnia, na disponibilidade do serviço e na experiência do cirurgião. O tratamento atual baseia-se na herniorrafia com hernioplastia, o qual garante melhores resultados e maior força e resistência comparada ao encerramento simples do defeito herniário.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1582

TÍTULO DO TRABALHO: RECIDIVA DE CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS DE COLO UTERINO EM PAREDE ABDOMINAL: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PETRILLE ANDRÉ CAVALCANTE DE BARROS; FILIPE DE PAULA MARTINS; JESSICA CAROLINE FREIRE CARVALHO; WILSON FERREIRA DE SOUZA NETO; RAFAEL CALVAO BARBUTO. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O câncer do colo do útero é um importante problema de saúde pública, sendo o quarto tipo de câncer mais comum entre mulheres. Sua recorrência se dá com mais frequência locorregionalmente, após tratamento cirúrgico ou radioterápico, sendo a pelve e a vagina os sítios mais frequentes. Metástases à distância são raras e usualmente observadas nos pulmões, ossos e fígado. A ocorrência de metástase em cicatrizes cirúrgicas é extremamente rara, com incidência entre 0,1% e 2%. Relato de caso: Paciente do sexo feminino, 51 anos, com diagnóstico de Carcinoma de Células Escamosas (CCE) de colo uterino em 2012, submetida à histerectomia e linfadenectomia, seguida de radioterapia e quimioterapia adjuvantes. Dois anos após, apresentou quadro de hérnia incisional encarcerada. Realizada enterectomia e hernioplastia com aposição de tela de polipropileno ?onlay?. No ato cirúrgico, identificou-se massa periumbilical, ressecada e enviada para exame anatomopatológico, cujo resultado foi de CCE de colo uterino. Após 18 meses, durante acompanhamento com equipe de Cirurgia de Parede Abdominal, paciente começou a notar abaulamento em ferida operatória. Ultrassonografia abdominal sugeriu reação do tipo corpo estranho à tela de polipropileno. Exploração de ferida operatória mostrou lesão nodular aderida à tela de polipropileno. Realizada retirada de tela, nódulo e aponeurose ?em bloco?, envio de material para exame anatomopatológico e síntese primária do defeito na parede abdominal. No pós-operatório, evoluiu com deiscência da ferida operatória umbilical e drenagem de secreção purulenta, aventada a hipótese de infecção de ferida operatória. Realizada antibioticoterapia, sem sucesso. Evolução com persistência de drenagem seropurulenta, hiperemia local e surgimento de ?massa periumbilical?. Tomografia Computadorizada mostrou grande massa parietal mesogástrica, hipodensa, expansiva, infiltrando os músculos reto abdominais, compatível com informe clínico de recidiva de tumor de colo uterino. Realizada ressecção ampla do tumor e da parede abdominal, reconstrução da mesma com tela de dupla face e abdominoplastia no mesmo tempo cirúrgico. Anatomopatológico mostrou nova recidiva de CCE de colo uterino. Conclusão: O relato mostra evolução rara do câncer de colo uterino pois, como visto na literatura, a incidência de metástase em parede abdominal é pouco frequente. Portanto, ressalta-se a importância do seguimento clínico adequado e do diagnóstico diferencial de suas complicações.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 598

TÍTULO DO TRABALHO: RELATO DE CASO: CISTO DE INCLUSÃO ABSCEDADO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LUNNA OLIVEIRA SANTOS1; MATHEUS DE SOUZA NOGUEIRA1; GABRIELA OLIVEIRA PEIXOTO1; DANILLO PRIMO ANDRADE SANTANA2; RENATA LIMA BATALHA DE ANDRADE1; RAFAEL SILVA SANTOS1; FILIPE MIGUEL BRITO FERNANDES DA SILVA2; SONIA OLIVEIRA LIMA1. 1. UNIVERSIDADE TIRADENTES, ARACAJU - SE - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE, ARACAJU - SE - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A hérnia de parede abdominal é afecção cirúrgica de elevada prevalência e o seu tratamento esta entre os procedimentos mais realizados anualmente. Tendo em vista a fragilidade da parede seja por fatores ambientais, constitucionais, ou mesmos inerentes ao envelhecimento cogitou-se utilizar um tecido de reforço na zona de correção das hérnias. Embora a prática da colocação de tela seja rotina nas correções de hérnia de parede abdominal, tanto na cirurgia laparoscópica quanto em reparos abertos, esta é sujeita a infecção, apesar das medidas preventivas pré-operatórias de esterilização da órtese, assepsia do instrumental cirúrgico, antibioticoprofilaxia, escolha do material da malha e a técnica operatória. Quando esta complicação ocorre, o cirurgião e o paciente são confrontados com uma situação complexa, muitas vezes necessitando intervenções cirúrgicas. Sabe-se que mesmo com o potencial risco de infecção, devido à baixa morbimortalidade o uso de tela é benéfico.Relato de caso: Relatar o caso de uma paciente do sexo feminino, obesa; submetida a nefrectomia esquerda, evoluindo com hérnia incisional sendo reabordada para correção da mesma. Anos após a hernioplastia a paciente apresentou um quadro de dor abdominal e febre, sendo investigada através de exames de imagem e diagnosticada através de tomografia computadorizada de abdome uma imagem cística em loja renal esquerda. Programada laparoscopia para resolução do caso. Durante o procedimento diagnosticou-se múltiplas aderências, e um abscesso em loja renal esquerda, após drenagem identificou-se, na parede abdominal granuloma de reação de corpo estranho compatível com a tela utilizada na cirurgia anterior. Após lavagem exaustiva da cavidade, foi colocado dreno de Penrose sentinela e realizada a síntese dos portais.Conclusão: a abordagem laparoscópica foi eficiente no diagnóstico e tratamento do abcesso de loja renal induzido por uso da tela para reparo de hérnia incisional.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2056

TÍTULO DO TRABALHO: Relato de caso: Fístula enterocutânea espontânea em hérnia incisional domiciliada.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOSÉ LAÉRCIO DE ARAÚJO FILHO1; CAROLINA DA SILVA GOMES1; THIAGO DE SOUZA PERUSSOLO1; PAULA SOTORIVA COELHO2; SÁVIO LUIZ SANTOS LOPES2; IAN DA MOTA HERNANDEZ3; GUSTAVO DE OLIVEIRA GONÇALVES3; THALES DE SOUZA ISRAEL1. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA, BOA VISTA - RR - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 3. HOSPITAL GERAL DE RORAIMA, BOA VISTA - RR - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Uma fístula é uma comunicação anormal entre duas superfícies epitelizadas, constituem complicações, por vezes, de alta gravidade; uma fístula enterocutânea (FEC) é uma comunicação anormal entre o intestino e a pele. Costuma ser uma complicação observada após cirurgias, cerca de 95% foram de pós-operatório, os outros 5% são consideradas espontâneas quando surgem de irradiação, doença inflamatória intestinal, doença diverticular, apendicite, isquemia intestinal, perfuração de úlcera péptica gastroduodenal e neoplasias ginecológicas. Com a terapia de suporte, o fechamento espontâneo ocorre em quase 70% dos pacientes.Relato de caso: M.E.O.S, mulher, 55 anos, negra, casada, do lar e hipertensa, admitida no setor de emergência com queixa de dor abdominal e febre. Apresentava hérnia incisional em região hipogástrica volumosa domiciliada, com sinais flogísticos e saída de secreção de odor fétido. Relata que convive com a patologia há 10 anos, mas piorou nos últimos 2 meses. Relata cirurgia prévia de histerectomia total abdominal com incisão infraumbilical há 10 anos. Ao exame físico a paciente se encontrava com abdome globoso, flácido, doloroso a palpação em andar inferior, sem sinais de irritação peritoneal. Em exames de entrada, constatado leucocitose, neutrofilia e anemia. À Tomografia Computadorizada de abdome evidenciou uma hérnia incisional domiciliada com formação de fístula enterocutânea de alto débito (>500ml/dia) e fasceite necrosante da parede abdominal. Realizado desbridamento de tecido desvitalizado e controle de débito de fístula e antibioticoterapia. Indicado NPT para tratamento de fístula, porém sem resultado satisfatório. Indicado cirurgia para correção da hérnia incisional e reparo da fístula. A paciente evoluiu no pós-operatório imediato sem intercorrências, recebendo alta após 5 dias, recebendo dieta oral e com retorno das funções fisiológicas.Conclusão: A fístula enterocutânea é um evento incomum na forma espontânea. A terapia convencional na fase inicial é sempre conservadora e a terapia cirúrgica na admissão é contra-indicada, geralmente aguardam de três a quatro semanas porque a maioria das FECs se fecham espontaneamente com a terapia conservadora. No entanto, os pacientes com FEC com fatores adversos, como uma fístula de alto débito pode requerer intervenção cirúrgica precoce. O quadro da paciente estava a associado a um quadro avançado que já causava uma Hérnia incisional, sendo necessária uma intervenção mais precoce.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1441

TÍTULO DO TRABALHO: RELATO DE CASO: HÉRNIA DE SPIEGEL RECIDIVADA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: KATHARINNE INACIO VAZ LAURIANO; RAISSA NASCIMENTO HAMAOKA; VINICIUS ALVES FONSECA; RODRIGO KOUZAK MAYER; HELOIZA ARRAIS BANDEIRA TAVARES LEITE; MAISA HELENA DE ABREU SILVA SANTOS; GABRIEL BROM ANDRADE; DANIELLA SILVA MENA. HOSPITAL REGIONAL DO GAMA - DF, GAMA - DF - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOHérnias de Spiegel são raras, representam de 1 a 2% de todas as hérnias abdominais. São um defeito da parede abdominal, entre a linha semilunar e a borda lateral do músculo reto, logo abaixo da linha arqueada de Douglas e acima dos vasos epigástricos superiores. Ocorre uma protrusão de gordura, saco herniário ou órgão peritoneal, podendo ser congênito ou adquirido. Existe risco de encarceramento ou estrangulamento em até 30% dos casos. O risco de recidiva depende de inúmeros fatores como o perfil do paciente, uso de prótese na cirurgia e cuidados no pós operatório. RELATO DE CASO Paciente, sexo feminino, 80 anos, relata realização de hernioplastia à esquerda para correção de hérnia de Spiegel há 4 anos, com colocação de tela de prolene em loja pré dissecada e fixação da mesma durante a síntese da aponeurose do oblíquo externo e reto abdominal. Há 6 meses, apresenta nodulação palpável em fossa ilíaca esquerda (FIE), com quadro álgico no local após esforço físico, que melhora em decúbito dorsal e uso de analgésicos.Durante realização do pré-operatório, paciente manteve-se assintomática. Ao exame físico encontrava-se em bom estado geral, normocorada, hidratada, eupneia, afebril, acianótica. Abdome globoso, flácido, ruídos hidroaéreos presentes, com nódulo palpável em FIE, fixo, indolor, localizado na linha semilunar a esquerda, com protrusão à manobra de valsava, sem sinais de irritação peritoneal. Cicatriz anterior de hernioplastia à esquerda. Membros inferiores com varizes calibrosas. A hipótese diagnóstica foi hérnia de Spigel, que se confirmou através da ultrassonografia. Realizado hernioplastia com incisão transversa em cicatriz anterior, observado protrusão por fraqueza da aponeurose do oblíquo externo em região lateral da FIE. Procedeu-se abertura da aponeurose e posteriormente o defeito foi fechado com sutura e colocação de prótese de polipropileno, com fixação na aponeurose. A paciente evoluiu bem no pós operatório, recebendo alta um dia após a cirurgia. CONCLUSÃO Hérnias de Spiegel são caracterizadas por serem raras, sendo o diagnóstico muitas vezes de exclusão. A hernioplastia com colocação de tela é o tratamento escolhido devido o risco de estrangulamento do conteúdo nelas presentes. O tratamento cirúrgico das hérnias continua sendo um desafio para o cirurgião, sendo a recidiva um fato tão incerto quanto a própria existência da hérnia.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1116

TÍTULO DO TRABALHO: RELATO DE CASO: TUMOR DESMOIDE

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GABRIELA MOREIRA COSTA1; JULIANA RIBEIRO RODA1; FELLIPE CICUTO FERREIRA ROCHA1; THIAGO ALVIM BARREIRO1; THIAGO BENITEZ MANESCO1; REGINA GREILBERGER RIBEIRO2; GUILHERME ZUPO TEIXEIRA2; ANTONIO JOSE TIBURCIO ALVES JUNIOR1. 1. PUC CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL; 2. CLINICA REIS NETO, CAMPINAS - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Tumor desmóide é uma patologia rara, originada da proliferação aumentada de fibroblastos, formando uma massa bem delimitada, de consistencia fibromatosa, responsável por gerar dor ou parestesia, dependendo de seu tamanho e localização. É um tumor histologicamente benigno, originado de fáscia ou aponeurose muscular, com grande velocidade de crescimento, alta agressividade local e alta taxa de recidiva. Entretanto, não apresenta características metastáticas. Apresenta incidência de aproximadamente 3,7 casos a cada 1.000.000 pessoas por ano, e constitui menos de 0,03% de todos as neoplasias. Mais comum em pacientes de 20 a 40 anos e, embora não apresente predileção por sexo, é mais comumente diagnosticado em mulheres em idade reprodutiva. Podem ser idiopáticos ou relacionados à Polipose Adenomatosa Familiar, alem disso, tem íntima relação com uso de terapia hormonal com estrogênio, ou após trauma cirúrgico.Relato de Caso: Paciente 46 anos, feminino, refere massa palpável próximo a cicatriz de McBurney previa, de crescimento progressivo ha 2 meses. Ao exame apresentava massa de cerca de 6 cm, delimitada e aderida, associado a hérnia incisional supra-umbilical. Traz consigo ressonância magnética de abdome que caracteriza lesão expansiva em partes moles de parede abdominal lateral direita, em contato com a musculatura do oblíquo externo, transverso e reto abdominal, bem delimitada, medindo 5,1X4,3 cm. Foi solicitado colonoscopia sem alterações, sendo indicado tratamento cirúrgico. Foi submetido a exerese da tumoração, sem acometimento macroscópico de peritoneo, e correção de hérnia incisional com colocação de tela. A análise anatomopatológica evidenciou lesão de células fusiformes de baixa atividade proliferativa, com extensas áreas de pseudocapsula tumoral de padrão metaplasico, associado ao exame imunoistoquimico, que com o aspecto morfológico e a imunomarcação dão suporte ao diagnóstico de tumor desmoide.Conclusão: Ao que indicam os estudos, traumas cirúrgicos podem ter relação com o desenvolvimento de tumores desmoides. Fatores como idade, sexo, história de dor abdominal e massa palpável em parede abdominal devem nos fazem pensar em tumor desmóide, apesar de sua rara incidência. No caso de mulheres deve-se pensar no diagnostico diferencial com endometriose. O correto diagnóstico desse raro tumor é o fator mais importante para a determinação do prognóstico desses pacientes sendo a ressecção cirúrgica o tratamento indicado.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 822

TÍTULO DO TRABALHO: RELATO DE CASO: TUMOR DESMÓIDE DE PAREDE ABDOMINAL

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: THIAGO ALVIM BARREIRO1; ANTONIO JOSE TIBURCIO ALVES JUNIOR1; GUILHERME ZUPO TEIXEIRA1; REGINA GREILBERGER RIBEIRO1; GABRIELA MOREIRA COSTA1; JULIANA RIBEIRO RODA2; CAMILA CRISTINA LACERDA2; LARA ALMEIDA MIRANDA3. 1. HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO - PUCCAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO, CAMPINAS - SP - BRASIL; 3. HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO - PUC-CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Relato de caso de paciente com diagnóstico de tumoração em parede abdominal. Indicada e realizada ressecção cirúrgica pela equipe de Cirurgia Geral. Análise anátomo-patológica confirmou o diagnóstico de Tumor Desmóide (Fibromatose Abdominal). Tumor desmóide representa 0,03% de todas as neoplasias e menos de 5% de todos os tumores de tecidos moles. Benigno, apresenta um crescimento rápido e localmente agressivo, além de altas taxas de recorrência pós-ressecção, podendo causar dor, deformidades, compressão de estruturas e disfunção orgânica dependendo dos locais acometidos. predominantemente encontrados em mulheres em idade reprodutiva. Comumente se desenvolve em pacientes entre 30 e 40anos. Relato de caso: JKMS, mulher, 23anos, com queixa de tumoração em fossa ilíaca esquerda de crescimento progressivo há 04meses. Paciente refere quadro inicial indolor que evoluiu com episódios esporádicos de dor. Ao exame físico, tumoração em fossa ilíaca esquerda de 10cm, dolorosa, rígida, não móvel, contornos regulares. Interrogadas hipóteses de sarcoma e leiomioma e solicitada TC de abdome total em que se verificou lesão expansiva, entre os músculos oblíquo interno e transverso, de contornos regulares, com tênue e heterogêneo realce pelo contraste, medindo 6,7x3,3cm. Paciente submetida a ressecção cirúrgica da tumoração (265g), rígida, esbranquiçada e encapsulada, sem acometimento de planos adjacentes. Material enviado para análise anatomopatológica que indicou proliferação fibroblástica/miofibroblástica compatível com fibromatose abdominal. Paciente evolui bem no pós-operatório e recebe alta hospitalar com uso de medicações analgésicas e ciprofloxacino. Paciente retorna em consulta ambulatorial, com ferida operatória com bom aspecto, sem queixas. Sem sinais de recidiva.Conclusão: Definir o tratamento ideal para pacientes com tumor desmóide é uma tarefa árdua. Por se tratar de uma patologia rara, existem poucas publicações consistentes na literatura mundial que permitam a criação de protocolos terapêuticos dificultando o estabelecimento de conclusões. A principal dificuldade no tratamento se dá devido a sua característica histologicamente benigna mas alta taxa de recorrência local. Apresentamos um caso de patologia rara em que era indicada ressecção cirúrgica devido as características que permitiam segura ressecção do tumor, realizada eletivamente, sem intercorrências. Não foi necessário o uso de tela de polipropileno pois não havia fraqueza da musculatura.

CODIGO DO TRABALHO: 691

TÍTULO DO TRABALHO: REPARO CIRÚRGICO DE HÉRNIA INCISIONAL GIGANTE ASSOCIADA À GRANULOMA POR CORPO ESTRANHO ? UM RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANA CAROLINA DE CARVALHO ROCHA; CRISTINA RIBEIRO DIAS BARROSO; GUILHERME HENRIQUE NOVAES DE SOUZA; ÍTALO BRUNO DO NASCIMENTO MOURA; PATRICK SILVEIRA GUIMARÃES; MARIANA ARAGÃO BARQUETTE ABRAHÃO; KAROLINE AMBROSIO OTRANTO; ELIANE CAMARGO DE JESUS. UNIFOA, VOLTA REDONDA - RJ - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A utilização de fios de sutura na síntese cirúrgica é uma prática inerente à atividade do médico cirurgião. No entanto, tais materiais podem agir como fator irritativo permanente ao exacerbarem e cronificarem a resposta inflamatória local, acarretando transtornos à fisiologia da cicatrização e podendo levar ao desenvolvimento de processos conhecidos como granulomas de corpo estranho.RELATO DE CASO: Paciente feminina, 59 anos, caucasiana, portadora de Diabetes Mellitus tipo II e Hipertensão Arterial e com história de cirurgia de úlcera gástrica há 3 anos. Procurou atendimento no Hospital Municipal de Volta Redonda com queixa de desconforto em região epimesogástrica e saída de secreção purulenta por orifício localizado na região epigástrica da parede abdominal. Ao exame físico evidenciou-se hérnia incisional em região de cicatriz xifo-umbilical, além de um abscesso na mesma, que foi drenado posteriormente. Foram realizados exames laboratoriais sem alterações. A ressonância magnética de abdome mostrou presença de extensa diástase do músculo reto-abdominal, desde a borda hepática anterior até o nível da cicatriz umbilical, com distância entre os bordos de 12,3cm, caracterizando hérnia incisional gigante. Notou-se ainda coleção abscedada em tecido subcutâneo da região paramediana direita, adjacente ao saco herniário, sugerindo diagnóstico de fístula enterocutânea. No entanto, durante a cirurgia foi constatado que a região onde os exames de imagem indicavam uma fístula, era na realidade um granuloma de corpo estranho, desenvolvido em torno do fio de sutura ETHIBOND EXCELTM utilizado na cirurgia prévia, sendo o mesmo retirado e enviado para análise histopatológica. Por fim, foi realizada herniorrafia com colocação de tela cirúrgica Marlex® de 30cmx30cm.CONCLUSÃO: Fios multifilamentares trançados permitem que bactérias se desenvolvam entre as malhas, predispondo a formação de granulomas. Nesse contexto, estudos revelaram que alguns fatores podem aumentar o risco de corpo estranho retido, tais como o diabetes mellitus e a obesidade. No que diz respeito às hérnias incisionais abdominais, o processo que leva as suas formações se inicia nas primeiras semanas pós-operatório, porém, as manifestações clínicas podem levar anos, agravando suas condições. Tal constatação acentua a responsabilidade do cirurgião de prevenção, por meio de cuidados adequados tanto no fechamento da parede abdominal quanto na profilaxia da infecção de ferida.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 866

TÍTULO DO TRABALHO: REPARO DA HÉRNIA INCISIONAL PÓS-PERITONIOSTOMIA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RODRIGO KOPROVSKI MENGUER1; TATIANA MIE MASUKO2; MONICA ALEXANDRA JIMENEZ ZERPA1; FERNANDO JOSÉ SAVÓIA DE OLIVEIRA2; DIEGO INÁCIO GOERGEN2; RODRIGO DE PIERI COAN2; SAMANTA WITZKE MASSULO3; ANTONIO CARLOS WESTON1. 1. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS, PELOTAS - RS - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A periotoniostomia é uma indicação de exceção, utilizada na impossibilidade de fechamento primário da cavidade abdominal e na sepse intra-abdominal avançada. Grandes hérnias incisionais são complicações tardias de pacientes submetidos à peritoniostomia. Muitas vezes esta condição evolui com formação de fístulas intestinais, transformando-se em um desafio terapêutico, já que a colocação de próteses/telas fica prejudicada. Casos: Foram acompanhados, por seis meses, quatro pacientes submetidos à herniorrafia incisional pela técnica de separação de componentes no período de janeiro a março de 2009. Nessa série de casos, dois pacientes (50%) não usaram reforço com tela devido à contaminação cirúrgica. Estes apresentaram maior número de complicações e tempo de internação hospitalar. Um paciente (25%) apresentou herniação na região do flanco direito devido ao enfraquecimento da parede abdominal pela liberação das camadas musculares durante os primeiros seis meses de acompanhamento. Conclusão: A técnica de separação dos componentes musculares é uma ?saída? no tratamento das hérnias incisionais pós-peritoniostomia, principalmente em quadros de infecção do campo cirúrgico associado, quando não é recomendado o uso de telas / próteses. Esse estudo necessita um aumento no número de pacientes acompanhados assim como um tempo maior de seguimento para melhor avaliação dos resultados da técnica.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 393

TÍTULO DO TRABALHO: REPARO DE HÉRNIA INCISIONAL POR CIRURGIA ROBÓTICA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: OLAVO NAPOLEAO DE ARAUJO NETO1; DANIEL LINHARES CARDOSO2; OLAVO NAPOLEAO DE ARAUJO JUNIOR3. 1. UNICHRISTUS, FORTALEZA - CE - BRASIL; 2. UNIFOR, FORTALEZA - CE - BRASIL; 3. HOSPITAL MONTE KLINIKUM, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Técnicas minimamente invasivas foram introduzidas na cirurgia geral na década de 80. Primeiro reparo de hérnia incisional realizado por LeBlanc e Booth em 1993. Cirurgia robótica com o equipamento DaVinci ganhou espaço desde aprovado pela FDA (Food and Drug Administration) em 2000, apresenta benefícios na ergonomia, imagem e precisão. Inicialmente utilizado em histerectomias e prostatectomias, hoje presente em muitos procedimentos da cirurgia geral, como reparo de hérnias, situação que se tornou mais prevalente nos últimos anos.CASO: Paciente realizou histerectomia laparoscópica em 2014, evoluiu com fístula e confecção de colostomia em flanco E. Fístula cutânea com fechamento espontâneo em 09/2015. 03/2016 evoluiu com hérnia incisional, discutida possibilidade de cirurgia robótica para resolução. 23/03 apresentava BEG e abaulamento em flanco esquerdo, solicitado GIH para definição da cirurgia. 11/04 realizada cirurgia robótica com equipamento Da Vinci. Feita aposição de duas telas de Marlex entre músculos oblíquo externo e transverso e uma de Fisiomesh 30x20cm revestindo toda cavidade peritoneal. Evoluiu com dor fisgada em região subcostal E e dificuldade de extensão do tronco e MIE, prescrito tramal, novalgina e biprofenid. US abdominal mostrou colelitíase assintomática, exames laboratoriais sem alterações. 05/05 apresentou aumento do volume abdominal, sinais de flogose da parede ao nível da cicatriz cirúrgica, iniciada atb terapia com ciprofloxacina. 19/05, afebril, queixas dispépticas e empachamento pós-prandial, em uso de digesan, anti-inflamatório e pantoprazol. Em junho, assintomática, sem sinais de flogose, TC realizada em maio mostrou coleção crânio caudal, posterior US evidenciou absorção da mesma. Em 01/09 processo inflamatório em flanco E, iniciado ciprofloxacina novamente com melhora e drenagem de sangue sem pus, orientado a associar nisulid. 10/11 havia persistência do processo inflamatório ao nível da crista sem sinais de flogose, prescrito doxiciclina. Após uma semana houve melhora completa.CONCLUSÃO: Advento da cirurgia robótica tornou reparo de hérnias mais factível, inclusive as mais complicadas. Diminui tempo de internação, complicações e recorrência. Procedimento seguro, relacionado com excelente evolução pós-operatória. Nesse contexto, há necessidade de estudos que justifiquem os custos desse método perante os benefícios e, assim, obter dados que contribuam para estabelecer a melhor prática para esse tipo de procedimento.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1286

TÍTULO DO TRABALHO: REPARO DE HÉRNIAS INCISIONAIS EM PACIENTES OBESOS: USO DE TELAS VS. SUTURA.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANE CAROLINE ARAUJO BARRETO; ALEXANDRE RICARDO FARRET JUNIOR; BRUNA TELLES SCOLA; JULIA TONIETTO PORTO; GABRIELLE FOPPA RABAIOLI; EMÍLIE VON AHN BIERHALS; ALICE DA COSTA SAALFELD; LUCIANO SILVEIRA EIFLER. ULBRA, CANOAS - RS - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVOAs telas têm sido amplamente utilizadas no reparo de hérnias incisionais (HI), contudo, a relação entre riscos e benefícios ainda permanece controversa. Pacientes obesos estão em maior risco de desenvolverem HI. Este trabalho revisa qual seria a melhor opção encontrada na literatura para o reparo de HI neste grupo populacional.MÉTODOSRevisão sistemática baseada na estratégia PICO. Foram encontrados 87 artigos na plataforma Pubmed após associar os MeSH terms para ?obesity? (População), ?hernia repair? (Intervenção), ?suture repair? e ?mesh repair? (Comparação) e ?recurrence?/?complications? (Desfecho). Dentre os artigos encontrados, 5 preencheram os critérios de seleção e apenas 1 entrou para as referências devido as normas do congresso (Estudos dos últimos 5 anos).RESULTADOSA obesidade é considerada um fator de risco independente para ocorrência de HI. Muitos estudos populacionais são realizados para avaliar a efetividade das opções de tratamento mas, poucos analisam qual é melhor método para este grupo populacional. Os 5 estudos analisados foram realizados no período de 2000-2016, sendo 3 ensaios clínicos randomizados, uma coorte [1] e um prospectivo. A amostra total somou n = 4320 pacientes. Os resultados mostram que taxas de recorrência no grupo onde foi realizado reparo com uso de telas entre 10 a 26% (média: 15,6%) - sendo a maioria sintética -, enquanto no grupo onde o reparo foi através de sutura variou de 12 a 46% (média 30,4%). Esses dados indicam um forte favorecimento ao uso de telas em vez de sutura na escolha do tratamento. Contudo, analisando a ocorrência de complicações no seguimento pós-operatório, foi encontrado no grupo que usou telas taxas de 4,9 a 32% (média: 16,6%) e, no grupo de reparo com sutura foi de 0,8 a 17% (média 6,2%). Entre as principais complicações, destacou-se a infecção da ferida, seromas, sangramentos e dano à vísceras abdominais. Todos estudos tiveram resultados estatisticamente significantes, onde p CONCLUSÃOBaseado nestes e em outros estudos, recomenda-se o uso de telas para hérnias de tamanho médio a grande (> 4 cm) por sua maior efetividade. Entretanto, para hérnias de tamanho pequeno o cirurgião poderia optar pelo reparo tradicional com sutura, evitando assim, potenciais complicações associadas ao uso de telas. Destacamos também a importância do acompanhamento pós-operatório de pacientes obesos submetidos à cirurgias na parede abdominal por serem um grupo de risco para o desenvolvimento de HI.

CODIGO DO TRABALHO: 3094

TÍTULO DO TRABALHO: Reparo Robótico das Hérnias Ventrais: Utilização da Técnica Onlay para Defeitos Complexos da Parede Abdominal

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: THAMYRES ZANIRATI DOS SANTOS1; HENRIQUE RASIA BOSI2; MARIANA BLANCK ZILIO1; LEANDRO TOTTI CAVAZZOLA2. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 2. HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:
Introdução A plataforma robótica apresenta-se como uma possibilidade de reparo de hérnias ventrais complexas em uma tentativa de reduzir as complicações cirúrgicas frequentes nesse grupo de pacientes. Assim, nosso objetivo é descrever uma hernioplastia incisional assistida por robô (HIAR) por técnica onlay com uso de tela no espaço pré-aponeurótico (subcutâneo). Relato de caso V.R.S., masculino, 47 anos, metalúrgico, ex-tabagista com história de carcinoma colônico e colectomia direita(D) 6 meses antes apresenta-se em ambulatório d3 hospital universitário terciário de Porto alegre com HI em linha média. Informava dor aos esforços, negando alterações em hábitos intestinais e sem sinal de encarceramento. Após avaliação pré-operatória, foi decidido por HIAR por técnica TAPP. Paciente posicionado em decúbito dorsal com leve extensão do dorso. Realizada punção no espaço de Palmier e iniciado pneumoperitônio. Colocação de trocater de 12mm(T12) em flanco esquerdo(E). Revisão da cavidade e sítio de punção, identificando HI em linha média contendo epíplon, com 10,5 cm de largura por 15cm de comprimento. Colocação de portal 8mm hipocôndrio E e fossa ilíaca(FI) E sob visão direta(SVD). Side docking 90º. Redução do conteúdo herniário, abertura do saco herniário(SH) à D com entrada no espaço subcutâneo preservando o SH aderido à pele. Liberação de 8 cm laterais ao defeito no espaço subcutâneo. Punção com T12 no flanco D SVD, interessando apenas o subcutâneo. Colocação de tela 13x21cm parcialmente enrolada abaixo do T12, fixada com vicryl2-0 em pontos cardinais. Colocação de portais subcutâneos no hipocôndrio e FI D SVD. Undocking. Inversão do paciente 180º, side docking 90º. Continuação da dissecção subcutânea no lado E do paciente, até obter 4 cm caudal e cranial de liberação e 8cm lateral. Fechamento do defeito com V-LOCK 0 e sobrecamada de V-LOCK2-0 em pontos contínuos sem tensão, não sendo necessária separação de componentes da parede abdominal. Abertura da tela, fixada com vicryl2-0. Colocação de drenos de Portovac 1/4 retirados pelos portais em FI bilateralmente, fixados com seda2-0. Retirada do pneumo SVD. Sutura da pele com nylon4-0. Boa evolução no pós-operatório, com alta no quinto pós-operatório após redução da drenagem do portovac para menos de 30ml/dia. Conclusão. A técnica se mostrou segura e eficaz, podendo ser uma das ferramentas no armamentário cirúrgico robótico em pacientes com defeitos complexos da parede abdominal.

CODIGO DO TRABALHO: 585

TÍTULO DO TRABALHO: Retenção de corpo estranho em parede abdominal- Relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: HENRIQUE BELETÁBLE FONSECA1; CRISTIANE DE BARROS GASPAR2; JULYANNA ALBUQUERQUE NUNES2; LELIS SANGLARD OLIVEIRA2; HEROS SOUZA COUTO JUNIOR2; LUIZA OHASI2; MARILIA RIBEIRO LIMA GRAMISCELLI COSTA2; THIAGO DE ALMEIDA FURTADO2. 1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CIÊNCIAS MÉDICAS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. HOSPITAL FELÍCIO ROCHO, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoA retenção de corpo estranho durante o ato cirúrgico é uma das complicações mais temidas por um cirurgião, ocorrendo em cerca de 1 a cada 500-1500 operações intra-abdominais. Cirurgias de urgência, pacientes com IMC elevado e hemorragias estão entre os fatores de risco para sua ocorrência. O acompanhamento com identificação de um corpo estranho retido constitui um dos grandes desafios para o profissional, tendo em vista que o paciente pode evoluir assintomático ou apresentar um quadro clínico diversificado com possíveis alterações como perda de peso, massa palpável, vômitos e formação de fistulas. A abordagem terapêutica depende não só do quadro clínico do paciente como também de suas possíveis complicações.Relato de casoPaciente de 72 anos, sexo feminino, apresentava surgimento de tumoração abdominal associado a dor à palpação local há aproximadamente 1 ano e meio, após a realização de hernioplastia incisional com uso de tela de polipropileno onlay. Evoluiu com nodulação próxima à cicatriz cirúrgica, percebida cerca de um mês após o procedimento, dolorosa à palpação e em crescimento. Negava alterações em hábito intestinal, perda ponderal e demais queixas. Ao exame, apresentava tumoração de aproximadamente 10cm de extensão em mesogástrio, endurecida, aderida a planos profundos e dolorosa à palpação. Havia realizado ressonância magnética que evidenciou formação aparentemente cística com contornos definidos, com múltiplas septações, localizada junto à fáscia do reto abdominal à direita, medindo 9,8 x 8,6 x 6,5cm. Paciente submetida a exploração cirúrgica, que evidenciou massa volumosa, bem delimitada, aderida à aponeurose, músculo reto abdominal e à tela, que estava bem incorporada aos tecidos. Realizada ressecção da massa e fechamento primário da aponeurose. Paciente evoluiu sem intercorrências, recebendo alta hospitalar no segundo dia pós-operatório. Estudo anatomopatológico evidenciou abundante material fibrinoso com granulomas do tipo corpo estranho. Não houve crescimento bacteriano na cultura do aspirado da tumoração.ConclusãoTrata-se de um trabalho que tem por objetivo, além de discutir os aspectos clínicos decorrentes do esquecimento de um corpo estranho durante o ato cirúrgico, instigar a reflexão a respeito das técnicas cirúrgicas adequadas para a prevenção do mesmo.

CODIGO DO TRABALHO: 606

TÍTULO DO TRABALHO: Ruptura espontânea da artéria epigástrica superior: Relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PAULO HENRIQUE FOGAÇA DE BARROS1; IRON PIRES DE ABREU NETO1; BRUNO DE LUCIA HERNANI1; PEDRO HENRIQUE DE FREITAS AMARAL2; SERGIO ROLL1. 1. HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Caso Clinico: Paciente do sexo masculino de 53 anos deu entrada no pronto atendimento com quadro de dor em andar superior do abdome de início há 3 dias com piora há 1 hora. Apresentava abaulamento, parestesia e dor na topografia do reto abdominal à esquerda desproporcional ao estimulo, sem melhora após uso de opióides. Relatava quadro de tosse seca há 15 dias. Paciente não fazia uso de anticoagulantes, apresentou um quadro de hemorragia subaracnóide em outubro de 2014 e um pós operatório tardio de hiatoplastia com fundoplicatura a Nissen. A tomografia de abdome (foto 1) apresentou evidência de ruptura da artéria epigástrica superior esquerda com sinais de sangramento ativo. Durante procedimento cirúrgico, foi observada a ruptura de parte do reto abdominal e sangramento ativo da artéria epigástrica superior (foto 2), realizado ligadura do vaso e dr enagem do hematoma. Paciente evolui sem intercorrências tendo alta 72h após da admissão.Discussão: O hematoma de reto abdominal é um quadro raro, representa apenas 2% dos pacientes com abdome agudo. Em uma série de 126 casos relatados, a mortalidade foi de 1,6% variando conforme os estudos e ocorrendo em até 25% dos pacientes em uso de anticoagulante. O sangramente mais comun é decorrente dos ramos perfurantes da arteria epigastrica inferior. A arteria epigástrica superior é ramo terminal da artéria torácica interna e normalmente sua lesão está mais associada ao trauma direta ou, como no caso, contração vigorosa da musculatura.As principais causas do hematoma de reto abdominal são: 1-trauma (direto da parede abdominal ou contratura da musculatura), 2- Iatrogênica (pós procedimentos cirúrgicos e paracenteses), 3- Gestantes, 4- Crise de tosse intensa (exacerbação de asma e infecção do trato respiratório), 5- uso de medicamentos anti-coagulantes e 6- condições clínicas que alterem a coagulação. Seus principais sintomas são: dor abdominal (84-97%), massa palpável (63-92%), sensibilidade (71%), defesa abdominal (49%), náuseas (23%), vômitos (15%).O tratamento, na grande maioria dos casos, é clinico. O tratamento cirúrgico inclui a arteriografia ou ligadura cirúrgica do vaso e é reservado para os casos de instabilidade hemodinâmica, peritonite ou síndrome compartimental da parede abdominal. No caso em questão, foi optado pelo tratamento cirúrgico pois o paciente se apresentava com quadro de síndrome compartimental da parede abdominal.

CODIGO DO TRABALHO: 1080

TÍTULO DO TRABALHO: Seminoma Gigante Intrabdominal

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: YURI GUILHEM RACHID JAUDY1; TÁSSYLLA CAROLINE FERREIRA PEREIRA2; NADER NAZIR SULEIMAN2; OSMAR ALVES TORRES FILHO2; JULIANA CARREIRO CARVALHO2; JOÃO MANOEL SANTOS BOTELHO2; RONE ANTONIO ALVES ABREU2; DÉBORA COELHO DUARTE2. 1. ITPAC/FAHESA ARAGUAÍNA, ARAGUAÍNA - TO - BRASIL; 2. ITPAC, ARAGUAINA - TO - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Seminoma é uma neoplasia de células germinativas do testículo, é o câncer mais frequente na criptorquidia. Acomete pacientes entre 15 á 45 anos e a incidência é de 2,2 / 100.000. RELATO DE CASO: M.R.K., 22 anos, masculino, indígena, com dor abdominal em flanco direito há 4 meses em cólica, constipação sequido de diarreia, perda de peso de 20 kg em 3 meses. Ao exame físico, massa palpável em todo hemiabdome direito, endurecida e com contornos irregulares. Na TC contrastada, evidenciou um processo expansivo, hipodenso, de aspecto neoplásico, medindo 22,5 x 18,5 x 10,4 cm que se expandia para cavidade pélvica, a principal hipótese era tumor estromal gastrointestinal. Realizada laparotomia para estadiamento e retirada do tumor, visualizando enorme massa tumoral retroperitoneal. Foi ressecado a peça e mandada para a análise anatomopatológica. A análise sugeriu o diagnóstico de seminoma metastático, mas sugeriu uma análise imunoistoquímica, que confirmou a o diagnóstico de seminoma clássico primário ou metastático a partir do testículo. Foi realizado uma reavaliação clínica do paciente onde foi notado a ausência de testículos em bolsa escrotal, as dosagens de Beta-HCG aumentadas e Alfa fetoproteínas sem alterações. Em uma nova TC, notou-se 3 processos expansivos medindo na janela aortocava, cadeia ilíaca interna e escavação pélvica. Paciente encaminhado para tratamento adjuvante, fazendo 3 ciclos de quimioterapia e TC com involução dos processos expansivos. CONCLUSÃO: A criptorquidia é uma patologia frequente, que afeta 2 a 5% das crianças do sexo masculino, a não correção da criptorquidia aumenta a chance de câncer entre 3 a 48 vezes. Em pacientes jovens do sexo masculino, alguns diagnósticos diferenciais devem ser levados em conta. O paciente em questão foi um paciente clássico para o desenvolvimento do seminoma por apresentar vários dos fatores de risco.

CODIGO DO TRABALHO: 837

TÍTULO DO TRABALHO: Separação Anterior de Componentes por Via Endoscópica como Via Alternativa para Abordagem da Parede Abdominal: estudo morfológico.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CARLOS JOSÉ LAZZARINI MENDES; SERGIO ROLL; RICARDO TADASHI NISHIO; RODRIGO ALTENFELDER SILVA; DANIEL PEREIRA AYRES NETTO; MIRNA DUARTE BARROS. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: as hérnias da parede abdominal sobretudo as gigantes, com orifício herniário maior ou igual a 10cm, e as complexas, apresentam-se como fatores complicadores da reconstrução da parede(1). Fechamentos primários, incisões relaxadoras, próteses, além dos deslizamentos de músculos, que por via aberta, laparoscópica ou robótica, fazem parte das alternativas para o restitutio ad integrum. A Separação Anterior de Componentes (SOC), (2), é a secção da aponeurose do m. oblíquo externo, paralelo a margem lateral do m. reto do abdome, que é descolada do m. obliquo interno. Para a execução dessa técnica o descolamento de tela subcutânea é extenso, com potencial de isquemia e necrose da cicatriz e região umbilical. O procedimento vídeoassistido promove o acesso a esses reparos anatômicos. O objetivo deste trabalho é verificar a viabilidade da utilização de cadáver fixado em solução de Larsen modificado para a realização da SOC para ensino e treinamento. Método: foi realizado a secção da aponeurose do m. obliquo externo, por meio de incisão transversa de 12mm na fossa ilíaca esquerda, seguido de divulsão por digitoclasia do espaço entre o m. obliquo interno e a aponeurose do externo. Interposição de dilatador metálico de 10mm de diâmetro nesse espaço, promovendo dissecção romba no sentido caudocranial até o rebordo costal esquerdo. A seguir, inserção de óptica de 10mm/30º, de maneira que se pudesse visualizar a aponeurose e seccioná-la com tesoura de metzembaum. Para verificação da efetividade do procedimento foram confeccionados dois retalhos transversais de 25mm de espessura afim de demonstrar se a aponeurose foi adequadamene seccionada. Resultados: a aponeurose do m. obliquo externo foi adequadamente seccionada. Conclusão: a SOC foi realizada por via vídeoassistida, diminui a quantidade de tecido descolado e dissecado. Entendemos que o procedimento é anatomicamente seguro e atende a proposta da secção e deslizamento dos denominados componentes. A utilização do cadáver apresenta-se como alternativa segura e confiável para ensino da anatomia vídeo-assistida e para treinamento do cirurgião residente. 1. Muysoms FE, et al. Classification of primary and incisional abdominal wall hernias. Hernia. 2009 Jun 3;13(4):407?14. 2. Ramirez OM, Ruas E, Dellon L. ?Componentes Separation? Method for Closure of ABdominal-Wall Defects: An Anatomic and Clinical Study. Plast Reconstr Surg.1990;86(3):519?26

CODIGO DO TRABALHO: 1942

TÍTULO DO TRABALHO: SÍNDROME COMPARTIMENTAL ABDOMINAL: ANÁLISE DO CONHECIMENTO DA EQUIPE MÉDICA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE CURITIBA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RENAN FERNANDO FERREIRA ALVES1; LUIZ CARLOS VON BAHTEN2; PAULO AFONSO LOPES LANGE2; HERICK MUNIZ NEQUER SOARES2. 1. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANA, CURITIBA - PR - BRASIL; 2. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ, CURITIBA - PR - BRASIL.

RESUMO:
Fundamentos: A Síndrome Compartimental Abdominal (SCA) é uma grave complicação advinda do aumento extremo e sustentado da Pressão Intra-abdominal (PIA), responsável por significativa morbidade e mortalidade, podendo levar a manifestações clínicas, neurológicas, cardiovasculares, pulmonares, renais, hepáticas e gastrointestinais adversas. O diagnóstico confiável de SCA deve ser realizado de acordo com os critérios preconizados pela World Society of the Abdominal Compartment Syndrome (WSACS), por meio da mensuração da pressão intra-abdominal. Objetivo: Identificar o conhecimento dos médicos relacionados a hipertensão intra-abdominal (HIA) e SCA e comparar com a conduta estabelecida na literatura. Método: Estudo quantitativo descritivo, observacional, transversal. Foram entrevistados 38 médicos por meio de um questionário com perguntas objetivas auto- aplicado. O estudo foi realizado em um hospital universitário, de referência terciária localizado em Curitiba. Resultados: A média de idade dos participantes foi de 28anos,60,5% eram do sexo feminino, e o tempo médio de experiência médica de 3,5 anos. Em relação ao conhecimento sobre o tema: 57,9%consideram que a SCA se inicia na HIA grau III, 50% consideraram a pressão de perfusão abdominal (PPA) o método mais fidedigno para determinar HIA, 89,4% consideraram a técnica de aferição intravesical como a mais utilizada, 71,1% consideraram a oligúria o sinal precoce de SCA. Não mensuravam a PIA 81,6% dos entrevistados, por não haver protocolo definido pelo serviço. Setenta e nove por cento dos entrevistados afirmaram não conhecer as definições do consenso do WSACS. Conclusão: Metade dos médicos é capaz de classificar Hipertensão Intra-Abdominal e indicar o início de um quadro de síndrome compartimental abdominal corretamente.

CODIGO DO TRABALHO: 2304

TÍTULO DO TRABALHO: TÉCNICA DE SEPARAÇÃO DE COMPONENTES: Uma revisão bibliográfica

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LORENA MARQUES DE PIAU VIEIRA; EDSON ANTONACCI JR.; IRIS ISABELA DA SILVA MEDEIROS GUIMARÃES; LOHANNE DE OLIVEIRA CARNEIRO; ALINE ROSA GUIMARÃES. UNIPAM, PATOS DE MINAS - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Atualmente, reestruturar complexas deformações do abdômen ainda é um grande obstáculo. A técnica de separação de componentes (TSC) é um procedimento capaz de ampliar a circunferência abdominal possibilitando a correção destes defeitos. A descrição original foi feita pelo Dr. Oscar Ramirez em 1990. Já neste período a essência era a realização de incisões que aproximassem os músculos retos.OBJETIVO: Este estudo é uma revisão de literatura cujo objetivo é assimilar as particularidades da TSC, identificando bons estudos e suas lacunas. Busca-se definir indicações, contraindicações, complicações e resultados promovendo clareza e embasamento teórico sobre o tema.METODOLOGIA: Trabalho de caráter exploratório cuja meta é a análise crítica das publicações. Para tal, foram selecionados artigos científicos divulgados nas principais bases de dados.RESULTADO: Fundamentados no molde de Ramirez, a TSC sofreu adaptações sendo desmembrada em anterior e posterior. A TSC anterior define-se pela dissecção dos músculos com posterior separação de suas camadas concedendo expansão de cada unidade muscular. Faz-se uma incisão e dissecção do oblíquo externo liberando-o do oblíquo interno, já fornecendo avanço da parede.Em caso de insucesso da TSC anterior pode-se utilizar a posterior. Inicia-se com uma incisão na aponeurose posterior do músculo reto. Em seguida, realiza-se a liberação do músculo transverso. Por fim, sutura-se o saco peritoneal fornecendo integridade à cavidade.A complicação mais comum é a infecção do sítio cirúrgico. Slater, N.J, et al, em 2015 avaliou a frequência de complicações após uso da TSC corroborando que em 13,3% dos casos a infecção da ferida foi a complicação mais prevalente, seguida do seroma com 12%, necrose da pele com 9,3%, hematoma com 6,7% e a formação de abcesso com 1,3%.CONCLUSÃO: É temática que carece de debates, sendo um conteúdo de alta relevância. É portanto, uma terapêutica que através de conhecimentos anatômicos da parede abdominal, tem potencial para restaurar a funcionalidade da parede, fornecendo uma cobertura estável do tecido e garantindo uma boa aparência estética.BIBLIOGRAFIA: LISIECKI, J.S.B; et al. Abdominal wall dynamics after component separation hernia repair. Journal of surgical research, p. 497-503, 2015.SLATER, N.J; et al. Large and complex ventral hernia repair using ?components separation technique? without mesh results in a high recurrence rate. The American Journal of Sugery, v.209, n.1, jan.2015.

CODIGO DO TRABALHO: 2242

TÍTULO DO TRABALHO: TÉCNICA DE STOOPA NA HERNIOPLASTIA: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DANIEL DE MORAIS TAVARES1; VALTER FABRICIO FERREIRA DARI2; THEAGO ARRUDA ESPÍRITO SANTO2; FERNANDA NEIVA RIBEIRO2; LUANA ARRUDA2; DYEGO DOS SANTOS QUEIROZ2; HUGO SAMARTINE JUNIOR2; MARILIA IAIA NAHAS JUNQUEIRA2. 1. PUC-SP, SOROCABA - SP - BRASIL; 2. COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI, CAMPINAS - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Atualmente existem diversas técnicas cirúrgicas utilizadas para a correção da hérnia inguinal. A escolha da técnica deve levar em consideração diversas variáveis: taxa de recidiva, risco de complicações, recuperação pós-operatória e qualidade de vida, curva de aprendizagem e custos. Para hérnias com grandes defeitos, ou recidivadas e complexas, a técnica pré-peritoneal com tela de Stoopa é uma das opções para estes casos, buscando um reforço com baixa recidiva. RELATO DO CASO: Paciente AC, 42 anos, sexo masculino, pedreiro, procedente de Campinas ? SP. Atendido no ambulatório de Cirurgia Geral do Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi ?Ouro Verde?, com queixa de abaulamento em região inguinal bilateral. Relata hernioplastia inguinal bilateral sem uso de tela há 4 anos, porém após 9 meses de pós-operatório durante esforço laboral evoluiu com dor local e abaulamento. Ultrassonografia evidenciando hernia inguinal bilateral recidivada. Paciente encaminhado a procedimento cirurgico eletivo em fevereiro de 2016 e optado por realização de hernioplastia aberta com uso de tela pré-peritoneal de polipropileno. Tempo de internação hospitalar de dois dias. Evolui com boa cicatrização, demonstrando ser um bom reforço para hernias bilaterais recidivadas. CONCLUSÃO: O reparo com tela pré-peritoneal, pela técnica de Stoopa, mostra-se uma excelente opção para hérnias com grandes defeitos, uni ou bilateal, recidivadas ou não. A técnica possui índice de recidiva baixa, complicações aceitáveis, retorno das atividades mais demorada em comparação com a técnica laparoscópica, porém uma menor curva de aprendizado, sendo assim de fácil reprodução.

CODIGO DO TRABALHO: 2770

TÍTULO DO TRABALHO: TÉCNICA DE TRANSPOSIÇÃO PERITÔNIO-APONEURÓTICA ACRESCIDA DE TELA MARLEX ONLAY PARA CORREÇÃO DE HÉRNIA INCISIONAL: UMA OPÇÃO COM BAIXAS TAXAS DE RECIDIVAS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LORENA MARQUES DE PIAU VIEIRA; EDSON ANTONACCI JR.; ISABELA MARIA OLIVEIRA MIRANZI; MICHELLE OLIVEIRA NINA ROCHA. UNIPAM, PATOS DE MINAS - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Com uma alta frequência, a correção de hérnias incisionais abdominais (HIA) representa 11% das laparotomias. Em geral, manifestam-se nos primeiros 5 anos após a cirurgia. Os pacientes que são submetidos a cirurgias bariátricas comumente evoluem com hérnias incisionais. A associação de comorbidades como o diabetes e distúrbios nutricionais, aumenta a incidência desse tipo de defeito. Existem várias técnicas para correção destas hérnias, dentre elas a transposição peritônio-aponeurótica, descrita por Lázaro da Silva. Define-se como o aproveitamento do saco herniário no reforço parietal das hérnias incisionais como uma prótese autóloga, inócua e com baixos índices de recidiva. A técnica inicia-se com a incisão de pele, retirando-se a cicatriz anterior sem abrir o saco herniário. É feito o descolamento dos retalhos para exposição ampla do saco herniário e das aponeuroses anteriores dos retos abdominais. Realiza-se uma incisão do saco herniário, obtendo-se dois retalhos peritônio-fibrosos, ultrapassando-se com a secção os limites do anel herniário. Expõe-se então, as bordas mediais dos músculos retos do abdome, realizando-se em seguida uma transposição peritônio-aponeurótica em camadas. Relato de caso: JDNN, sexo masculino, 61 anos, internado para cirurgia de correção de volumosa hérnia pós-cirurgia bariátrica em face anterior do abdômen com extensão xifo-púbica. Diante do quadro clínico do paciente foi realizada uma hernioplastia por meio da técnica de transposição peritônio aponeurótica. Ao final desse procedimento realizou-se uma abdominoplastia em âncora com finalidade estética. O paciente apresentou-se com a parede abdominal complacente, funcional, dinâmica e esteticamente favorável. No caso do paciente JDNN a técnica de Lázaro da Silva foi acrescida de posicionamento de tela de Marlex® ?onlay?, reparando todo o defeito, para aumentar a segurança do reparo herniado. Conclusão: Portanto, o procedimento realizado no paciente JDNN mostrou-se uma excelente alternativa aos cirurgiões diante do baixo percentual de complicações e recidivas. Ademais, fornece benefícios estéticos e mantem a funcionalidade muscular do paciente. BIBLIOGRAFIA:[2] Melo de, R. M. Reconstruindo a parede abdominal: o advento de uma técnica. Revista colégio Brasileiro de cirurgião, Goiânia, v.37, n.6, p. 450-456, 2010.[3] Roxo, C. D. et al. Tratamento das hérnias incisionais nas abdominoplastias. Revista Brasileira de Cirurgia Plástica, Rio de Janeiro, v. 23, p. 184-188, 2008.

CODIGO DO TRABALHO: 840

TÍTULO DO TRABALHO: TRANSPOSIÇÃO PERITÔNEOAPONEURÓTICA E O USO DO PNEUMOPERITÔNIO NO REPARO DE HÉRNIA INCISIONAL GIGANTE

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: SAMARA NASER1; FÁBIO CALANDRINI RODRIGUES1; NIMER RATIB MEDREI1; ANDRÉ ARAUJO DE MEDEIROS1; LUIZ FLAVIO DE ANDRADE REIS1; ANDERSON MIRANDA ABUD1; LEONARDO SOUSA RAMOS1; LUCIANE SANTOS BATISTA CARVALHO2. 1. HOSPITAL DA REGIÃO LESTE, BRASÍLIA - DF - BRASIL; 2. HOSPITAL DA REGIÃO LESTE, BRASILIA - DF - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A hérnia incisional é uma consequência relativamente comum em pacientes submetidos a laparotomias, ocorrendo em aproximadamente 11% dos casos, sendo a maioria do sexo masculino. O reparo de hérnias incisionais ventrais gigantes é um grande desafio cirúrgico, em virtude das dificuldades técnicas e do alto índice de complicações locais e sistêmicas, principalmente as complicações respiratórias e cardiovasculares. A utilização do pneumoperitônio no pré-operatório reduz significativamente as chances da síndrome compartimental abdominal, produzindo a lise das aderências intestinais mais frouxas e melhorando a circulação portal, mesentérica e intestinal, para receber de volta as vísceras na cavidade abdominal e consequentemente, melhor recuperação pós operatória. RELATO DE CASO: Masculino, 60 anos, tabagista crônico e obeso, com quadro de hérnia incisional gigante após ter se submetido laparotomia exploradora por úlcera gástrica perfurada em 2013. Em acompanhamento ambulatorial, apresentou ainda o achado de hérnia diafragmática. Foi incentivado a cessação do tabagismo, realização de atividade física, fisioterapia e perda de peso. Realizado pneumoperitôneo pré operatório por uma semana, em regime de internação hospitalar associada a fisioterapia respiratória diária, submetido a reparo cirúrgico através da técnica descrita por Alcino Lázaro, com transposição peritonêoaponeurótica e correção da hérnia diafragmática por via abdominal. Paciente com boa evolução pós operatória, evoluindo sem queixas. Seguimento ambulatorial satisfatório, sem evidencias de recidiva ou comprometimento sistêmico. CONCLUSÃO: A associação das mudanças de hábito de vida e da realização do pneumoperitônio pré-operatório em aumentar o continente para adequar-se ao conteúdo das hérnias incisionais gigantes mostra-se ser uma técnica efetiva e segura de reparo nas hérnias incisionais gigantes, reduzindo significativamente não so a incidência da síndrome compartimental abdominal quanto a taxa de recidiva.

CODIGO DO TRABALHO: 768

TÍTULO DO TRABALHO: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HÉRNIA INCISIONAL COMPLEXA COM TELA RETROMUSCULAR (SUBLAY)

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MAURICE YOUSSEF FRANCISS; LEANDRO CARDOSO BARCHI; VICTOR POZZI LOVERSO; DEIVID GRINBERGAS MIZIARA; DANILO BUGALHO GALDIANO; EDUARDO LINS LIMA; DEBORA PAES OLIVEIRA; BRUNO ZILBERSTEIN. GASTROMED, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoA hérnia incisional é uma complicação que ocorre em cerca de 9-20% dos pacientes submetidos a laparotomia após 1 ano. Sua incidência tende a aumentar com o tempo e a correção na maioria das vezes é feita com auxílio de próteses sintéticas.A taxa de recorrência após a reparação primária, varia de 24 a 54%. Embora o uso de tela mostre queda na taxa de recorrência, estudos mostram que o uso da tela está associado a alto risco de infecção e outras complicações.Existem evidências de que a técnica retromuscular (sublay) diminui a incidência de infecções e reduz a recidiva. Relato do caso Trata-se de paciente de 69 anos, feminina, obesa (IMC 59,5 Kg/m²), hipertensa e diabética. Foi submetida à herniorrafia umbilical sem uso de tela. Evoluiu 1 ano após com hérnia incisional encarcerada, sendo submetida a laparotomia, enterectomia e correção do defeito herniário com tela pré-aponeurótica (onlay). Cerca de 15 meses após a segunda operação, apresentou recidiva da hérnia e abdome agudo obstrutivo. Feito reparo da parede abdominal com tela onlay, novamente. Procurou então nosso serviço com nova recidiva da hérnia e quadros de suboclusão intestinal. Iniciou preparo pré-operatório, com uso de balão intragástrico para auxílio de perda de peso, com emagrecimento de 40 kg em 6 meses. A perda de peso induziu a formação de abdome em avental. Foi indicado tratamento cirúrgico com realização de laparotomia para lise de bridas seguida de retirada de todas as próteses aderidas na aponeurose anterior. A correção do defeito aponeurótico foi obtida através da colocação de tela de prolene retromuscular (sublay), fixada com selante de fibrina e posterior fechamento da aponeurose anterior. Foi realizada dermolipectomia higiênica e colocado terapia de pressão negativa (Prevena?) em ferida operatória. Paciente evoluiu satisfatoriamente, sem intercorrências, recebendo alta hospitalar no 5º PO. No seguimento, 6 meses após, demonstrava boa cicatrização, sem evidência de recidiva, com boa função da parede abdominal. Conclusão A hérnia incisional é afecção frequente na prática cirúrgica, com repercussões na qualidade de vida e disfunção da parede abdominal. Cabe ao cirurgião avaliar e indicar a melhor técnica para cada caso. A posição da tela retromuscular (sublay) diminui as complicações pós-operatórias. Esta abordagem técnica reprodutível com bons resultados torna-a opção adequada na reconstrução da parede abdominal.

CODIGO DO TRABALHO: 2293

TÍTULO DO TRABALHO: TRATAMENTO CONSERVADOR DE FISTULAS ENTEROCUTÂNIAS PÓS HERNIA INCISINAL.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CLARISSA MARIA DE LIMA SANTOS NASCIMENTO1; EDUARDO LAFAYETTE MONTEIRO2; FERNANDA LUCENA DA COSTA1; RONNEY ALVES BRAGA DOS SANTOS2; THIAGO ALEXANDRE MACEDO DE AZEVEDO2; ROBERTO CHIANCA TEIXEIRA DE CARVALHO FILHO2; DENISE DE ALBUQUERQUE ANDRADE2; ZALMIR REICHERT FILHO2. 1. FAMENE, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE- JOÃO PESSOA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
A hérnia incisional é uma complicação comum do fechamento da parede abdominal. Estudos prospectivos mostram uma incidência que varia de 5% a 20% após laparotomias medianas longitudinais, no primeiro ano de seguimento (Revista da AMRIGS, 2016). Entretanto, estudos prospectivos de 10 anos demonstraram que menos de 50% das hérnias incisionais ocorrem no primeiro ano após a cirurgia, enquanto 35% aparecem cinco anos ou mais após o procedimento (Revista da AMRIGS, 2016). As hérnias incisionais podem dar origem a graves complicações, como fístulas enterocutâneas e obstruções intestinais (KUMAR, 2016). As fístulas enterocutâneas podem ocorrer de forma espontânea ou no período pós-operatório. As causas não relacionadas à cirurgia são observadas em menos de 10% das fístulas enterocutâneas e incluem irradiação, doença inflamatória intestinal, doença diverticular, apendicite, isquemia intestinal, perfuração de úlcera péptica gastroduodenal, neoplasias ginecológicas e tuberculose (KUMAR,2016). A fístula pós-operatória representa mais de 90% de todas as fístulas intestinais (1). M.A.A., sexo Feminino, 72 anos, proveniente da cidade de Cabedelo/PB, foi encaminhada ao Hospital Municipal Santa Isabel, em João Pessoa/PB, com queixa de dor, calor, rubor e saída de secreção após deiscência de ferida operatória. A mesma afirma história de herniorrafia incisional, há 23 dias, no abdômen inferior. Após internação da mesma foi iniciado antibióticoterapia inicialmente com ciprofloxacino 400mg, apresentado uma melhora quadro infecioso, contudo ainda foi observado persistência da saída de secreção pela ferida operatória. No 3° dia de internação, foi realizado um flistulograma e uma tomografia de abdome total com contrastes venoso e oral que , por sua vez, constatou a presença de fistula enterocutânea. No 10° dia de internação hospitalar a paciente evoluiu com dor, edema, rubor e moderada saída de secreção em ferida operatória. Diante desse quadro foi associado Metronidazol 500mg e drenagem do abscesso por mais 12 dias. No 22° dia de internação hospitalar a paciente apresentou uma melhora significativa do quadro, com abdômen flácido, indolor a palpação, ausência de sinais flogísticos com pequena quantidade de secreção entérica. Mesmo apresentando uma fístula enterocutânea como manifestação da complicação tardia de uma hernioplastia incisional, foi possível realizar uma procedimento menos invasivo e de maneira eficaz para o tratamento.

CODIGO DO TRABALHO: 1082

TÍTULO DO TRABALHO: TRATAMENTO DE HÉRNIA VENTRAL: USO DE TELA INTRAPERITONEAL, UMA OPÇÃOTÉCNICA PARA CIRURGIA ABERTA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CARLOS ROBERTO PUGLIA1; CARLOS VICTORIA NETO2; PAULO ROBERTO CORSI1; REINALDO MARTINS DE OLIVEIRA NETO1; LUIZ FERNANDO RODRIGUES A DE MOURA1; ANDRE SOARES GALLO1; MARIA CLARA TRALDI2. 1. INSTITUTO PAULISTA DE CIRURGIA, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. FCMSCSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOA hérnia ventral incisional é uma complicação comum da cirurgia abdominal, cuja incidência varia de 2% to 20%, sendo mais frequente após laparotomias e de incidência de apenas 0.7% na abordagem laparoscópica. Os fatores de risco incluem idade e complicações infecciosas. Nos EUA houve um aumento do número de casos de hérnia ventral de 126,548 em 2001 para 154,278 em 2006, o que representou um custo total de US $3.2 bilhões, sendo realizado cerca de 600 000 procedimentos de correção herniária anualmente.O tratamento de hérnias ventrais ainda continua sendo um desafio ao cirurgião, despeito de acessos, técnicas e matérias disponíveis. Este caso ilustra uma das técnicas disponíveis para tratamento de hérnia ventral com uso de tela intraperitoneal por via aberta.RELATO DE CASOPaciente do sexo feminino, de 78 anos, submetida há 2 anos a retossigmoidectomia aberta e linfadenectomia de caráter eletivo por adenocarcinoma de retossigmoide (T3N1). Possui antecedentes pessoais de obesidade (IMC = 34), hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, e insuficiência venosa crônica de membros inferiores, com úlcera varicosa em membro inferior esquerdo. Também submetida a quimioterapia adjuvante com boa tolerância. Não apresentou recidiva, nem doença residual.Há 1 ano, apresentou abaulamento em cicatriz cirúrgica, com piora aos esforços, e aumento progressivo, mesmo em uso de cinta de contenção. Realizada tomografia computadorizada de abdômen, que evidenciou hérnia ventral em linha média, supra e infra-umbilical, com cerca de 20 x 8 cm, contendo alças intestinais e epiplon. Paciente foi submetida a tratamento cirúrgico eletivo por via aberta, com colocação de tela intraperitoneal (VENTRIO ST DAVOL BARD), fixada com grampeador absorvível e sutura de aponeurose e saco herniário sobre a tela. Não houve necessidade de drenagem. Teve alta no segundo dia de pós-operatório, com boa evolução e sem complicações clínicas ou locais.Em retorno 6 meses após cirurgia, a ferida cirúrgica se apresentava seca, e não havia sinais clínicos ou radiológicos de recidiva. CONCLUSÃOO procedimento de correção de hérnia ventral utilizando tela intraperitoneal se demonstrou seguro, eficaz e de fácil execução.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 765

TÍTULO DO TRABALHO: Tumor desmóide após colecistectomia convencional

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOÃO CARLOS FALONE NUNES1; CAROLINA BARROS DA ROCHA1; CRISTHIAN JAILLITA MENESES2; EDUARDO DOS PASSOS MARIM1; HANA RAYSSA MATTOS DE LOSSIO E SEIBLITZ3; CAMILA ABELHA BINATTO3; JOSUÉ PANETO MARCOS4; HISASHI AOYAGI3. 1. HOSPITAL MUNICIPAL DOUTOR CARMINIO CARICCHIO, SAO PAULO - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL MUNICPAL DOUTOR CARMINIO CARICCHIO, SAO PAULO - SP - BRASIL; 3. HOSPITAL MUNICIPAL DOUTOR CARMINIO CARICCHIO, SAO PAULO - ES - BRASIL; 4. HOSPITAL MUNICIPAL DOUTOR CARMINNIO CARICCHIO, SAO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução. O tumor desmóide atribui um grupo de neoplasias de tecidos moles em que a fibromatose profunda ou fibromatose agressiva é destacada. Estes tumores localizam-se preferencialmente na parede abdominal; apresentam uma baixa incidência (2 a 4 novos casos / milhões de habitantes / ano) , representando cerca de 3% de todos os tumores de tecidos moles; afetam preferencialmente o sexo feminino e apresentam um pico de incidência entre os 28 e 31 anos. A sua etiologia é desconhecida, sendo associada a cirurgias e/ou trauma anterior, gravidez, terapia estrogênica e Síndrome de Gardner. Seu diagnóstico é histológico e o tratamento é fundamentalmente cirúrgico. .Relato do caso. Paciente , feminina, 56 anos, HAS; submetida a colecistectomia convencional há 02 anos referindo há 03 meses surgimento de abaulamento em hipocôndrio direito, em região de cicatriz cirúrgica de incisão prévia de Kocher. Ao exame físico: lesão tumoral de aproximadamente 10 cm de diâmetro em hipocôndrio direito, fixo a parede abdominal , doloroso a mobilização. Paciente foi submetida a ressecção da tumoração em topografia de hipocôndrio direito. Na cirurgia foi identificado massa ovalada bem definida com cerca de 8 cm de diâmetro aderida a aponeurose anterior do reto abdominal e ao músculo reto abdominal. Após ressecção foi colocado tela de prolipropileno 15x15 cm sobre a aponeurose posterior com fixação da mesma com nylon 3.0. Histopatológico compatível com a hipótese de tumor desmóide. Conclusão. Assim como é escolha da maioria dos serviços médicos, a paciente por nós relatada foi tratada exclusivamente com cirurgia, ressecando-se completamente a lesão, sem evidência de margem comprometida. Paciente mantém acompanhamento clínico-radiológico no nosso ambulatório não apresentando qualquer sinal de recidiva da lesão.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1595

TÍTULO DO TRABALHO: TUMOR DESMÓIDE DE PAREDE ABDOMINAL: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCELO FERNANDES MAIA DE LIMA; FERNANDO SIMÕES DE SENA; RODRIGO SPÍNOLA E SILVA; HENRIQUE MOURA PARREIRA; EDUARDO GONÇALVES MARTINS DA COSTA; GISELLY GOMES CARVALHO; GILMARQUES ALMEIDA DA SILVA; ELCIO ANTUNES DOS SANTOS. HOSPITAL MARCIO CUNHA, IPATINGA - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Tumores desmóides, também conhecidos como fibromatose músculo-aponeuróticas, são neoplasias benignas, não capsuladas, originadas do tecido conjuntivo, sem potencial metastático, com exuberante crescimento locorregional e elevados índices de recidiva. Foram descritos inicialmente por Mac Farlane em 1832. Têm incidência rara, representando 0,03% dos tumores de partes moles, com maior ocorrência em mulheres com idade reprodutiva e durante a gravidez. A incidência aumenta em pacientes portadores de Polipose Adenomatosa Familiar. O tumor desmoide não associado a essa entidade é um evento extremamente raro podendo ser associado à gravidez, cicatrizes ou traumas. No momento do diagnóstico os tumores podem apresentar grandes dimensões devido à baixa sintomatologia que, quando presente, traduz-se mais comumente por dor locorregional.RELATO DE CASO: D.A.G. 63 anos, feminino, parda, do lar, natural de Antônio Dias ? MG. Relato de aparecimento de tumoração de limites imprecisos e consistência endurecida, móvel e aderida aos planos musculares em parede abdominal no quadrante superior direito associado a dor local. Restante do exame físico sem alterações, exames laboratoriais dentro da faixa de referência. Avaliação ultrassonográfica sugestiva de tumor de parede abdominal. Estudo tomográfico elenca delimitação de massa com limites precisos intramusculares. Realizada ressecção do tumor intramuscular e reconstituição da parede abdominal com tela de Marlex, além de envio para análise histopatológica, que revelou tumor desmóide.CONCLUSÃO: Os tumores desmóides são originados das estruturas músculo-aponeuróticas, podendo ser intergrantes da Síndrome de Gardner caso em conjunção com tumores benignos cutâneos e ósseos. A cirurgia é o tratamento de escolha porém a recorrência é alta e a terapia adjuvante possui aplicabilidade, havendo ainda necessidade de melhor referenciação teórica do assunto, evidenciando a aplicabilidade da produção científica em questão.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2472

TÍTULO DO TRABALHO: TUMOR DESMÓIDE ORIUNDO DE CICATRIZ EM TOPOGRAFIA DE INCISÃO DE PFANNENSTIEL PRÉVIA: TRATAMENTO CIRÚRGICO E RECONSTRUÇÃO PARIETAL IMEDIATA COM TELA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CARLA VIEIRA STRAUCH1; MARCIO RIVISON SILVA CRUZ2; FERNANDA SILVA CAMPOS3; WAGNER LUIZ LORA FILHO1; JOHN THIERRY MARQUES DE JESUS1; PAULA ARAÚJO AUAD1; MARCUS DE ALMEIDA CORREIA LIMA1. 1. FTC, SALVADOR - BA - BRASIL; 2. UNIFACS, SALVADOR - BA - BRASIL; 3. EBMSP, SALVADOR - BA - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Tumor Desmóide (TD) ou Fibromatose Agressiva são raras neoplasias de partes moles, benignas, infiltrativas, com baixo potencial metastático e grande agressividade local. TD provém da proliferação monoclonal de fibroblastos, podendo ser esporádicos ou associados à Polipose Ademotatosa Familiar. O surgimento está associado a traumas, inclusive cirúrgicos e desequilíbrio hormonal (estrogênio). TD já foi relatado em cicatrizes de diversos procedimentos. TD podem ser de localização extra-abdominais, intra-abdominais ou de parede abdominal, sendo este mais comum em mulheres em idade fértil. O tratamento pode ser ou não cirúrgico, sendo ressecção radical com bordas negativas considerado o ideal. Devido à complexidade da estrutura da parede abdominal, a abordagem cirúrgica e a técnica utilizada na reconstrução devem ser determinadas de acordo com a situação do tumor e do defeito parietal resultante de sua ressecção, priorizando preservação de função e qualidade de vida.RELATO DO CASO: Paciente de 36 anos com tumoração recidivada em região inguinal direita em topografia de incisão de Pfannenstiel prévia, compatível com fibromatose. Apresentava dor, endurecimento e abaulamento locais. Ao exame de imagem: lesão expansiva sólida, infiltrativa, heterogênea e hipervascular comprometendo a parede abdominal da região pélvica e sem sinais de extensão intraperitoneal, medindo cerca de 4,7 x 2,8 x 6,7 cm nos seus maiores eixos. O diagnóstico de fibromatose foi confirmado pelo perfil biológico (imuno-histoquímica) da biópsia. A paciente foi submetida à intervenção cirúrgica para ressecção do tumor. No procedimento evidenciou-se presença de tumor endurecido infiltrando bainha de reto abdominal, musculatura obliqua externa, interna e transverso, estendendo-se até a bainha dos vasos femorais, os quais estavam parcialmente comprimidos. Realizada ressecção da tumoração com preservação dos vasos femorais e reconstrução imediata do defeito parietal, utilizando tela de baixo peso molecular. Recebeu alta hospitalar do 1º DPO. Evoluiu com seroma e desconforto local tratados satisfatoriamente de maneira conservadora.CONCLUSÃO: Em razão do potencial de invasão de estruturas adjacentes e da sintomatologia apresentada, o tratamento cirúrgico foi considerado a melhor opção terapêutica. Devida à necessidade de ressecção completa e dos grandes defeitos parietais resultantes deste procedimento, optou-se pela utilização de tela na reconstrução parietal, obtendo-se bons resultados.

CODIGO DO TRABALHO: 1480

TÍTULO DO TRABALHO: Uso de cola para fixação de tela em hérniorrafia inguinal videolaparoscopica

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JEAMMY ANDREA PEREZ PARRA; GABRIEL SCHNITMAN; EDNA FRASSON DE SOUZA MONTERO; ADILSON COSTA RODRIGUES JR; CARLOS AUGUSTO METIDIERI MENEGOZZO; CASSIO EDUARDO DA SILVA GONTIJO; LUCAS MAITTO MARTINS; EDIVALDO MASSAZO UTIYAMA. HC-FMUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O tratamento cirúrgico da hérnia inguinal apresenta-se em discussão na literatura do ponto de vista da abordagem, aberta ou videolaparoscópica. Os autores que defendem a via aberta apoiam-se no custo do procedimento e na curva de aprendizado. Na via videolaparoscópica, os autores destacam a redução da incidência de dor no pós-operatório, o que permite rápido retorno às atividades laborais. Nesta abordagem, discute-se a forma de fixação, mecânica ou não penetrante, da prótese. O objetivo deste estudo foi avaliar as repercussões da fixação com adesivo de fibrina.MÉTODOS: Foram incluídos todos os pacientes submetidos a hernioplastia inguinal videolaparoscópica transabdominal (TAPP) entre Junho de 2014 e Junho de 2016 no Hospital das Clínicas da USP, em que se utilizou a fixação com adesivo de fibrina. Foram analisados aspectos pré-operatórios, que incluem comorbidades, recidivas, idade, índice de massa corporal, tabagismo; além de aspectos pós-operatórios, tais como tempo de internação, complicações precoces e tardias, recorrência e dor. RESULTADOS: Foram avaliados 40 pacientes com hernioplastia, sendo a maioria homens (38/40; 95%) com idade variando entre 18 e 91 anos (62 anos) e IMC de 44,9 kg/m2. As comorbidades estiveram presentes em 67,5% dos pacientes, em geral cardiovasculares (62%). O tabagismo foi relatado em 37,5% dos pacientes. Com relação às características das hérnias, 18 (45%) foram bilaterais e 22 (55%) unilaterais, 35% eram recidivadas, sendo estas de procedimentos abertos. A taxa de complicação foi de 20%, sendo o seroma mais usual (17%). Um paciente apresentou granuloma e um paciente hérnia incisional na localização do trocarte.Não teve nenhuma lesão em órgão intra-abdominal e nenhuma cirurgia foi convertida. Algum tipo de dor no pós-operatório imediato esteve presente em 37,5% pacientes. Destes, 15% mantinham dor no terceiro mês de seguimento e 10% no primeiro ano. Observou-se recidiva em um paciente e 92% dos pacientes retornaram às atividades diárias.CONCLUSÃO: A fixação da prótese com adesivo de fibrina em herniorrafia inguinal videolaparoscópica (TAPP) mostrou-se um método seguro e com baixos índices de complicações e recidiva.REFERÊNCIAS: 1. Cavazzola LT, Rosen MJ, Laparoscopic versus Open Inguinal Hernia Repair, Surg Clin North Am. 2013 Oct;93(5):1269-79. 2.Fortelny RH, Petter-Puchner AH, Glaser KS, et al. Use of fibrin sealant (Tisseel/ Tissucol) in hernia repair: a systematic review. Surg Endosc 2012;26(7): 1803?12. 84.

CODIGO DO TRABALHO: 2902

TÍTULO DO TRABALHO: Uso de telas biológicas em correção de hérnias incisionais: Relato de casos

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CAMYLLE REIS FIGUEIREDO; ELLEN TREVELIN; REBECCA MARIAN M. CORREIA SAMAAN; RICARDO TOLEDO; ANDRESSA ABNADER MACHADO; JOSE FRANCISCO DE MATTOS FARAH. IAMSPE, SAO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoHérnial incisional é uma afecção comum, com incidência após laparotomias de aproximadamente 11-20%. A correção de hérnia incisionais ventrais com sutura tem uma taxa de recidiva de cerca de 36-56%. Com o advento de materiais sintéticos, esta taxa caiu para cerca de 19-32%. Telas de material sintético são utilizadas em larga escala, porém em pacientes alto risco de infecção, cada vez mais encontra-se o papel de telas biológicas.O objetivo deste trabalho é relatar dois casos nos quais foram utilizados telas biológicas em pacientes considerados de alto risco para complicações infecciosas.Relato de CasosPaciente R.P.B.S, 60 anos, feminino, diabética, com passado de apendicectomia laparotomica que evolui com hérnia incisional um ano após. Realizada herniorrafia, inicialmente com colocação de tela sintética. Paciente evoluiu com episódios de abscessos de parede e recidiva. Paciente procura o pronto socorro do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE) por novo quadro infeccioso. Ao exame físico, identificava-se área endurada com hiperemia em região supraumbilical. Realizada tomografia computadorizada (TC) de abdome que evidenciou volumosa hérnia paraumbilical esquerda com falha aponeurótica de 5,1 cm e coleção próxima de 9,2x4,1x4,0 (com volume estimado de 79ml). Optado por drenagem de abscesso. Iniciado antibioticoterapia. Após melhora, realizada correção da hérnia incisional. Observado defeito aponeurótico de 8x5cm. Corrigido defeito. Locado retalho de tela biológica porcina sobre aponeurose íntegra. Paciente evoluindo após nove meses sem sinais de recidiva.O segundo relato trata-se da paciente O.J.P, 77anos, feminino. Veio ao pronto socorro do HSPE com hérnia incisional encarcerada. Ao exame, encontrava-se com volumosa hérnia em topografia umbilical, irredutível. Indicada correção da hérnia de urgência. Evidenciado defeito aponeurótico de cerca de 12cm, com saco herniário em seu interior. Optado por manutenção do saco herniário com fechamento do mesmo e colocação de tela biológica porcina por cima do mesmo. Paciente sem sinais de complicações infecciosas e sem recidiva da hérnia após 02 meses do procedimento.ConclusãoO uso de telas em cirurgias de herniorrafias incisionais é algo que diminui chances de recidiva. No contexto de pacientes com alto risco de infecção, o uso de telas biológicas vem apresentando vantagens. Em ambos os casos relatados, acredita-se que o seu uso diminuiu ou minimizou as chances de complicações infecciosas.

CODIGO DO TRABALHO: 2291

TÍTULO DO TRABALHO: Uso de terapia de pressão negativa para fechamento de parede abdominal: Relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOÃO PAULO PINHEIRO ORTEGA1; RODRIGO GONÇALVES SILVA1; BARBARA ALVES RHOMBERG1; MONICA MAZZURANA BENETTI2; ROBSON PARREIRA DE MORAIS JÚNIOR2; GUINES ANTUNES ALVAREZ2. 1. HOSPITAL GUILHERME ÁLVARO, SANTOS - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL GUILHERME ALVARO, SANTOS - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO:A terapia de pressão negativa auxilia na aproximação e cicatrização de tecidos, reduzindo o edema tissular e exsudato inflamatório, aumentando a perfusão na região e estimulando a formação de tecido de granulação. Sendo cada vez mais utilizada no tratamento de síndrome compartimental e peritoniostomias.RELATO DE CASO:R.C.O.S, 20 anos, procedente de Praia Grande, procurou atendimento devido a dor abdominal em cólica há 4 meses, acompanhada de diarreia mucossanguinolenta, náuseas, vômitos, febre e perda ponderal de 18kg neste período. Paciente com diagnóstico de doença inflamatória intestinal, em uso de Mesalazina há 2 meses, com piora progressiva do quadro. Iniciado antibioticoterapia e corticoterapia associado a manutenção da Mesalazina. No 7º dia de internação evoluiu com enterorragia, sendo introduzido Azatioprina. No 8º dia de internação manteve enterorragia e evoluiu com instabilidade hemodinâmica sem resposta a hemotransfusão maciça. Indicada abordagem cirúrgica: paciente submetido a colectomia subtotal com ileostomia terminal via laparotômica, preservando 5cm de sigmóide. No 9º pós operatório apresenta secreção purulenta abundante em ferida operatória e eventração, indicada reabordagem cirúrgica, feito lavagem de cavidade com soro fisiológico 0,9% aquecido e ressutura de parede abdominal. Paciente apresentou piora do quadro infeccioso e no 10º PO, introduziu-se carbapenêmico, porém sem resposta. Evoluiu com saída de secreção purulenta pela ferida operatória no 12º PO, sendo novamente indicada reabordagem cirúrgica, evidenciado pus em região pélvica, perihepática, periesplênica e gástrica, realizado lavagem da cavidade e locado dreno siliconado em pelve e leito hepático, e fechamento por peritoneostomia. No 2º PO foi submetido a reabordagem cirúrgica para nova lavagem de cavidade abdominal e colocação de curativo à vácuo. Realizado troca de curativo com lavagem da cavidade e aproximação das bordas após dois dias. Após 48h foi submetido à retirada de curativo à vácuo com fechamento da parede abdominal e locação de dreno portovac em pelve. No 7º PO paciente evoluiu com boa resposta ao tratamento clínico e segue em acompanhamento ambulatorial.CONCLUSÃO:Não há, na literatura, muitos estudos referentes terapia de pressão negativa. Os artigos ainda descrevem variações nas técnicas, o que dificulta a interpretação de resultados reportados. Trata-se de um modalidade terapêutica promissora porém novos estudos são necessários.

CODIGO DO TRABALHO: 758

TÍTULO DO TRABALHO: A epidemiologia das causas externas em serviços de urgência do Sistema Único de Saúde, São Paulo, 2014.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ELIAS JIRJOSS ILIAS1; ADRIANA NATUCCI HETTE2; CINTIA LECI RODRIGUES2; PATRICIA COLOMBO DE SOUZA3; CARLOS GÓRIOS4; CYNTIA MARIA DE FREITAS ALVES5; JANE DE ESTON ARMOND3; RODRIGO DE ESTON ARMOND3; CLEO CHINAIA3. 1. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. FACULDADE DAS AMÉRICAS, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 4. CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 5. UNIVERSIDADE NOVA IGUAÇU, ITAPERUNA - RJ - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Analisar os atendimentos de emergência referentes às causas externas, na cidade de São Paulo, coletados no inquérito Vigilância de Violências e Acidentes (SIVVA) em 2014.Métodos: Trata-se de um estudo transversal descritivo, utilizando-se dados extraídos do Sistema de Informação de Vigilância de Violência e Acidentes. Durante o ano de 2014 ocorreram 3.302 atendimentos por causas externas em serviços de urgência na cidade de São Paulo. As variáveis utilizadas para este estudo foram idade, tipo de acidente, sexo, local do acidente, diagnóstico, e a evolução do caso.O projeto de pesquisa dispensa aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade, pois se trata de uso de dados de banco de domínio público, conforme preconiza a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 510/16.Resultados: No período analisado ocorreram 3.302 atendimentos pediátricos por trauma no Sistema Único de Saúde da população residente na cidade de São Paulo, o acidente por queda correspondeu a 52,2% dos casos; intoxicação e envenenamento 13,4%; ferimentos por arma de fogo e arma branca 2,4%; queimaduras 2,2%; A ocorrência dos acidentes foi predominante no sexo masculino (59,4%), nos adultos jovens (20 a 39 anos): 31,3% e na residência da paciente (35,0%). Os principais diagnósticos foram os traumatismos da cabeça (29,3%), contusão do ombro e braço (4,0%), queimadura de grau I (3,1%). Segundo a evolução do caso: 77 casos foram recebido em óbito no atendimento, 6,7% dos casos resultaram em internação hospitalar e 81,8% dos casos tiveram alta hospitalar imediata.Conclusão: Os acidentes por causas externas ocorre principalmente no adulto jovem e do sexo masculino, sendo a residência da vítima o principal local do acidente. Os eventos foram constituídos de casos leves e que evoluíram para alta. As causas externas vêm se consolidando nas últimas décadas como um desafios para a saúde pública, espera-se que os resultados deste estudo possam balizar a formulação de novas políticas e/ou o aprimoramento das já existentes, visando ao efetivo enfrentamento da questão. Referências: 1. Malta DC et al. A ocorrência de causas externas na infância em serviços de urgência: aspectos epidemiológicos, Brasil, 2014. Ciênc. saúde coletiva. 2016; 21 (12): 3729-3744.2. Mendes LVP, Campos MR, von-Doellinger VR, Mota JC, Pimentel TG, Schramm JMA. A evolução da carga de causas externas no Brasil: uma comparação entre os anos de 1998 e 2008. Cad. Saúde Pública. 2015; 30 (10): 2169-2184.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 696

TÍTULO DO TRABALHO: A Micção Espontânea de Projétil Pela Uretra Após Ferimento por Arma de Fogo

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANA LAVRATTI BORGA1; TAINÁ JURITI FEIJÓ PINTO2; ALINE DENISE HANAUER3; ANA BEATRIZ BONCHOSKI2; DERCÍLIA CORDEIRO DOS SANTOS2; VANESSA CARVALHO LUCAS2; PAULO HENRIQUE MATALON RODRIGUES3; THAIS RIBEIRO PINTO3. 1. UNIVERSIDADE DA REGIÃO DE JOINVILLE - UNIVILLE, JOINVILLE - SC - BRASIL; 2. UNIVILLE, JOINVILLE - SC - BRASIL; 3. HOSPITAL DR. JESER AMARANTE FARIA, JOINVILLE - SC - BRASIL.

RESUMO:
A micção espontânea de projétil pela uretra após um ferimento por arma de fogo (FAF) é rara1. Menos de 20 casos foram relatados nos últimos 100 anos1. Estima-se que 3 a 10% dos traumas apresentarão envolvimento do trato urinário2. Apresenta-se um caso de FAF na pelve em que houve a expulsão espontânea do projétil pela uretra 11 dias após o trauma.C.E.D.V, masculino, 15 anos, admitido no Pronto Socorro pediátrico com FAF em região torácica, panturrilha direita, região lombar direita, braço direito, antebraço direito e região posterior coxa direita. Apresentava-se com Glasgow 15, sinais vitais estáveis e levemente dispnéico. Após avaliação segundo ATLS (Advanced Trauma Life Suport), houve passagem das sonda nasogástrica e vesical, com evidência de leve hematúria. Realizada tomografia computadorizada (TC) de tórax e abdômen, demostrou hidropneumotórax (feito drenagem torácica), trauma de múltiplos órgão abdominais e identificou um dos projéteis a nível do terço médio da uretra. Foi indicado então uma laparotomia exploratória e na inspeção e palpação da região perineal não foi possível identificar o projétil. Como a sondagem vesical havia sido feita sem dificuldade optou-se por não realizar exploração cirúrgica do períneo. Após três dias de PO (pós-operatório) e com boa evolução médica, a sonda vesical foi retirada, mas o paciente evoluiu com retenção urinária. Nova sonda vesical foi passada sem dificuldade, drenando urina clara, assim como em todo o PO até então. No 11º PO, uma hora após a retirada da sonda vesical, houve a eliminação do projétil durante a primeira micção espontânea. Após dois dias foi realizada US escrotal, sem alterações e uretrocistografia miccional, que evidenciou pequeno escape de contraste extraluminal, medindo cerca de 5mm ao nível extrabulbar. Paciente apresentava ato miccional regular. No 15º PO paciente teve alta hospitalar e no 27º teve retorno ambulatorial assintomático.Os sinais indicadores de trauma geniturinário, como sangue no meato uretral e hematúria foram notavelmente ausentes nesse caso, e, apesar das técnicas modernas de imagem e da exploração operatória, o local final da bala foi surpreendente. A migração do projétil na uretra parece ter dois destinos: retenção urinária aguda ou micção do projétil retido, assim, os traumas geniturinários podem apresentar risco de vida e impactar na qualidade de vida do paciente, sendo necessário um alto índice de suspeição para estabelecer o diagnóstico e a terapêutica adequada1,4.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2683

TÍTULO DO TRABALHO: A UTILIZAÇÃO DA COLOSTOMIA NA LESÃO PERFURANTE DO RETO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: REBECA HARA NAHIME1; LARISSA BEATRIZ ROMBOLI ROCHA2; JÚLIO CÉSAR MORENO JUNIOR2; LUCAS SAN MARTIN CARVALHO CORRÊA2; RICARDO CARTAXO FILHO2; VINICIUS FRALETTI RICCI2; LUIZ EDUARDO LIMA RAMOS2; VALDEMIR JOSE ALEGRE SALLES2. 1. UNITAU, TAUBATÉ - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL REGIONAL DO VALE DO PARAÍBA- HRVP, TAUBATÉ - SP - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Analisar o emprego e a indicação da colostomia no paciente vítima de trauma retal, correlacionando-os à população atingida, causa básica do trauma e tipo de ostomia realizada.Métodos: Foi realizado um estudo retrospectivo e transversal envolvendo 19 pacientes vítimas de trauma retal devido a variadas causas e submetidos a confecção de colostomia.Resultados: Observamos o predomínio no sexo masculino em 79% dos casos (15 pacientes), com uma média de idade de 35,8 anos, tendo a idade mínima de 16 anos e máxima de 70 anos.A realização de colostomia no trauma retal teve como principal causa:- o ferimento por projétil de arma de fogo, que ocorreu em 47,4% (9 pacientes);- empalamento em 26,3% (5 pacientes);- o trauma abdominal fechado em 15,8% (3 pacientes);- manipulação ginecológica em 10,5% (2 pacientes)Nos pacientes traumatizados por projétil de arma de fogo a média de idade foi 29,7 anos e no empalamento de 51,2 anos.Quanto ao tipo de colostomia realizada, encontramos:- a sigmoidostomia em alça foi confeccionada em 11 casos (6 devido a lesão intra-peritoneal e 5 por lesão extra-peritoneal);- a transversostomia em alça com 4 casos (3 devido a lesão intra-peritoneal e 1 devido a lesão extra-peritoneal);- a sigmoidostomia terminal em 4 casos, todas devido a lesão intra-peritoneal do reto.Conclusão: A sigmoidostomia em alça foi indicada de forma semelhante na lesão retal tanto intra quanto extra-peritoneal e a sigmoidostomia terminal foi indicada exclusivamente na lesão do reto intra-peritoneal. A lesão traumática do reto representa uma das principais indicações da realização de colostomia envolvendo indivíduos em uma faixa etária mais jovem. A lesão do reto intra-peritoneal ocorreu em 13 pacientes, ou seja, em 68,4% dos casos, condição que está freqüentemente associada a presença de múltiplas lesões viscerais na cavidade peritoneal ou de outros órgãos extra-peritoneais. Em todas as cirurgias, a confecção da colostomia foi efetiva na condução do trauma retal. O desvio do trânsito fecal, secundário a realização da colostomia, é um tempo fundamental no tratamento de pacientes vitimas de lesões do reto.Referências:1. Champion HR, Sacco WJ, Copes WS et al. A revision of the trauma score. J Trauma 2013; 29: 623-9. 2. Lake JP, Essani R, Petrone P,Kaiser AM, Asencio J, Beart Jr RW. Management of retained colorectal foreign bodies: predictors of operative intervention. Dis Colon Rectum 2014;47:1694-98

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 914

TÍTULO DO TRABALHO: Abordagem de lesão de veia cava retro-hepática: um relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JORDANA LOPES COSTA1; KÉVIN DA SILVA SOUZA2; VICTOR HUGO OLIVEIRA PONCIANO3; VICTOR ALEXANDER FIALHO ROCHA2; VITÓRIA JORDANA FIALHO ROCHA1; ALEXANDRE FRANCO DO VAL SERAFIM1; WELLINGTON JOSE DOS SANTOS3. 1. PUC-GOIÁS, GOIANIA - GO - BRASIL; 2. PUC-GOIÁS, GOIÂNIA - GO - BRASIL; 3. HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE SIQUEIRA (HUGOL), GOIANIA - GO - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Relatar caso clínico de lesão traumática de veia cava retro-hepática.Métodos: Relato de caso baseado em revisão de prontuário correlacionado à revisão literária.Resultados: Paciente do sexo masculino, 40 anos, vítima de lesão por projétil de arma de fogo na transição toraco-abdominal à direita admitido no serviço com estabilidade hemodinâmica. Realizado drenagem torácica à direita, mantido paciente com monitorização contínua do débito do dreno torácico e sinais vitais. Realizado tomografia computadorizada (TC) de tórax e abdome evidenciando hemotórax moderado a direita, lesão hepática segmento VII e VIII e lesão na veia cava retro-hepática (VCRH) com diminuição da luz do vaso (possível hematoma intraluminal). Apresentou persistência de drenagem de sangue pelo dreno torácico. Optado pela intervenção cirúrgica. Realizada esternotomia associa a incisão de Kocher estendida. Realizada manobra de Pringle, dissecção e isolamento da veia cava suprarrenal, isolamento e reparo da veia cava supra-hepática na confluência do átrio direito e reparo da veia supra-hepática. Liberação dos ligamentos triangulares com mobilização hepática completa, ligadura dos ramos tributários diretos a veia cava para mobilização posterior do fígado e realizada exclusão vascular do fígado. Realizado acesso a lesão da VCRH de 3 cm e rafia. Tempo total de isquemia 8 minutos. Paciente encaminhado à UTI, com alta para enfermaria em 5 dias.Conclusões: A abordagem da VCRH é sempre temerosa devido à possibilidade de sangramento voluptuoso quando do destamponamento da lesão (2). O difícil acesso à lesão, alterações hemodinâmicas graves, improvisações e inexperiência cirúrgica levam a mortalidade de 30% a 90% entre os dois terços dos pacientes que conseguem chegar ao hospital (1,3). O isolamento vascular do fígado é fundamental na lesão de VCRH. Neste caso a tríplice oclusão vascular (TOV) foi à abordagem de escolha. A TOV é um método eficiente e bem indicado para isolamento vascular e reduzido tempo de isquemia (1).

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 814

TÍTULO DO TRABALHO: Abordagem videolaparoscópica para correção de hérnia diafragmática traumática diagnosticada tardiamente: relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CARLOS DIEGO RIBEIRO CENTELLAS; RACHID GUIMARAES NAGEM; CAMILA COUTO GOMES; LUCAS SILVA COUTO; MARCELA REZENDE SALLES; LUCAS TOBIAS ALMEIDA QUEIROZ; ANTONIO DE CARVALHO JUNIOR. IPSEMG, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Ruptura diafragmática traumática (RDT) ocorre em decorrência de trauma toracoabdominal fechado ou aberto. Possui baixa incidência, sendo normalmente encontrada em combinação com outras lesões em politraumatizados. Mais prevalente à esquerda, devido a efeito protetor do fígado à direita. Apresenta difícil diagnóstico, podendo ficar silenciosa por anos até que complicações sejam desenvolvidas. Propicia uma migração gradual do conteúdo abdominal para interior do tórax, podendo evoluir com encarceramento e até estrangulamento de vísceras abdominais ou insuficiência respiratória por componente restritivo. O atraso diagnóstico de RDT aumenta mortalidade de 3% para 30%. Relato: Homem de 33 anos procurou atendimento no pronto socorro do Hospital Governador Israel Pinheiro BH/MG com dor em hemitórax esquerdo associado a dispnéia há um dia . À ausculta pulmonar apresentava ruídos hidroaéreos em base de hemitórax à esquerda. Refere trauma toracoabdominal contuso há cerca de 6 meses após briga, tendo procurado o mesmo serviço e na época realizado radiografia de tórax sem alterações. Desta vez, a radiografia de tórax evidenciou volumosa hérnia diafragmática à esquerda. Tomografia computadoriza de tórax mostrou estômago, porção mais proximal do duodeno, alças de cólon transverso e descendente, parte do corpo e cauda pancreáticos e baço no interior do tórax. Optado por videolaparoscopia. Realizado redução de conteúdo herniário e lise de aderências. Sem evidência de lesões ou perfurações de órgãos. Fechamento da hérnia localizada lateralmente à esquerda com 4 pontos em ?X? com seda 2-0. Submetido também a drenagem pleural fechada à esquerda. Retirado dreno no 3° dia de pós-operatório e alta hospitalar no 4º dia. Discussão: A baixa taxa de suspeição de RDT e a sua dificuldade diagnóstica levam a um atraso no diagnóstico de hérnias diafragmáticas traumáticas, aumentando a morbimortalidade. Visto que quando a hérnia é diagnosticada precocemente, o reparo costuma ser mais simples e o paciente apresenta menos complicações. O tratamento cirúrgico ainda é controverso, varia principalmente quanto às técnicas empregadas, dependendo da experiência do cirurgião e estado clínico do paciente. O uso de fios inabsorvíveis é amplamente recomendado. Uso de tela sintética pode ser útil em defeitos maiores. No caso relatado, optou-se por abordagem minimamente invasiva com colocação de um dreno torácico devido ao risco de pneumotórax decorrente da confecção do pneumoperitônio.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 897

TÍTULO DO TRABALHO: Acidentes com motocicleta: o impacto nas internações hospitalares em enfermaria cirúrgica de hospital público da cidade de Sobral - CE

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LUCAS DE MOURA PORTELA; ÉRICA BEZERRA DE ALMEIDA; KAROLINE KUSTER VALTER; WANESSA RIBEIRO DE OLIVEIRA; ANTÔNIO IGOR TAUMATURGO DIAS SOARES; RENAN LOPES VASCONCELOS; ANTONIO ROMÉRIO LEITE DE MACÊDO; JÚLIO CÉSAR CHAGAS E CAVALCANTE. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, SOBRAL - CE - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Evidenciar o impacto dos acidentes com motocicleta nas internações hospitalares e servir como ferramenta para ações governamentais de prevenção. Método: Trata-se de um estudo quantitativo, do tipo descritivo, obtido a partir da aplicação de questionário com pacientes internados na traumato-ortopedia da Santa Casa de Misericórdia de Sobral (SCMS) ? CE do período de 30/12/2015 a 01/08/2016. Foram entrevistados 215 pacientes, sendo validados 192 questionários. Os critérios de exclusão foram menor de idade e inviabilidade de completar o questionário. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Vale do Acaraú. Resultados: Dos pacientes atendidos pela unidade, 81,7% tinham sofrido acidente de trânsito, sendo que, em 90,4% dos casos o acidentado estava usando motocicleta. Confirmando a relevância desses dados, o Ceará aparece na literatura como o estado do Nordeste com maior número de internações no SUS por acidente de trânsito com motocicleta. A participação da motocicleta como meio de transporte na região abrangida pelo serviço de saúde analisado (SCMS) é prevalente, tendo 67,9% dos entrevistados afirmado tratar-se do meio de locomoção mais utilizado. Documento das Nações Unidas aponta que cerca da metade das vítimas de trânsito no mundo são as denominadas categorias vulneráveis, como pedestres, ciclistas e motociclistas, sendo essa proporção maior nos países de rendimento médios e baixos, pela maior densidade dessas categorias. Neste estudo, 89,7% dos entrevistados tinham faixa salarial de até 3 salários mínimos e 79,4% renda familiar de até 3 salários mínimos. O Ministério da Saúde caracteriza os acidentes de trânsito como evitáveis, e, dentre as ações nesse sentido, estão as condutas seguras dos usuários. No presente estudo, 68,1% dos acidentados em uso de motocicleta eram condutores, e 31,9% das vítimas desses acidentes não usavam capacete no momento do trauma. Conclusões: A grande participação dos acidentes com motocicleta dentre as causas de internação na traumato-ortopedia da SCMS é alarmante. Além dos elevados índices de internações, acabam trazendo consigo morbimortalidade, altos custos hospitalares e despesas previdenciárias. Entretanto, apesar das grandes proporções, trata-se de um problema evitável. É fundamental, portanto, que hajam medidas urgentes, a curto e longo prazo, para resolvê-lo. Bibliografia: [1]WAISELFISZ, Julio Jacobo. MAPA DA VIOLÊNCIA 2013, Acidentes de Trânsito e Motocicletas. Rio de Janeiro, 2013

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 670

TÍTULO DO TRABALHO: Acidentes de transporte terrestre na cidade de São Paulo.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ELIAS JIRJOSS ILIAS1; CINTIA LECI RODRIGUES2; CYNTIA MARIA DE FREITAS ALVES3; PATRICIA COLOMBO DE SOUZA2; CARLOS GÓRIOS4; ADRIANA NATUCCI HETTE5; RODRIGO GUILHERME VAROTTI PEREIRA5. 1. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE NOVA IGUAÇU, ITAPERUNA - RJ - BRASIL; 4. CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 5. FACULDADE DAS AMÉRICAS, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: analisar as internações hospitalares por acidentes de transporte terrestre na cidade de São Paulo.Métodos: Trata-se de estudo retrospectivo, do tipo transversal. A amostra foi constituída por 9.575 pacientes internados em hospitais do Sistema Único de Saúde por acidentes de transporte terrestre, durante o período de janeiro a dezembro de 2014. Os acidentes foram analisados por categorias: atropelamento de pedestres, ciclista traumatizado em acidentes de transporte, motociclista traumatizado em acidentes de transporte e ocupantes de veículo. As variáveis estudadas foram: idade (em anos), sexo, diagnóstico de lesão, procedimento realizado, permanência hospitalar.Resultados: As internações por acidentes de transporte, principalmente na população jovem e do sexo masculino. Sendo 53,3% acidentes com motociclistas, 28,3% atropelamento de pedestres, 9% ocupante de veículos e 4,8% acidentes com ciclistas. Entre os atropelamentos de pedestres os principais diagnósticos de lesão foram: fratura da perna incluindo tornozelo e traumatismo intracraniano. No que tange os acidentes com motocicleta, encontra-se a fratura da perna incluindo tornozelo e fratura do fêmur. Os motociclistas sãos os que mais requerem tempo de internação hospitalar (8-14 dias). Os procedimentos realizados avaliados foram tratamento cirúrgico em politraumatizado, tratamento cirúrgico de fratura da diáfise do fêmur, tratamento cirúrgico de fratura da patela por fixação interna, tratamento cirúrgico de fratura do calcâneo.Conclusão: As atividades de transporte constituem um importante determinante de saúde, pelo expressivo número de hospitalizações entre jovens do sexo masculino. Destacam-se como o principal acidente de transportes, os envolvendo motocicletas. Referências: 1. Andrade SSCA, Mello-Jorge MHP. Mortalidade e anos potenciais de vida perdidos por acidentes de transporte no Brasil, 2013. Rev. Saúde Pública. 2016; 50:59.2. Andrade SSCA, Mello-Jorge MHP. Estimativa de sequelas físicas em vítimas de acidentes de transporte terrestre internadas em hospitais do Sistema Único de Saúde. Rev. bras. epidemiol. 2016; 19 (1): 100-111.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2996

TÍTULO DO TRABALHO: ACIDENTES ENVOLVENDO MOTOCICLISTAS: ANÁLISE DA GRAVIDADE CONFORME MECANISMOS DE TRAUMAS.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FERNANDO ANTONIO MARTINS BERMUDES; TIAGO MARQUES SOARES; JOÃO GUILHERME RIBEIRO JORDÃO SASSO; GUSTAVO PEIXOTO SOARES MIGUEL; FERNANDO TORRES BERMUDES; FERNANDA ALVES BOY. HOSPITAL ESTADUAL DR. JAYME SANTOS NEVES, VITÓRIA - ES - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoOs acidentes com motocicletas são responsáveis por cerca de 13.000 mortos e 50.000 feridos graves por ano, tornando-os um grave problema de saúde pública.ObjetivoAnalisar a gravidade do trauma em motociclistas envolvidos em acidentes de trânsito conforme os mecanismos de trauma: colisão e queda.MétodoEstudo de abordagem quantitativa e mista com análise retrospectiva de prontuários, de acidentados entre 01/01/2014 e 21/03/2014 que foram divididos em grupo Queda e grupo Colisão. Contemplaram-se variáveis sociodemográficas, mecanismo do trauma, exames e tratamentos. A gravidade do trauma foi avaliada por: Escala de Coma de Glasgow, RTS, AIS, ISS e TRISS. A análise estatística contou com testes t de student, Qui-quadrado, ANOVA e Fischer, considerando p ResultadosDos 375 acidentados, 62,4% sofreram queda. O grupo colisão apresentou, com significância estatística, maiores médias de idade (32,5 ± 11,3 vs. 29,6 ± 9,6), do ISS (5,6 ± 8,4 vs. 3,1 ± 4,5) e menor do TRISS (0,96 ± 0,14 vs. 0,99 ± 0,01); mais internações hospitalares (28,7% vs. 16,18%) e realização de cirurgias (19,15% vs. 11,11%), recebeu mais atendimento pré-hospitalar (79,84% vs. 49%), maior incidência de TCE grave (5,43% vs. 1,54%), de lesão anatômica grave (21,58% vs. 9,13%), e mais procedimentos em via aérea (4,96% vs. 1,28%) e em circulação (14,89% vs. 5,98%).ConclusãoO Grupo Colisão apresentou maior gravidade conforme escores de trauma, mais internação hospitalar e procedimentos na abordagem das vias aéreas e de circulação.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1856

TÍTULO DO TRABALHO: AMPLIAÇÃO DO ARCABOUÇO TORÁCICO PÓS TRAUMA TORÁCICO GRAVE FECHADO COM RESTRIÇÃO PULMONAR UNILATERAL

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MONIQUE DE OLIVEIRA CERANTO1; MARCOS JOSÉ TARASIEWICH2; NATHALIA DE OLIVEIRA WESTPHALEN3; HENRIQUE MITSU MATSUDA2; VIVIANE SOARES ORTIZ3; OTÁVIO GOULART FAN2. 1. UNOESTE, PRESIDENTE PRUDENTE - SP - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, LONDRINA - PR - BRASIL; 3. PUCPR CAMPUS LONDRINA, LONDRINA - PR - BRASIL.

RESUMO:
O trauma torácico resultante de acidentes automobilísticos e laborais, tem aumentado devido a maior potência dos equipamentos. As fraturas costais são comuns, levando a complicações respiratórias, maior tempo de internação e reabilitação. O tratamento convencional é clínico, mas se bem indicado, o cirúrgico pode ser mais efetivo em alguns casos. Paciente vítima de atropelamento por trator apresentou traumatismo torácico grave, com fraturas costais múltiplas e escalonadas, e contusão pulmonar. No hospital referência foi tratado de forma clínica, associando ventilação mecânica, reposição de fluidos, analgesia e sedação. Apresentou choque séptico por foco pulmonar e foi tratado com antibióticos, evoluindo com desconforto respiratório, dor severa, e deformidade da parede torácica à esquerda com redução do tamanho pulmonar observado em estudo de imagens. Foi evidenciado presença de coágulos intrapleurais, contusão pulmonar residual, e laceração pulmonar com fragmento ósseo no parênquima pulmonar. Optado por toracotomia exploradora póstero-lateral esquerda, com realização de coagulectomia, segmentectomia não-anatômica e sutura do segmento lesionado no lobo superior esquerdo. Extraídos os fragmentos ósseos do interior do parênquima pulmonar com lavagem da cavidade, foi proposta ampliação do arcabouço torácico a esquerda associada ao tratamento das fraturas. Para este fim, utilizou-se de placas de aço inox fixadas com parafusos nas extremidades dos arcos costais seguido de pequenas costectomias para retirada de espículas ósseas, e posicionamento de patch de feltro para proteção do pulmão sob os arcos costais fixados. O tamanho da cavidade ampliada foi satisfatório, o que permitiu a limpeza da pleura, revisão de hemostasia e aerostasia, seguido de colocação de dreno anterior e posteriormente, finalizando com síntese da parede torácica. O paciente evoluiu com melhora do padrão respiratório e diminuição da dor, motivando alta hospitalar com acompanham ento ambulatorial. Nos retornos, apresentou-se oligossintomatico e com condiç?es de retomar suas atividades. Embora muitos autores proponham o tratamento cirúrgico em casos de fraturas múltiplas com instabilidade torácica, existe grande dificuldade em padronizar as indicações desta conduta. No caso apresentado, a opção feita foi pelo tratamento cirúrgico, o qual mostrou-se eficaz a medida que permitiu recuperação do paciente e antecipação da alta hospitalar, associado a mínimas complicações e seqüelas.

CODIGO DO TRABALHO: 1103

TÍTULO DO TRABALHO: ANÁLISE DA MORTALIDADE EM PACIENTES SUBMETIDOS À LAPAROTOMIA APÓS TRAUMA ABDOMINAL EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JURANDIR MARCONDES RIBAS FILHO1; RAQUEL JARDIM DE MELO2; FERNANDA CRISTINA MARTINS FIGUEIREDO1; ÁLVARO STECKERT FILHO1; SIMONE DE ALMEIDA STOCCO DA SILVA2; ANDRESSA DE SOUZA BERTOLDI2; ANA CAROLINA NICARETA SANTOS2; HELOISA IACOMO VIEIRA2. 1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO DE CURITIBA, CURITIBA - PR - BRASIL; 2. FACULDADE EVANGÉLICA DO PARANÁ, CURITIBA - PR - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Este estudo visa analisar possíveis fatores relacionados ao maior ou menor risco de mortalidade, dentro do contexto do trauma abdominal de abordagem cirúrgica.Metodologia: Trata-se de um estudo transversal quantitativo, retrospectivo e analítico, de revisão de 201 prontuários de pacientes submetidos a laparotomia exploradora por trauma abdominal admitidos no Serviço de Cirurgia do Trauma do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba (HUEC) entre janeiro de 2011 e dezembro de 2016, com apreciação e aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Humanos da Sociedade Beneficente Evangélica (Parecer Número 1.715.221).Casuística: A amostra foi dividida em grupo 1: pacientes que foram a óbito durante a internação (31); e grupo 2: pacientes que permaneciam vivos até a alta (171).Resultados: O sexo masculino foi predominante (87,3%), com idade média de 31 anos, e mortalidade global de 15%. Não houve diferença na distribuição etária entre os indivíduos. O trauma abdominal aberto foi mais frequente (75%) com 15% de óbitos sendo que no detalhamento deste mecanismo os pacientes foram a óbito mais devido a ferimentos por arma de fogo do que de arma branca (p=0,015). As laparotomias indicadas devido à instabilidade hemodinâmica representaram 58% no grupo 1 e 16% no grupo 2, com diferença estatística significante. Em ambos os grupos foram mais frequentes as lesões em intestino delgado (42% grupo 1 e 31% grupo 2) e fígado (32% grupo 1 e 25% grupo 2). As lesões renais; porém, foram mais frequentes no 1 (29%) do que no 2 (9%). O acometimento de órgãos ocos foi mais frequente no grupo de óbitos (65% vesus 48% no grupo 2). Pacientes que necessitaram de toracostomia para tratamento de lesões torácicas associadas, foram mais frequentes no grupo 1, com 46% versus 28% (p=0,033). Da mesma forma, os pacientes que apresentaram envolvimento de estruturas vasculares foram a óbito em maior quantidade quando comparado aos pacientes que não apresentavam tais lesões, com diferença estatística significante.Conclusão: No presente estudo, foram identificados como dados estatisticamente significantes no grupo de pacientes que evoluíram para óbito: ferimento por arma de fogo, instabilidade hemodinâmica, toracostomia, comprometimento de vísceras ocas e de estruturas vasculares. Não se mostraram significativos as variáveis sexo, idade e mecanismo de trauma (aberto ou fechado).

CODIGO DO TRABALHO: 345

TÍTULO DO TRABALHO: ANÁLISE DA PRESENÇA DE TRAUMA SISTÊMICO ASSOCIADO AO TCE EM PACIENTES ADMITIDOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL DE URGÊNCIA DO NORDESTE BRASILEIRO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCOS RAYONE DE FREITAS1; SANRRANGERS SALES SILVA1; LUIZ EURIPEDES ALMONDES SANTANA LEMOS1; JAINE DE OLIVEIRA E SILVA1; WANESSA RODRIGUES NASCIMENTO1; DIEGO ANDERSON BORGES DOS REIS1; ARIOSTO RODRIGUES RIBEIRO FILHO1; ANDERSON RICARDO SANSÃO DE ALMEIDA2. 1. UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUI, TERESINA - PI - BRASIL; 2. CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI, TERESINA - PI - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVO: Identificar a prevalência de trauma sistêmico associado a vítimas de Traumatismo Cranioencefálico (TCE) internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital de Urgências de Teresina-PI (HUT), bem como determinar seu impacto na letalidade intra-hospitalar. METODOLOGIA: Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo cuja amostra incluiu os pacientes com TCE admitidos na UTI do HUT, no período de janeiro a dezembro de 2016. Análise estatística foi realizada através de análise univariada por regressão logística considerando óbito intra-hospitalar como variável dependente e a presença de trauma associado como variável independente. Considerou-se valor de ?p? menor que 5% para descartar hipótese nula e intervalo de confiança de 95%. RESULTADOS: A amostra abrangeu 87 pacientes vítimas de TCE com média de idade de 28,93 ± 12,72 anos e predominância do gênero masculino (88,5%). Na pesquisa, 59,8% dos pacientes apresentaram trauma sistêmico associado ao TCE. Destes, 35 (40,2%) não apresentavam qualquer trauma sistêmico associado ao TCE. 24 pacientes apresentavam Trauma torácico (27,6%), dos quais 10 foram necessitaram de cirurgia. Um paciente apresentou trauma abdominal associado. 11 pacientes (12,6%) apresentaram associação com trauma musculoesquelético, dos quais seis foram operados. 11 pacientes (12,6%) apresentaram múltiplos traumas, em mais de um segmento corpóreo, associados ao TCE. Seis pacientes apresentaram traumas em outros segmentos. Na análise univariada inicial, não houve correlação significativa de óbito intra-hospitalar com trauma sistêmico associado (p=0,373). CONCLUSÃO: Identificou-se elevada taxa de trauma sistêmico associado ao TCE. Houve predominância de trauma torácico, seguido de musculoesquelético. Em análise univariada, não houve significância estatística entre trauma sistêmico e óbito das vitimas de TCE.
BIBLIOGRAFIA:1)Lopes RD, Costa PP, Carvalho FT. Perfil Epidemiológico dos pacientes acometidos por Trauma Cranioencefálico assistidos em um hospital público de Teresina. RevBrasNeuroPsiq, 2013 7(3):80-90.2)Maia BM, Paula FRP, Cotta GD, Cota MAL, Público PG, Oliveira H, Oliveira TA. Perfil Clínico-Epidemiológico das Ocorrências de Trauma Cranioencefálico. RevNeurocienc. 2013; 21(1):43-52.3)Dantas IEF, Oliveira TT, Machado Neto CD. Epidemiologia do traumatismo cranioencefálico (TCE) no nordeste no ano de 2012. REBES. 2014; 4(1):18-23.

CODIGO DO TRABALHO: 1852

TÍTULO DO TRABALHO: ANÁLISE DAS COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS E MORTALIDADE APÓS TRAUMA ESPLÊNICO CONTUSO. EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL GERAL DA GRANDE FLORIANÓPOLIS.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LETÍCIA MATTIELLO1; MARCOS TULIO SILVA1; ANDRÉ LUIZ PARIZI MELLO1; THAIS LINS SOARES LEITE2. 1. HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ DR HOMERO DE MIRANDA GOMES, SÃO JOSÉ - SC - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA, PALHOÇA - SC - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O Tratamento Não Operatório no trauma esplênico contuso está bem instituído para lesões de I, II e III graus, porém o tratamento de lesões de alto grau ainda possui controvérsias. O objetivo do presente estudo foi avaliar as complicações pós-operatórias e a sobrevida, de acordo com a modalidade de tratamento realizado, além do perfil dos pacientes e mecanismo do trauma. Métodos: Todos os pacientes vítimas de trauma esplênico contuso atendidos na emergência do Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes, no período de Junho/2014 e Julho/2015 foram acompanhados prospectivamente durante o período de internação e avaliados quanto ao mecanismo do trauma, lesões associadas, grau das lesões, tratamento realizado, complicações, tempo de internação e mortalidade. Resultados: Vinte e quatro pacientes foram incluídos no estudo. A média de idade foi de 33 anos, em sua maioria homens (70.8%). Os mecanismos de trauma mais frequentes foram colisões envolvendo motocicletas (54,16%), seguidos de quedas de nível (20,8%). A maioria dos pacientes apresentou lesões de graus IV e V (54,2%) e a maioria dos pacientes também apresentou lesões associadas, dentre as quais, a mais freqüente, foi o trauma torácico (52,6%). As complicações foram divididas em clínicas e pós-operatórias, sendo que a taxa de complicações global foi de 41,7%. Conclusão: A taxa de complicações foi semelhante entre os pacientes submetidos a tratamento conservador ou tratamento cirúrgico, assim como a mortalidade. A presença de lesões associadas e sepse têm um importante impacto na evolução desses pacientes.

CODIGO DO TRABALHO: 2719

TÍTULO DO TRABALHO: Análise de óbitos em acidentes com motociclistas em Cuiabá nos 2004 a 2014: estudo epidemiológico.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANDRÉIA RENATA DE ANDRADE1; AMANDA SANTANA ARAÚJO2; JOSÉ NEVES1. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO, CUIABA - MT - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO, CUIABÁ - MT - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: De acordo com uma lista divulgada pelo Batalhão de Transito Urbano e Rodoviário de Mato Grosso, apenas no primeiro trimestre de 2012, foram feitas 1.688 notificações a motociclistas por dirigir veículo sem possuir a Carteira Nacional de Habilitação. Esse dado reflete no grande número de acidentes que ocorrem na capital do MT, que quando não resulta em óbito, ocupa grande número de leitos em hospitais devido à vulnerabilidade do motociclista na hora do acidente.Objetivo:Demonstrar a epidemiologia dos acidentes de transporte envolvendo motociclistas que foram a óbito, nos anos de 2004 a 2014, por faixa etária e sexo.Método:Estudo epidemiológico descritivo,cujos dados foram obtidos por meio de consulta às seguintes bases de dados: SEMOB (Secretaria de Mobilidade Urbana), SIM (sistema de informação sobre Mortalidade), disponibilizados pelo Departamento de Informação do Sistema Único de Saúde (DATASUS).Resultados: Optou-se por consultar a fonte de informação DATASUS, por ser de fácil acesso e rápida para a obtenção de dados e informações em saúde, ainda pouco utilizada, e que está ao alcance de qualquer profissional ou pesquisador.Dados demonstram que no período estudado ocorreram 440 óbitos de motociclistas, na cidade de Cuiabá, desses, 382 foram no sexo masculino (86,81%). Observa-se que a maior faixa etária acometida é da população de 20 a 39 anos em ambos os sexos, sendo que a faixa etária de 20 a 29 anos, no sexo masculino, foi responsável por 175 óbitos no total (39,77%). Nota-se que os extremos de idade tem uma menor mortalidade, por esse tipo de acidente, com apenas 10 óbitos.Não foram analisados nesse estudo a presença ou ausência de equipamentos de proteção, assim como a análise dos tipos de traumas que resultaram em óbitos.Conclusão: Obteve-se um panorama epidemiológico da mortalidade de motociclistas, devido a acidente de transporte com motos em Cuiabá, nos indivíduos de faixa etária de 1 a 79 anos.Esses resultados podem ser uma ferramenta útil para os setores de saúde; para prevenção e melhor resposta no tratamento de pacientes traumatizados; e por fim, diminuir a mortalidade desse grupo.A Semob, esses dados, contribuem para programação de campanhas de prevenção de acidentes para esses condutores; e o Departamento de Polícia programar melhor a sua atuação na fiscalização.
BibliografiaBrasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS.Prefeitura de Cuiabá. Secretaria de Mobilidade Urbana.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2215

TÍTULO DO TRABALHO: Análise do atendimento inicial na Unidade de Suporte Avançado de Vida (SAV) no Hospital do Trabalhador (Curitiba-PR)

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PHILLIPE GERALDO T. DE ABREU REIS1; ADONIS NASR2; FLAVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASICH3; IWAN AUGUSTO COLLACO2; BRUNA ARCOVERDE ABBOTT4; JEAN RAITZ NOVAIS4; JESSICA ROMANELLI AMORIM DE SOUZA4; LUIS FERNANDO SPAGNUOLO BRUNELLO4. 1. HOSPITAL ERASTO GAERTNER, CURITIBA - PR - BRASIL; 2. HOSPITAL DO TRABALHADOR, CURITIBA - PR - BRASIL; 3. HC-UFPR, CURITIBA - PR - BRASIL; 4. UFPR, CURITIBA - PR - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: A Sala de Emergência, conhecida também como Unidade de Suporte Avançado de Vida (SAV), é essencial para o tratamento de suporte e manutenção para pacientes em cuidados intensivos. Realizamos este estudo para avaliar o perfil epidemiológico dos pacientes vítimas de trauma e avaliar o tratamento inicial destas vítimas no setor de emergência do Hospital do Trabalhador. Métodos: Foi realizado um estudo observacional descritivo prospectivo e não randomizado. Durante o período de Fevereiro a Maio de 2016, observou-se o tratamento inicial dos pacientes trazidos para a sala de SAV do Hospital do Trabalhador. Através de um protocolo de "check-list" um observador externo avaliou o atendimento aos pacientes. O profissional que prestou o serviço não sabia que estava sendo avaliado. A análise estatística foi realizada utilizando o teste t de Student para variáveis ??contínuas e o teste do qui-quadrado para as variáveis ??absolutas. Resultados: 104 atendimentos foram avaliados. A grande maioria dos pacientes era sexo masculino (68,3%). Em relação mecanismo de trauma, 86,5% foram vítimas de trauma fechado. Quanto a parte do corpo afetada: mais de metade apresentavam lesão de extremidades; seguido por 29% com Traumatismo Crânio Encefálico (TCE) ou Lesão no Pescoço; 18,3% com Traumatismo Torácico; 12,9% com Lesão traumática em Face; e, 10,8% com Traumatismo Abdominal. 97,1% dos pacientes não apresentaram alteração na escala de Glasgow. A pressão arterial sistólica em 90,4% dos pacientes era maior do que 89, e apenas 27,9% não tinham uma taxa respiratória entre 10 e 29. O atendimento inicial do paciente na sala de emergência foi realizado por estudantes medicina supervisionados em 79,8% dos casos, e por residentes supervisionados em 17,3%. Conclusão: A maioria das vitimas atendidas na sala de emergência era do sexo masculino. O mecanismo de trauma mais prevalente foi o contuso. A minoria dos pacientes tinha alteração do nível de consciência. O residente ou chefe avaliaram menos de 21% dos pacientes no atendimento inicial.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2928

TÍTULO DO TRABALHO: ANÁLISE DO BALÃO DE SANGSTAKEN-BLAKEMORE NAS LESÕES PENETRANTES DE FÍGADO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JÔNATAS WELLINGTON DA SILVA BEZERRA1; ADRIANO DIAS TRAJANO2; LUCAS DE PAULO ARAÚJO DE ALMEIDA3; LUÍVIA FRAGOSO DE BARROS4; RAQUEL UCHOA DOS ANJOS DE ALMEIDA3; MANUELA BARROS DOS SANTOS MOURA1; REUDO HELENO AMORIM PEREIRA FILHO4; CRISLANNY REGINA SANTOS DA SILVA3. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA TARCÍSIO DE MIRANDA BURITY, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 3. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 4. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVO: O objetivo desse trabalho é mostrar a utilização do balão de Sengstaken-Blakemore como medida de controle de danos no traumatismo hepático penetrante.MÉTODO: Foi realizada uma revisão sistemática utilizando as bases de dados Scopus, Science Citation Index Expanded, MEDLINE, PubMed, OneFile e Elsevier, com os seguintes descritores ?Penetrating Hepatic Trauma?, ?Sengstaken-Blakemore?, ?Damage Control Surgery?. Os critérios de inclusão foram os artigos publicados a partir de 2012 e que utilizaram o balão como meio temporário na contenção da hemorragia por trauma hepático penetrante.RESULTADOS: Foram selecionados quatro artigos que mostravam uma taxa de mortalidade por trauma hepático penetrante em torno de 60%. Com o uso do Balão de Sengstaken-Blakemore para contenção da hemorragia hepática, a mortalidade dos pacientes caiu pela metade, cerca de 30%, com um valor de "p? significativo, o que valida à técnica em questão. Não houve um período de tempo ideal para a permanência do balão intra-hepático. A maioria dos artigos mostrou que houve um controle hemostático eficiente como estratégia de controle de danos, até a segunda cirurgia ou reoperação definitiva.CONCLUSÕES: O trauma hepático penetrante configura-se como um grande desafio ao cirurgião de trauma. O uso do balão de Sengstaken-Blakemore é uma excelente alternativa e de baixo custo para contenção da hemorragia nas lesões transfixante de fígado. Apesar da utilização do balão ser um método seguro e eficiente deve ser respaldado com estudos adicionais.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1879

TÍTULO DO TRABALHO: Análise do perfil das laparotomias exploradoras secundárias ao trauma realizadas em um hospital público do Distrito Federal

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RAFAEL SABINO CAETANO COSTA; GUSTAVO ALVES ARAUJO FERREIRA; JUHAD EZZEDDINE ABDUL HAK; ANA CRISTINA PEIXOTO DOS SANTOS NEVES. HRC, BRASILIA - DF - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVO: Analisar o perfil das laparotomias exploradoras e seus pacientes, secundárias ao trauma, realizadas no Hospital Regional de Ceilândia no ano de 2016MÉTODOS: Análise dos prontuários de pacientes submetidos a laparotomia exploradora por trauma abdominal no período de 6 de janeiro de 2016 a 06 de dezembro do ano de 2017RESULTADOS: 91,5% dos pacientes são do sexo masculino, sendo a média de idade 29 anos. Os mecanismos de trauma analisados foram: Perfuração por Arma de Fogo (PAF), Perfuração por Arma Branca (PAB) e Trauma Abdominal Contuso, sendo o mecanismo mais prevalente a PAB com 52,5%, PAF com 36,25% e Contuso com 11,25%. Em uma análise global quanto aos mecanismos, o órgão mais lesado é o intestino delgado, encontrado em 21 casos do estudo. O índice de laparotomias não terapêuticas (brancas) foi de 16,25%, em sua maioria indicadas por PAB. As cirurgias tiveram em media 1 hora e 36 minutos, sendo o procedimento cirúrgico mais realizado a rafia de lesões seguido por enterectomia e nefrectomia. De todos os pacientes 14 (17,5%) foram submetidos à transfusão sanguínea no intraoperatório. A média de tempo de internação hospitalar foi de 9,6 dias.CONCLUSÃO: Os pacientes mais acometidos pelo trauma abdominal se encontravam na segunda década de vida, o mecanismo de lesão mais frequente foi a PAB, o órgão mais lesionado foi o intestino delgado, o tempo cirúrgico foi em media 1 hora e 36 minutos realizando-se comumente apenas rafia de lesões e a média de internação menor que 10 dias. Encontrada correlação positiva entre tepo cirúrigco e tempo de internação, e relação de significância entre tempo de internação e orgão lesado.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 719

TÍTULO DO TRABALHO: Análise dos fatores associados à gravidade da queimadura entre os pacientes queimados atendidos em um centro de referência privado de Florianópolis

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PAULA AZEVEDO DO NASCIMENTO1; MAURÍCIO JOSÉ LOPES PEREIMA2; DILMA FRANCISCO LEONARDI3. 1. UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA -UNISUL, FLORIANÓPOLIS - SC - BRASIL; 2. HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO - HIJG, FLORIANOPOLIS - SC - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA - UNISUL, FLORIANÓPOLIS - SC - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Queimadura é o termo que denota a doença traumática resultante da ação direta ou indireta de calor sobre o organismo. Diferenças nas características clinicas e sócio demográficas sugerem influência na gravidade da doença. Objetivo: Analisar os fatores associados às queimaduras entre os queimados atendidos em uma clínica de Florianópolis. Método: Estudo caso controle incluindo 185 pacientes que sofreram queimaduras entre agosto de 2015 e julho de 2016, sendo 68 do grupo caso e 117 do grupo controle. Foram divididos de acordo com a gravidade. Utilizou-se o software SPSS 20.0 para análise descritiva e bivariada e o teste de qui-quadrado de Pearson e exato de Fischer com nível de significância estatística pResultados: O sexo masculino foi o mais prevalente e adicionou OR de 1,8. A faixa etária mais representativa no grupo caso foi de 27-65 anos (53%) e a faixa de 21-26 anos demonstrou OR de 4,2 (p=0,028). Sólido aquecido se mostrou um fator de proteção (p=0,004) e queimadura por abrasão adicionou OR de 3,41 (p=0,026). As topografias mais atingidas foram: abdome (81%; p=0,001), braço(58,1%; p=0,001), coxa (64,3%; p=0,027), dorso (69,2%; p= 0,017), pernas (66,7%; pConclusão: Queimaduras graves são mais frequentes no sexo masculino. Ter entre 21-26 anos, queimadura por abrasão nas regiões: tórax, abdome, braço, coxa, pernas e dorso são fatores de risco. Trauma por sólido aquecido e em mãos são fatores de proteção

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2066

TÍTULO DO TRABALHO: Avaliação da mortalidade por acidentes automobilísticos no estado de Sergipe

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCUS FELIPE GONÇALVES FEITOSA1; SONIA OLIVEIRA LIMA2; YANNE VIANA SOUZA2; ANDRÉA CAMILLA LIMA SANTOS3; VINÍCIUS ALBERTO NASCIMENTO DE BRITO2; GABRIELA GOMES MOURA DE OLIVEIRA2; MÁRCIO COUTO GOMES4; MÁRCIO MAXI DE ARAÚJO LIMA4. 1. FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA, ARACAJU - SE - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE TIRADENTES, ARACAJU - SE - BRASIL; 3. HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA ISABEL, ARACAJU - SE - BRASIL; 4. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE, ARACAJU - SE - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), anualmente os acidentes de transporte terrestre são responsáveis pela morte de aproximadamente 1,2 milhão de pessoas e por causar ferimentos em outras 50 milhões em todo o mundo, tornando-se atualmente a 8ª causa global de óbitos e a 1ª na faixa etária entre 15 e 29 anos. Embora sejam mais seguros do que outros meios de transporte como as motocicletas e bicicletas, os automóveis também são frequentemente envolvidos em acidentes com mortes. O maior fator de risco para os ocupantes de veículos é o não uso do cinto de segurança. Este reduz a chance de óbito em passageiros nos bancos dianteiros em até 50% e em 75% nos traseiros. Objetivo: traçar o perfil demográfico e a análise espacial de mortalidade de ocupantes de automóveis vítimas de acidentes de trânsito no estado de Sergipe. Método: estudo ecológico, prospectivo, realizado mediante avaliação dos laudos cadavéricos, atestados de óbito e dos boletins de ocorrência no Instituto Médico Legal de Sergipe, no período de abril de 2014 a março de 2015. Resultados: ocorreram 512 óbitos por acidentes de trânsito, dos quais 86 (16,8%) envolveram condutores e passageiros de carros e caminhonetes. As colisões entre carros e caminhões (30,2%) e os capotamentos de carros (27,9%) foram os mecanismos de trauma mais frequentes. Na zona rural ocorreram 86% dos fatos e o dia da semana com maior prevalência dos eventos foi o domingo (31,4%). A noite foi período do dia com mais ocorrências (35,3%) e o tempo seco prevaleceu no momento dos acidentes. O Leste Sergipano apresentou a maior prevalência em números absolutos (53,4%). A principal causa mortis foi o traumatismo cranioencefálico (50%), seguido pelo choque hipovolêmico (17,4%). O gênero masculino (73,3%), a cor parda (76,7%), a faixa etária entre 20 e 29 anos (27,9%), os solteiros (54,7%), os que possuíam o ensino fundamental II (31,4%) e as ocupações de estudante (16,3%) e lavrador (15,1%) predominaram entre os óbitos. Conclusões: Em Sergipe, as vítimas fatais por acidentes automobilísticos foram, principalmente, indivíduos do gênero masculino, solteiros, em idade produtiva e ocorreram predominantemente na zona rural. O traumatismo cranioencefálico foi a principal causa de morte evolvida.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1170

TÍTULO DO TRABALHO: Complicação inusitada após PAF abdominal: Eliminação uretral espontânea de projétil não abordado

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LEONARDO DE MELLO RODRIGUEZ. HOSPITAL ESTADUAL ADÃO PEREIRA NUNES, DUQUE DE CAXIAS - RJ - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoO caso retrata um paciente vítima de PAF em região glútea; na laparotomia inicial não foi feita a retirada do projétil, evoluindo inusitadamente no pós-operatório com processo de expulsão uretral espontânea do projétil.Relato do CasoPaciente L.F.M, 21 anos, morador de Duque de Caxias-RJ, deu entrada no Centro de Trauma do HEAPN, vítima de PAF, com orifício de entrada em região glútea direita, sem orifício de saída. Paciente hemodinamicamente estável, tendo sido realizada TC de abdome e pelve que evidenciou líquido livre cavitário e projétil em posição retrovesical (Imagens 1 e 2). Submetido a laparotomia exploradora, com realização de enterorrafias e hemostasia de sangramentos do meso de delgado; projétil não encontrado. Evoluiu favoravelmente, tendo recebido alta hospitalar no 6º dia de pós-operatório. Retornou à Emergência com quadro de dor abdominal, febre, disúria, esforço urinário e hematúria, com leucograma de 21.000/mm3 e nova TC mostrando líquido livre cavitário, volumoso hematoma retroperitonial e projétil localizado na uretra peniana, próxima à extremidade do pênis (Imagens 3 e 4). Inspeção da fossa navicular peniana identificou e confirmou a presença do projétil (Imagem 5). Reinternado e novamente levado ao centro cirúrgico; após indução anestésica, realizada meatotomia uretral e retirada do projétil antes da laparotomia (Imagens 6 e 7). Laparotomia mostrou volumoso urinoma em cavidade abdominal, perfuração na parede posterior da bexiga e abaulamento do retroperitônio à direita durante o Cattel-Braasch. Realizados aspiração do urinoma, drenagem do retroperitônio e rafia da perfuração vesical. Cistografia intraoperatória confirmou fechamento vesical adequado (Imagem 8). Paciente evoluiu favoravelmente, tendo recebido alta hospitalar no 10º dia de pós-operatório.ConclusãoA laparotomia na abordagem clássica do PAF abdominal penetrante mantém-se como a conduta padrão, e a realização de Tomografias Computadorizadas seriadas, além da avaliação inicial das lesões e do diagnóstico das complicações pós-operatórias, permitiu neste caso a documentação de uma improvável e inusitada migração e eliminação do projétil, que não seriam identificadas de outra forma. A Tomografia permanece como o principal exame de imagem na propedêutica e condução do PAF abdominal penetrante.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1171

TÍTULO DO TRABALHO: Complicação inusitada após PAF abdominal: Eliminação uretral espontânea de projétil não abordado

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LEONARDO DE MELLO RODRIGUEZ. HOSPITAL ESTADUAL ADÃO PEREIRA NUNES, DUQUE DE CAXIAS - RJ - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoO caso retrata um paciente vítima de PAF em região glútea; na laparotomia inicial não foi feita a retirada do projétil, evoluindo inusitadamente no pós-operatório com processo de expulsão uretral espontânea do projétil.Relato do CasoPaciente L.F.M, 21 anos, morador de Duque de Caxias-RJ, deu entrada no Centro de Trauma do HEAPN, vítima de PAF, com orifício de entrada em região glútea direita, sem orifício de saída. Paciente hemodinamicamente estável, tendo sido realizada TC de abdome e pelve que evidenciou líquido livre cavitário e projétil em posição retrovesical (Imagens 1 e 2). Submetido a laparotomia exploradora, com realização de enterorrafias e hemostasia de sangramentos do meso de delgado; projétil não encontrado. Evoluiu favoravelmente, tendo recebido alta hospitalar no 6º dia de pós-operatório. Retornou à Emergência com quadro de dor abdominal, febre, disúria, esforço urinário e hematúria, com leucograma de 21.000/mm3 e nova TC mostrando líquido livre cavitário, volumoso hematoma retroperitonial e projétil localizado na uretra peniana, próxima à extremidade do pênis (Imagens 3 e 4). Inspeção da fossa navicular peniana identificou e confirmou a presença do projétil (Imagem 5). Reinternado e novamente levado ao centro cirúrgico; após indução anestésica, realizada meatotomia uretral e retirada do projétil antes da laparotomia (Imagens 6 e 7). Laparotomia mostrou volumoso urinoma em cavidade abdominal, perfuração na parede posterior da bexiga e abaulamento do retroperitônio à direita durante o Cattel-Braasch. Realizados aspiração do urinoma, drenagem do retroperitônio e rafia da perfuração vesical. Cistografia intraoperatória confirmou fechamento vesical adequado (Imagem 8). Paciente evoluiu favoravelmente, tendo recebido alta hospitalar no 10º dia de pós-operatório.ConclusãoA laparotomia na abordagem clássica do PAF abdominal penetrante mantém-se como a conduta padrão, e a realização de Tomografias Computadorizadas seriadas, além da avaliação inicial das lesões e do diagnóstico das complicações pós-operatórias, permitiu neste caso a documentação de uma improvável e inusitada migração e eliminação do projétil, que não seriam identificadas de outra forma. A Tomografia permanece como o principal exame de imagem na propedêutica e condução do PAF abdominal penetrante.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 694

TÍTULO DO TRABALHO: Comportamentos de risco no trânsito apresentados por vítimas de acidente de moto atendidas em setor de trauma em hospital no interior do Ceará.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MIKAELLE LOPES RODRIGUES1; LUCAS DE MOURA PORTELA1; WANESSA RIBEIRO DE OLIVEIRA1; KAROLINE KUSTER VALTER1; BEATRICE PONTE SOUZA1; EMANUEL DO NASCIMENTO SILVA1; ANTONIO ROMÉRIO LEITE DE MACÊDO1; ANTONIO AGOSTINHO MOURA2. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL, SOBRAL - CE - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, SOBRAL - CE - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Analisar a presença de possíveis comportamentos de risco referentes a hábitos no trânsito entre pacientes vítimas de acidente com motocicleta. Método: Estudo do tipo seccional, quantitativo e observacional abordando pacientes, vítimas de trauma decorrente de acidentes de moto, da Santa Casa de Misericórdia de Sobral. Foram analisadas as variáveis: sexo, faixa etária, posse de habilitação, utilização de equipamentos de proteção, abuso de álcool e reincidência de acidente nos últimos 12 meses. O período de coleta de dados foi de 30/12/2015 a 01/08/2016. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Vale do Acaraú. Resultados: A amostra foi composta de 141 pacientes, vítimas de acidentes de moto, onde predominou o sexo o masculino 78,7% (111). Já a distribuição etária revelou predominância entre as idades de 18 a 35 anos, somando 65,25% das internações, seguidos de a)36-55 anos: 36 (25,5%) b)>56 anos: 13 (9,2%). Acerca da posse de Habilitação (CNH) a maioria, 96 (68,1%) referiu não possuí-la. Quanto ao uso de equipamentos de proteção, boa parte referiu fazer uso de capacete 112 (79,4%), 5 relataram usar luvas (3,5%), 4 capacete e luvas (2,8%) e 10,6% (15) dos pacientes relataram não fazer uso de nenhum equipamento de proteção. 58 (41,1%) relataram levar excesso de passageiros em suas motocicletas. 19,1% (27 pacientes) estavam sob efeito de álcool na hora do acidente. 43,4% dos indivíduos que usavam capacete, o fazia de modo irregular: 14,7% usava a cinta sem prender e 28,7% mantinha sempre afivelada e pronta para colocar sem precisar de abrir. 41 pacientes (29,1%) relataram ter sofrido outro acidente de moto nos últimos 12 meses enquanto 96 (68%) não sofreram acidentes no período citado. Conclusões: Os valores encontrados referentes à frequência do sexo e à distribuição da faixa etária são condizentes com os valores encontrados na literatura, sendo, portanto, o sexo masculino e a faixa etária adulta (18 a 35 anos) predominantes. Observa-se na literatura grande correlação entre comportamentos de risco e ocorrência de acidentes automobilísticos, que foi reforçada pelos resultados encontrados no presente estudo. Bibliografia: SOUZA, Hercilia Najara Ferreira de. Representações de motociclistas sobre riscos e acidentes de trânsito, Belo Horizonte, Minas Gerais. 2015. 147 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) ? Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

CODIGO DO TRABALHO: 703

TÍTULO DO TRABALHO: CONTUSÃO MIOCÁRDICA DE UM ATLETA ? RELATO DE CASO DE PERDA DE CONSCIÊNCIA ASSOCIADA A TRAUMA TORÁCICO FECHADO EM UM JOGADOR PROFISSIONAL DE FUTEBOL

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FELIPE HAUPENTHAL1; ROGÉRIO DA SILVA LOGRADO JÚNIOR2. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR), CURITIBA - PR - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO (UFMA), SÃO LUÍS - MA - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Contusões miocárdicas por trauma torácico fechado estão entre os problemas mais importantes na prática civil, especialmente devido à crescente incidência de acidentes de trânsito. A lesão cardíaca contundente cobre o espectro de contusão e ruptura do miocárdio. As lesões de tórax em esportes de contato são relativamente raras, particularmente aquelas que apresentam risco de morte. Neste relato de caso, apresentamos um jogador profissional de futebol masculino de 26 anos que sofreu trauma torácico fechado com alterações eletrocardiográficas devido a lesão cardíaca.Relato do Caso: Um paciente de 26 anos de idade, jogador profissional de futebol, foi admitido no Departamento de Emergência do Hospital John Paul II, da Universidade Jagiellonian ? Cracóvia, Polônia, após colisão frontal com outro jogador seguida de perda momentânea da consciência durante um treino de futebol. O eletrocardiograma (ECG) da admissão mostrou bradicardia sinusal e elevações difusas do segmento ST nas derivações anterior e inferior. Os testes laboratoriais revelaram níveis elevados de creatinoquinase sérica (CK) e da sua atividade isoenzimática CK-MB, sem liberação significativa de troponina T de alta sensibilidade (hs-TnT). Outros registros eletrocardiográficos mostraram alterações dinâmicas nas derivações V1-V3, simulando a evolução do infarto do miocárdio com elevação do segmento ST. A elevação constante do segmento ST foi visível durante todo o período de monitorização, mas com níveis de Troponina negativos e sem alterações na Ressonância Magnética (MRI) e na angiotomografia coronariana. Os marcadores necróticos cardíacos rapidamente normalizaram-se durante a hospitalização. O paciente recebeu alta após 3 dias de observação com alterações eletrocardiográficas persistentes, sendo aconselhado a evitar atividades físicas. No seguimento de repouso o traço do ECG retornou à linha de base e o paciente não relatou sintomas, apresentando capacidade plena de esforço.Conclusão: A apresentação de sintomas não específicos e o mecanismo de trauma, com alterações eletrocardiográficas mas sem irregularidades em outros métodos diagnósticos, incluindo troponina, ecocardiografia e ressonância magnética, construíram a singularidade de nosso caso. Este é o primeiro relato de caso de um trauma torácico fechado com alterações isoladas do ECG e sem outros sinais de infarto do miocárdio em um jogador de futebol profissional.

CODIGO DO TRABALHO: 1178

TÍTULO DO TRABALHO: CORREÇÃO CIRÚRGICA DE PERFURAÇÃO ESOFÁGICA TRAUMÁTICA POR VÍDEO-TORACOSCOPIA: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BRUNO ROBERTO DA SILVA FERREIRA; FRANCISCO SOARES VELOSO NETO; ÍTALO EUGÊNIO SOUZA GADELHA DE ABREU; PLÍNIO HENRIQUE FERNANDES LEANDRO; HELADIO FEITOSA DE CASTRO FILHO; GOTARDO DUARTE DUMARESQ; FRANCISCO MARTINS NETO. IJF, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Os traumas penetrantes de tórax, principalmente as lesões por projéteis de arma de fogo, possuem grande potencial de injúria de estruturas do mediastino. A avaliação adequada desses pacientes, aliada a certo grau de suspeição do cirurgião, leva ao diagnóstico precoce. Relatamos o caso de paciente que apresentou perfuração esofágica traumática por projétil de arma de fogo corrigida por vídeo-toracoscopia. Relato de caso: Mulher, 22 anos, apresentou trauma torácico penetrante por projétil de arma de fogo com entrada em hemitórax direito (HTD), e saída em hemitórax esquerdo (HTE). Deu entrada no departamento de emergência do Instituto Dr. José Frota (IJF) apresentando dor torácica e dispnéia. Ao exame: estado geral regular, taquipnéica, taquicárdica e com murmúrio vesicular diminuído em HTD, associada a percussão maciça. Após avaliação inicial, foi submetida a toracostomia fechada sob selo d?água à direita por hemopneumotórax. Evoluiu bem após o procedimento. No segundo dia do pós-operatório, após início da dieta por via oral, foi flagrada saída de secreção mucóide pelo dreno, juntamente com restos alimentares, sendo aventada hipótese de lesão de trato digestivo. Realizada endoscopia digestiva alta que mostrou orifício de perfuração em esôfago distal logo acima da transição esofagogástrica. Após avaliação do serviço de cirurgia torácica do IJF, foi indicado procedimento cirúrgico. Paciente foi submetida a vídeo-toracoscopia à direita, sendo realizada decorticação pulmonar, abertura de mediastino posterior com saída de secreção purulenta e saliva, liberação do esôfago com visualização direta da lesão e bloqueio da lesão esofágica com patch de pleura parietal e musculatura intercostal. Deixada paciente com sonda nasoenteral. Paciente deixada em toracostomia fechada sob selo d?água. Após 7 dias de dieta por via oral zerada, foi realizado teste de azul de metileno, que foi negativo para fístula esofágica, sendo iniciada a dieta oral. Paciente evoluiu bem no pós-operatório, indo de alta. No seguimento ambulatorial, encontra-se assintomática e com ganho de peso. Conclusão: Os traumas torácicos por projéteis de arma de fogo transfixantes são um desafio para o cirurgião. Em algumas situações, mesmo com a avaliação clínica detalhada, lesões despercebidas acabam por complicar o prognóstico do paciente.

CODIGO DO TRABALHO: 1999

TÍTULO DO TRABALHO: DESAFIOS ENFRENTADOS PELAS EQUIPES DE SAUDE NO ATENDIMENTDO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM PACIENTES POLITRAUMATIZADOS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JADER TAVARES DE MENDONÇA FILHO; ANDRÉ LUIZ SANTOS DE MORAES; ISABELLE MARIA DE OLIVEIRA GOMES; MATHEUS OLIVEIRA FERREIRA; RURICK CHUMACERO VANDERLEI; JOÃO FELIPE DA LUZ NETO; GUSTAVO JOSÉ CARVALHO DE OLIVEIRA; LORENNA DE SOUSA FONTENELE. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
Objetivos: O presente trabalho tem como objetivo ressaltar os principais desafios encontrados pela equipe de saúde no atendimento do politraumatizado afim de delinear estratégias para melhora de tal atendimento e para diminuição da alta taxa de mortalidade em traumas. Material e Métodos: Este trabalho realizou uma revisão de publicações cientificas dos últimos dez anos sobre os desafios no atendimento intra- hospitalar de politraumatizados. A pesquisa foi feita por artigos obtidos nas bases Medline/PubMed e Scielo. Este é um estudo qualitativo do tipo revisão de literatura. Resultados e Discussão: O traumatismo é uma das principais causas de mortes no país. Um dos principais desafios enfrentados pela equipe de saúde no atendimento no politraumatizado é o volume considerável de ocorrências, muitas das quais não são urgentes e que poderiam ser atendidas em estruturas de menos complexidade, diminuindo a superlotação dos centros de urgência. A média da mortalidade de poli traumatizados que poderia ter sido evitada por melhor desempenho da equipe de saúde encontrada nos estudos foi de 10,7%. Além disso, as não conformidades entre ações de profissionais da saúde com diretrizes internacionais de atendimento mais comumente relatadas nas publicações foram sistema inadequado de atendimento ao traumatizado e erro na avaliação e tratamento. Alguns desses principais erros são: Percepção inadequada da gravidade da crise por parte do paciente e/ou médico; falta de reposição de potássio; demora ou não indicação de corticosteroides; uso de sedativos; falta de suplementação de oxigênio; alta precoce do pronto-socorro ou hospital; uso incorreto de medicações; entregar a receita sem o total entendimento do uso da medicação. Conclusão: É necessária maior atenção à qualificação dos profissionais de saúde, uma vez que é notável que o desempenho destes pode ser melhorado. Além disso, mais verbas devem ser destinadas a centros de tratamento de urgência e emergência, pois a espera ocasionada pela superlotação é muitas vezes fatal. Bibliografia: SALLUM, Ana Maria Calil; SANTOS, Jair Lício Ferreira dos; LIMA, Fernão Dias de. Nursing diagnoses in trauma victims with fatal outcomes in the emergency scenario. Revista latino-americana de enfermagem, v. 20, n. 1, p. 3-10, 2012.; CESTARI, Virna Ribeiro Feitosa et al. TECNOLOGIAS DO CUIDADO UTILIZADAS PELA ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE POLITRAUMATIZADO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA. Cogitare Enfermagem, v. 20, n. 4, 2015.

CODIGO DO TRABALHO: 3083

TÍTULO DO TRABALHO: Desluvamento traumático de dorso contribuindo para diagnóstico tardio de trauma duodenal

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RAPHAEL FLAVIO FACHINI CIPRIANI1; ANNATA TEIXEIRA DELLA COSTA2; FERNANDO ANTONIO C. SPENCER NETTO1; MELINA CAPRARO ALCANTARA1; MARILIA CARLA CAVEQUIA1. 1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ, CASCAVEL - PR - BRASIL; 2. HOSPITAL UNIVERSITARIO DO OESTE DO PARANÁ, CASCAVEL - PR - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOAs lesões duodenais contusas permanecem como um desafio para o cirurgião. O diagnóstico é realizado por tomografia computadorizada (TC) ou durante uma laparotomia exploradora. A morbimortalidade desses pacientes é elevada e o tratamento complexo.RELATO DE CASOPaciente feminina, 33 anos, vítima de atropelamento, admitida no PS de um centro de trauama intubada, em choque grau III e Glasgow 3. Apresentava fraturas fechadas em membros inferiores, escoriações em abdome e laceração em dorso, com grande desluvamento expondo vértebras. Após estabilização, realizou TC que demonstrou fratura de L1 e L2 e discreto pneumoretroperitôneo. Foi submetida a debridamento e sutura da lesão de dorso na sala de ressuscitação. Na UTI evoluiu com isquemia de membros inferiores e sepse. No 3º dia, foi submetida à amputação bilateral supragenicular. No 4º dia, teve piora clínica e laboratorial, sendo verificada a saída de secreção entérica pelo dorso. Foi realizada a laparotomia exploradora que identificou lesão de 2cm em parede posterior da terceira porção duodenal, que comunicava-se com a lesão em dorso. Optou-se por rafia primária e exclusão pilórica. Evoluiu com disfunção de múltiplos órgãos e óbito no sétimo dia de pós-operatório.CONCLUSÃONeste caso, a paciente apresentou retropneumoperitônio e líquido periduodenal na TC inicial, achados sugestivos de lesão duodenal. Porém, a grande lesão de partes moles serviu como fator de confusão, levando ao atraso no diagnóstico e tratamento. A localização retroperitonial do duodeno dificulta o diagnóstico precoce das lesões. O diagnóstico pode ser feito no intraoperatório ou pela TC de abdome. Na ausência de suspeita clínica, uma lesão pode passar despercebida. A laparotomia imediata é indicada apenas naqueles pacientes com sinais diretos, retropneumoperitônio e extravasamento de contrastre, sendo a conduta conservadora, com exane físico e TC seriada, um opção segura naqueles com hematoma duodenal ou líquido periduodenal. O trauma duodenal possui altas taxas de morbimortalidade. ISS (Injury Severity Score) elevado, hipotensão na admissão e tratamento com cirurgias mais complexas são alguns dos fatores relacionados a pior prognóstico. Todos estavam presentes no caso relatado. Esse relato corrobora a dificuldade no diagnóstico precoce na lesão duodenal. O sucesso do tratamento reside no alto grau de suspeição da lesão e no conhecimento das possibilidades de tratamento.

CODIGO DO TRABALHO: 2827

TÍTULO DO TRABALHO: É SEGURO REALIZAR APENAS RADIOGRAFIAS E FAST NO TRAUMA CONTUSO DE TRONCO?

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GIOVANNA TOMAZ MODA1; MAITE MAZIERO AFONSO1; JOAO KLEBER DE ALMEIDA GENTILE2; RENAN RODRIGUES TOLEDO3; MARIANA JOAQUIM NOVAES3; JONATHAN AUGUSTO VENCESLAU LIMA3; PAULA MENDONÇA TAGLIETTI2. 1. UNIVERSIDADE CIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL GERAL DE GUARULHOS, SAO PAULO - SP - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE CIDADE DE SÃO PAULO, SAO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: O trauma é a terceira causa de óbito mais comum no Brasil e a primeira quando se considera a faixa etária menor de 44 anos. Com a intenção de entender se os recursos mínimos de investigação são suficientes em comparação a exames complexos, decidiu-se avaliar até que ponto os exames radiológicos básico no atendimento do trauma (radiografia de tórax - RxT, radiografia de pelve RxP e o focused assessment with sonography in trauma - FAST) são efetivos para a abordagem no atendimento inicial do paciente traumatizado. Método: Foram estudados 48 pacientes vítimas de trauma abdominal fechado que, à admissão, foram submetidos RxT, RxP e FAST, baseado em dados de prontuário e exames, sem interferência do atendimento. Por não existir um protocolo específico sobre metodologia de imagem no atendimento inicial ao politraumatizado no HGG, não houve interferência na conduta do cirurgião. Resultados: Dos pacientes estudados, 68,7% apresentavam exames sem alterações aos métodos, onde 3 pacientes desse grupo apresentaram lesões graves. Os pacientes que apresentavam exames alterados correspondiam a 31,3%, pelo menos uma alteração nos métodos de imagem, deste grupo mais de 90% dos pacientes apresentaram lesões significativas diagnosticadas pelos próprios exames primários. O conjunto de exames para triagem inicial dos pacientes politraumatizado apresentou uma sensibilidade de 80% e uma especificidade de 90%, portanto, deixando claro que sua utilização como rastreio inicial para pacientes vítimas de trauma de tronco parece ser seguro. O valor preditivo positivo do teste foi de 80% e o valor preditivo negativo de 90% com uma prevalência de 31% no conjunto de exames iniciais. No estudo, o uso dos exames iniciais na avaliação primária associado ao exame físico foi capaz de diagnosticar todas as alterações, descartando lesões significativas de tronco. Dos pacientes falso-negativos, todos apresentaram alteração no exame físico, o que motivou a solicitação de TC suplementar confirmando o diagnóstico. Conclusão: O uso de radiografias e FAST associados ao exame físico seriado são uma opção de rastreio em pacientes vítimas de trauma de tronco com boa sensibilidade e especificidade, sendo uma opção confiável em centros de trauma. A TC deve ser utilizada em casos específicos e de forma seletiva, sendo a TC de corpo inteiro não indicada para uso de rotina como propedêutica de rastreio inicial em politraumatizado, sendo mais coerente com a saúde pública brasileira.

CODIGO DO TRABALHO: 2886

TÍTULO DO TRABALHO: EDUCAÇÃO DO FAST EXAME COMO FERRAMENTA AVALIADORA DE TRAUMA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: YOHANA OLIVEIRA DE BARROS1; ANNE KAROLLINE MENDES DA SILVA2; BIANKA MARTINS DA SILVA NASCIMENTO2; RAQUEL PINTO LINS SODRÉ1; RUY FORMIGA BARROS NETO2; SALOMÃO NATHAN LEITE RAMALHO3; THASSIANY SARMENTO OLIVEIRA DE ALMEIDA4; THAYNARA SARMENTO OLIVEIRA DA ALMEIDA2. 1. DISCENTE DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA (FAMENE), JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. DISCENTE DO CURDO DE MEDICINA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA (UNIPÊ), JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 3. DISCENTE DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE MEDICINA DO JUAZEIRO DO NORTE (FMJ), JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 4. DISCENTE DO CURSO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO (UFPE), JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVO: A finalidade do presente estudo consistiu em desenvolver uma revisão sobre a ultrassonografia para trauma com foco no protocolo FAST (Focused Assesment with Sonography for Trauma). Foram avaliadas as limitações, as controvérsias, os avanços relacionados e os aspectos técnicos da aquisição de imagem para o protocolo, bem como a educação a respeito do ultrassom. MÉTODO: Uma busca sistematizada da literatura foi conduzida nas seguintes bases de dados: MEDLINE-NLM, MEDLINE-EBSCO, Scopus da Elsevier, SciELO e Cochrane Library. Ensaios clínicos randomizados publicados no período de 2010 a 2016 e revisões sistemáticas com metanálise foram incluídos. RESULTADOS: Estudos relatam que o FAST não se restringe apenas à avaliação inicial dos pacientes estáveis ou instáveis que sofreram trauma, mas constitui uma ferramenta terapêutica e diagnóstica no seguimento dos mesmos. Destarte, dos artigos incluídos, nove apontaram que o exame FAST vem ganhando popularidade, pois é facilmente aprendido, prontamente acessível, portátil, por isso vem ganhando a adesão de um número crescente de médicos, que estão tornando-se confortáveis ??com a ecografia para atendimento em geral. Em muitas instituições, os protocolos que encorajam o uso do exame FAST resultaram em redução significativa da necessidade do uso de tomografia computadorizada (TC) em trauma, diminuindo assim os custos totais e a exposição à radiação. CONCLUSÃO: ?Melhor forma de aprender sobre FAST, bem como de ser capaz de atuar de forma proficiente, ainda não foi claramente definida. Porém, a coordenação do ensino de padrões de imagem básica de ultrassom e dos princípios fisiológicos associados podem melhorar a compreensão de conceitos chave e aumentar a retenção de longo prazo de conhecimento. A estrutura educacional das escolas médicas precisa ser alterada, pois o uso do protocolo certamente resultará em um impacto benéfico significativo sobre os pacientes traumatizados.

CODIGO DO TRABALHO: 1230

TÍTULO DO TRABALHO: EMBOLIA POR PROJÉTIL DE ARMA DE FOGO EM ARTÉRIA FEMORAL COMUM DIREITA: RELATO DE CASO.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BERNARD COSTA FAVACHO1; FERNANDA VEIGA GONÇALVES2; FELIPE AUGUSTO HAGE SOARES2; GABRIELA TRINDADE GÓES2; DANIEL CALDEIRA THOME2; RAISSA PEREIRA DE TOMMASO2; HÉLIO FERNANDO MACHADO SILVA2; ALEXANDRE ERNESTO POZZEBON MOURÃO2. 1. HOSPITAL OPHIR LOYOLA, BELEM - PA - BRASIL; 2. HOSPITAL OPHIR LOYOLA, BELÉM - PA - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A embolização de projétil de arma de fogo (PAF) na circulação sistêmica é uma apresentação rara e de difícil suspeição no atendimento inicial. Pode levar a complicações graves e diversas, a depender do local de alojamento do projétil. A maioria dos casos envolve sistema arterial, e mais freqüentemente os membros inferiores. RELATO DE CASO: Paciente masculino, 25 anos, deu entrada no pronto atendimento cirúrgico com história de ter sido vítima de ferimento por arma de fogo em ombro esquerdo, há 6 horas. Na admissão encontrava-se com vias aéreas pérvias, murmúrio vesicular presente bilateralmente, diminuído em ápice esquerdo, com enfisema de subcutâneo próximo ao ombro esquerdo, saturação de oxigênio de 98% em ar ambiente, hemodinamicamente estável, freqüência cardíaca de 115, abdome flácido, dor leve a palpação de região infra-umbilical a direita, descompressão brusca negativa. Apresentava orifício de entrada em ombro esquerdo, anteriormente, sem evidências de orifício de saída. Pulsos em membros superiores simétricos. Após atendimento inicial, paciente realizou radiografia de ombro, tórax, abdome e pelve, que evidenciaram alargamento do mediastino e projétil localizado em topografia de colo de fêmur. Realizado, então, tomografias de tórax, abdome e pelve, evidenciando líquido no saco pericárdico, hemotórax à esquerda e ausência de lesões de órgãos abdominais ou líquido livre intraperitoneal. Paciente encaminhado ao centro cirúrgico, sendo realizada inicialmente janela pericárdica, com saída de sangue de saco pericárdico e realizado toracotomia anterolateral esquerda. Evidenciado lesão transfixante em lobo superior de pulmão esquerdo e lesão puntiforme com sangramento ativo em átrio esquerdo. Realizado miocardiorrafia e drenagem pleural fechada a esquerda. Procedido laparotomia exploradora, sem evidência de lesões, porém observado sinais de isquemia em membro inferior direito. Acionado cirurgia vascular, com posterior exploração vascular de vasos femorais direitos e arteriotomia de artéria femoral comum direita com extração de projétil de arma de fogo (que havia impactado na bifurcação femoral ? sem lesão da íntima) e arteriorrafia. Paciente evoluiu bem no pós operatório, recebendo alta hospitalar sem seqüelas. CONCLUSÃO: Devido à raridade, a maioria dos relatos de embolização por projétil é constituída por descrições de casos únicos. O tratamento preconizado é a remoção do êmbolo por arteriotomia local, com inspeção visual da íntima.

CODIGO DO TRABALHO: 1048

TÍTULO DO TRABALHO: EMBOLIA VENOSA BALÍSTICA CENTRÍPETA NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE FERIMENTOS CARDÍACOS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GABRIELE CASTIGLIONI GAROZE1; THALES MENDES MIRANDA1; NATHALIA VILLARINS PEDROSA1; DIEGO BRUNO BRUNOU CAPILA1; JULIO CESAR BATISTA JUNIOR1; MARCOS PAVESI LOPES1; GUSTAVO PEIXOTO SOARES MIGUEL2. 1. HEJSN - HOSPITAL ESTADUAL DR JAYME DOS SANTOS NEVES, SERRA - ES - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO, VITÓRIA - ES - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO. Embolia balística é considerada um fenômeno incomum e com complicações severas. Diante da guerra civil estabelecida e do exorbitante número de vítimas de ferimentos por arma de fogo, sua ocorrência não deve ser negligenciada. Baixa energia cinética e projéteis de menor calibre podem levar ao acometimento do sistema arterial e em menor incidência o sistema venoso. A remoção cirúrgica é de relevância na presença de sintomas ou de eventuais complicações. Foi realizado estudo descritivo tipo relato de caso descrevendo um caso de embolia venosa balística centrípeta. RELATO DE CASO. Homem negro, 20 anos, admitido no Hospital Jayme dos Santos Neves, vítima de agressão por arma de fogo, estável. Orifício de entrada paravertebral à direita, sem orifício de saída. Fratura de L2 à tomografia e material metálico em mediastino na topografia do ventrículo direito. Laparotomia exploradora com janela pericárdica negativa e lesão de veia cava retrohepática, realizado reparo venoso. Posterior abordagem pela equipe de cirurgia torácica, sem identificação do projétil em pericárdio. Radioscopia com oscilação do corpo estranho juntamente com os batimentos cardíacos. Realizado atriotomia direita com extração do projétil localizado em ventrículo direito. CONCLUSÃO. A embolia balística é um fenômeno raro, carente de relatos na literatura e o cenário de embolia venosa balística centrípeta jamais descrito. O diagnóstico diferencial deve ser lembrado quando não há localização do orifício de saída e quando a posição do projétil, nos exames de imagem, é variante ou não condiz com a trajetória do disparo. O tratamento cirúrgico dos projéteis estabelecidos na região intra-cardíaca deve ser o mais precoce possível.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 920

TÍTULO DO TRABALHO: Êmbolo balístico em ramo da artéria pulmonar esquerda: um relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: WELLINGTON JOSE DOS SANTOS1; JORDANA LOPES COSTA2; LUCAS EVANGELISTA COREIA DA SILVA1; TIAGO VASCONCELLOS REZENDE1; VICTOR HUGO OLIVEIRA PONCIANO1; REINALDO NEVES JUNIOR1; VICTOR ALEXANDER FIALHO ROCHA2; JUVANIA FERNANDES BEZERRA DE OLIVEIRA1. 1. HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE SIQUEIRA (HUGOL), GOIANIA - GO - BRASIL; 2. PUC-GOIÁS, GOIANIA - GO - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: relatar um caso clínico de embalia em ramo de artéria pulmonar esquerda.Métodos: relato de caso baseado em revisão de prontuário correlacionado à literatura.Resultados: masculino, 27 anos, admitido no Hospital de Urgências Governador Otávio Lage Siqueira ? Goiânia ? GO, vítima de perfuração por projetil de arma de fogo em braço esquerdo, estável hemodinamicamente. À ectoscopia: orifício de entrada e área de chamuscamento em face ântero-lateral do braço esquerdo, sem orifício de saída. Pulsos radial/cubital, 4+, de boa amplitude ao Doppler contínuo. À tomografia computadorizada de tórax evidenciou-se e um projetil no mediastino médio à esquerda, póstero-lateral ao coração. Ausência de pneumotórax, hemotórax e derrame pericárdico. Sem alterações à broncoscopia e ao ecocardiograma. No segundo dia de internação foi encaminhado ao serviço de cirurgia vascular de outro hospital de referência para retirada endovascular do projetil alojado em mediastino médio.Conclusões: Ao atingir a parede de uma veia, o projetil pode entrar no coração direito como êmbolo e então chegar à árvore arterial pulmonar, parando, especialmente, em locais de ramificação. A maioria dos casos de embolia balística é sintomática e arterial, comumente acometendo a artéria femoral. Acredita-se que o projetil que perfurou o braço esquerdo, alcançou sua circulação venosa, câmaras cardíacas e migrou até um ramo da artéria pulmonar esquerda, tornando-se um êmbolo balístico, uma vez que não havia orifício de saída, projetil alojado no braço esquerdo ou sem evidências de transfixação torácica. Indica-se remoção cirúrgica de projetil alojado em ramo de artéria pulmonar quando há infarto ou abscesso pulmonar e erosão de brônquio, contudo optou-se pelo acompanhamento ambulatorial devido à ausência de repercussões clínicas. Nos casos de embalia relatados por Oliveira e Drumond, todos os pacientes evoluíram bem, assim como este paciente.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 654

TÍTULO DO TRABALHO: ESCORES PREDITORES DE HEMORRAGIA NA PRÁTICA CLÍNICA: QUAL A UTILIDADE?

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JENNYFER KELLEN LÁZARO DA ROCHA1; THALITA FRANÇA PAGELS1; GABRIELA DA SILVA ARAÚJO2; GILVANDRO DE ASSIS ABRANTES LEITE FILHO2; NAYYARA MARCIA FERREIRA CARREIRO1; ANNE KAROLLINE MENDES DA SILVA3; LUÍVIA FRAGOSO DE BARROS4; ADRIANO DIAS TRAJANO5. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 3. CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 4. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 5. COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA TARCÍSIO BURITY, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVOS:Os Protocolos de Transfusão Maciça (PTM), definida como a administração de grandes quantidades de sangue e produtos sanguíneos necessários para reanimação, podem utilizar vários sistemas de pontuação ou escores que expressam o risco para a necessidade desse tipo de transfusão. Embora muitos fatores preditores da necessidade de transfusão maciça (TM) tenham sido apresentados, não existe um método ou algoritmo universalmente aceito para identificar tais pacientes. O objetivo desse trabalho é avaliar a utilidade clínica e a validade dos atuais escores preditores de TM.MÉTODO:Foi realizada uma revisão sistemática utilizando as bases de dados Scopus, Science Citation Index Expanded, MEDLINE, PubMed, OneFile e Elsevier, através da plataforma de periódicos CAPES, com os seguintes descritores ?massive transfusion? e ?scoring systems?. A pesquisa foi realizada em dezembro de 2016. Não houve restrição de idioma na busca. Os critérios de inclusão foram: artigos publicados a partir de 2012, estudos primários com humanos, pacientes vítimas de trauma como população de interesse e a apresentação de ao menos 01 escore preditor de TM.RESULTADOS:Dos 39 artigos analisados foram selecionados quatro (10% do total). Todos os artigos selecionados foram de estudos retrospectivos do tipo coorte. Os escores presentes nos estudos foram: Assessment of Blood Consumption (ABC) score, Trauma Associated Severe Haemorrhage (TASH) score, Shock Index (SI), Traumatic Bleeding Severity Score (TBSS), Rainer score, Vandromme score, Larson, Schreiber e Emergency Transfusion Score (ETS). O total de pacientes envolvido foi de 36.553, sendo 87,8% vítimas de trauma contuso. A maioria dos pacientes foi do sexo masculino (73,1% do total), com idade média de 42,3 anos. A média do Injury Severity Score (ISS) foi de 24. Dos 422 pacientes (1,15% do total) que receberam TM, a mortalidade variou entre 9,4% e 30,6%. Em contrapartida, a mortalidade dos pacientes que não receberam TM foi de 0 a 9,7%. A sensibilidade dos escores foi de 34% a 73% e a especificidade variou de 65% a 96%.CONCLUSÕES:Em todas as amostras houve predomínio do sexo masculino e trauma contuso. Não há consenso quanto ao melhor escore a ser utilizado na prática clínica, devido à heterogeneidade tanto dos parâmetros avaliados quanto da amostra populacional em cada estudo. Faz-se necessária a realização de estudos multicêntricos e prospectivos que validem externamente os escores preditores de hemorragia na TM.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1208

TÍTULO DO TRABALHO: ESOFAGECTOMIA VÍDEO-TORACOSCÓPICA E TRANSPOSIÇÃO DE TUBO GÁSTRICO EM SUBSTITUIÇÃO ESOFÁGICA APÓS LESÃO TRAUMÁTICA COMPLEXA DE ESÔFAGO: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BRUNO ROBERTO DA SILVA FERREIRA1; ÍTALO EUGÊNIO SOUZA GADELHA DE ABREU2; ALYSSON AMARAL BARRETO2; VITOR TEIXEIRA HOLANDA2; FRANCISCO EDUARDO SIQUEIRA DA ROCHA2; RICARDO MONTEIRO DE SÁ BARRETO2; FRANCISCO MARTINS NETO2; JOSE HUYGENS PARENTE GARCIA2. 1. IJF-CE, FORTALEZA - CE - BRASIL; 2. IJF, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O tratamento das lesões traumáticas complexas de esôfago sempre é um desafio para o cirurgião. As condutas tomadas para o tratamento dessas afecções possuem impacto direto na sobrevida do paciente. Relatamos o caso de um paciente que apresentou lesão complexa do esôfago após impactação de corpo estranho, sendo necessário tratamento cirúrgico em várias etapas. Relato do caso: Sexo feminino, 19 anos, apresentou engasgo com corpo estranho (osso de galinha). Houve demora na procura por atendimento médico. Após 10 dias, evoluiu com disfagia importante, edema cervical e febre. Deu entrada no setor de emergência do Instituto Dr. José Frota, com a clínica relatada, sendo realizada endoscopia digestiva alta, que mostrou corpo estranho impactado a cerca de 20 cm da arcada dentária superior, obstruindo quase totalmente a luz do órgão, associada a perfuração esofágica e abscesso local. Foi submetida a cervicotomia exploradora esquerda, sendo realizado rafia do coto esofágico distal, esofagostomia do coto proximal e jejunostomia para via de alimentação temporária. Paciente evoluiu bem no pós-operatório. Após 6 meses, foi readmitida para se submeter a reconstituição do trânsito alimentar. Realizada inicialmente vídeo-toracoscopia com ressecção do esôfago torácico excluído. Em seguida, realizada laparotomia com confecção de tubo gástrico e passagem por via retroesternal. O procedimento foi finalizado com anastomose cervical entre o coto do esôfago proximal e o fundo gásrico. Realizado passagem de sonda nasoenteral para dieta precoce. No 7º dia de pós-operatório, foi realizado teste com azul de metileno, que foi negativo para fístula esofágica, sendo iniciada dieta por via oral. Paciente evoluiu sem complicações no pós-operatório. No seguimento, 30 e 60 dias após a cirurgia, paciente evoluiu bem e com ganho de peso. Conclusão: As lesões traumáticas de esôfago, principalmente as de diagnóstico tardio, possuem alto grau de morbidade e mortalidade. O diagnóstico dessas lesões é favorecido por uma boa avaliação clínica, além de um alto grau de suspeição, evitando seqüelas importantes para o paciente. A reconstrução do trânsito é complexa, devendo ser realizada em centros especializados.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 352

TÍTULO DO TRABALHO: ESPLENECTOMIA TOTAL SEGUIDA OU NÃO DE AUTOIMPLANTE DE BAÇO NO TRAUMA ESPLÊNICO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DANIEL LINHARES CARDOSO1; AMANDA LINHARES CARDOSO2. 1. UNIVERSIDADE DE FORTALEZA, FORTALEZA - CE - BRASIL; 2. UNICHRISTUS, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVO: Revisar evidências na literatura do autoimplante esplênico no trauma de baço. Expor benefícios da implantação do método. Correlacionar viabilidade e repercussões a longo prazo. MÉTODO: Revisão da literatura relacionando esplenectomia e autoimplante esplênico no trauma. Estudo transversal buscando dados nas bases: The Cochrane Library, MEDLINE, EMBASE e UpToDate. Revisou-se publicações de 1990 a 2016 em português e inglês, priorizando mais recentes e alto fator de impacto. Manejo das referências utilizou-se EndNoteX7. RESULTADOS: Trauma é causa mais comum de morte entre população economicamente ativa e menor de 45 anos. Trauma abdominal representa 10% dessa estatística. Baço é segundo órgão mais lesado, necessária cirurgia em 30% dos casos que o envolvem. Risco de apresentar sepse grave pós-esplenectomia é de 5%, pode ocorrer em qualquer período após remoção do baço e a taxa de mortalidade é >50%. Aproximadamente 25% dos pacientes asplênicos desenvolverá infecção grave. Único órgão capaz de eliminar antígenos não opsonizados da circulação. Agentes comumente responsáveis por infecções pós-esplenectomia são bactérias encapsuladas. Guidelines da Sociedade de Infecção Cirúrgica recomendam que pacientes submetidos à esplenectomia total recebam vacinação, essas não substituem a função esplênica e a maioria destes não as recebe porquê não são orientados. Alternativa para evitar consequências da esplenectomia total é autoimplante, principalmente no grande omento, devido sua rica vascularização e drenagem através do sistema porta, medida que requer 30% do tecido esplênico para prover completamente suas funções e 4 meses para realizá-las. Procedimento simples que carece cerca de 10 minutos desde preparo dos fragmentos até suturas no grande omento e que seja realizado em paciente estável hemodinamicamente. CONCLUSÕES: Autoimplante esplênico é procedimento simples e rápido cuja realização deve ser cogitada pois pode preservar funções do baço e evitar complicações relacionadas à esplenectomia total.BIBLIOGRAFIA:Coldwell, C. et al. (2011). Spleen conserving surgery versus splenectomy for injured patients with splenic trauma.Chiotoroiu, A. L. et al. (2014). Splenic implant assessment in trauma.Maung, A. A. et al. (2015). Management of splenic injury in the adult trauma patient.Kaplan, L. J. et al. (2016). Surgical Management of splenic injury in the adult trauma patient.Pasternack, M. S. (2016). Clinical features and management of sepsis in the asplenic patient.

CODIGO DO TRABALHO: 879

TÍTULO DO TRABALHO: Estudo descritivo dos atendimentos ao trauma de vítimas com ferimentos por projéteis de arma de fogo.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ELIAS JIRJOSS ILIAS1; GABRIELA KARABACHIAN TEBAR2; LUCAS VOLPATO CRIVELLARO3; CAROLINA CASARIN BROSCO2; RENATO SAVARIEGO PORTO2; ANA PAULA GIORDANO2; ANAÍDES MARQUES DO VALE COUGO2; CINTIA LECI RODRIGUES2. 1. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 3. PUC-SP CAMPUS SOCOROCABA, SOROCABA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Descrever o perfil das vítimas e das agressões por projétil de arma de fogo.Métodos: Trata-se de um estudo descritivo, na seleção das notificações, incluíram-se aquelas relativas à agressões por terceiros contra homens e mulheres, no ano de 2014 na cidade de São Paulo.Consideraram-se as variáveis: região da residência, faixa etária, sexo, local da ocorrência, horário da ocorrência, diagnóstico de lesão, raça/cor, escolaridade, evolução do caso.Empreendeu-se o estudo exclusivamente com dados de acesso público, de forma que não foi necessária a apreciação por comitê de ética em pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução do Conselho Nacional da Saúde (CNS 510/16).Resultados: No período analisado, ocorreram 555 atendimentos às vítimas por projétil de arma de fogo ocorridos na cidade de São Paulo.A região que mais apresentou notificação da agressão por projéteis de arma de fogo (PAF) foi a região leste (26,3%), seguido por: sul (18,0%), norte (13,7%), sudeste (12,4%), oeste (3,4%).Predominaram indivíduos do sexo masculino (83,8%), entre 15 e 29 anos de idade (54,6%). Os principais locais da ocorrência foram via pública (24,9%) e na residência da vítima (11,5%). Os dados referentes ao agressor em relação à vítima de ferimento por arma de fogo: ladrão ou assaltante (24,1%), desconhecidos devido a brigas (22,5%), familiares (11,5%). O horário da ocorrência foi predominante durante a noite e/ou madrugada (21,6%).Os principais diagnóstico de lesão foram: traumatismos da cabeça (23,6%) e traumatismos envolvendo múltiplas regiões do corpo (13,7%).No quesito raça/cor as vítimas de PAF: pardos (26,7%), brancos (24,7%), negro (6,8%). As vítimas também possuíam baixa escolaridade, menor que 7 anos de estudo (19,0%).Segundo os dados acerca da evolução do caso: 49,7% tiveram alta hospitalar imediata, 18,0% internação hospitalar, 11,7% foram a óbito. Conclusão: A vítima de arma de fogo é muito onerosa para o setor Saúde e para a sociedade, principalmente por serem jovens e do sexo masculino.Bibliografia: 1. Maciel PR, Souza MR, Rosso CFW. Estudo descritivo do perfil das vítimas com ferimentos por projéteis de arma de fogo e dos custos assistenciais em um hospital da Rede Viva Sentinela. Epidemiol. Serv. Saúde. 2016; 25 (3): 607-616.2. Trindade RFC, Costa FAMM, Silva PPAC, Caminiti GB, Santos CB. Mapa dos homicídios por arma de fogo: perfil das vítimas e das agressões. Rev. esc. enferm. USP. 2015; 49 (5): 748-755.

CODIGO DO TRABALHO: 1987

TÍTULO DO TRABALHO: EVISCERAÇÃO ESPLÊNICA TRAUMÁTICA ATRAVÉS DA PAREDE TORÁCICA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RODRIGO PORCIÚNCULA JACOBUCCI1; MARIO CARLOS FARIA RAFFAELLI2; ANA CELIA DINIZ C. BARBOSA ROMEO2. 1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS, SALVADOR - BA - BRASIL; 2. HOSPITAL DO SUBÚRBIO, SALVADOR - BA - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Relato de caso de paciente regulada de hospital primário para atendimento no serviço de cirurgia de trauma do Hospital do Subúrbio, vítima de queda sobre vaso sanitário, apresentando ferimento em região toracoabdominal esquerda com evisceração esplênica através da parede torácica.Relato de CasoPaciente feminina, 32 anos, sem passado cirúrgico, vítima de trauma cortocontuso em transição toracoabdominal à esquerda por ferimento devido à queda sobre vaso sanitário.Admitida no pronto-socorro da unidade oriunda de serviço primário no interior do estado e encaminhada para hospital terciário. Na admissão apresentava-se Glasgow 15; taquicárdica, taquipnéica, hipocorada, com presença de ferimento em transição toracoabdominal à esquerda de aproximadamente 20,0 cm apresentando evisceração esplênica e omento. Em uso de acesso venoso em membros superiores e sonda vesical com diurese clara. Associado apresentava lesões cortocontusas em região isquiática esquerda e de coxa direita de aproximadamente 4cm. Imediatamente conduzida ao centro cirúrgico.Ao inventário presença de fraturas do 9º, 10º e 11º arcos costais, duas lesões diafragmáticas de aproximadamente 5,0 cm e 8,0 cm com evisceração do conteúdo intra-abdominal, baço e omento. Baço com laceração de aproximadamente 4,0cm (AAST Grau III), sem sangramento ativo. Evidenciada ainda lesão pericárdica de aproximadamente 0,5cm de diâmetro. Pulmão esquerdo sem lesões. Reduzido conteúdo abdominal. Realizado reparo simples das lesões diafragmáticas e pericárdica. Realizada laparotomia para lavagem da cavidade abdominal e devido a sangramento esplênico não controlado realizada esplenectomia. Fez uso de 02 unidades de concentrado de hemácias, e noradrenalina em baixas doses.Foi extubada ainda no centro cirúrgico e encaminhada a unidade de tratamento intensivo já sem o uso de drogas vasoativas. Recebeu alta para unidade aberta na manhã seguinte, em boas condições clínicas. Retirado dreno torácico 3 dias após o trauma, recebendo alta hospitalar no quarto dia de internação.ConclusãoA maioria dos casos de evisceração encontrados no trauma são decorrentes de lesões penetrantes abdominais que geralmente requerem laparotomia. Há poucos relatos na literatura de eviscerações esplênicas, não encontrado nenhum relato de evisceração esplênica por ferimento torácico e diafragmático. Relatamos caso raro de evisceração esplênica através de parede torácica.

CODIGO DO TRABALHO: 2685

TÍTULO DO TRABALHO: EXPERIÊNCIA NO TRATAMENTO DE LESÕES ESPLÊNICAS TRAUMÁTICAS E SUAS COMPLICAÇÕES EM UM SERVIÇO DE URGÊNCIA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MATEUS QUARESMA MENDONÇA; LUCAS VIANA FAISANO; VICTOR HUGO OLIVEIRA PONCIANO; LEANDRO CAMPOS DONA; REINALDO NEVES JUNIOR. HUGOL, GOIANIA - GO - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVO: Relatar estatisticamente e de forma comparativa as lesões esplênicas traumaticas no serviço de cirurgia geral do Hospital de Urgências Otávio Lage de Siqueira-HUGOL, alem das opções terapêuticas utilizadas e suas principais complicações pós-operatoriasMÉTODOS: Análise dos prontuários médicos eletrônicos (MVPEP), exames laboratoriais e de imagem de 126 pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico de lesão esplênica traumática. Os quesitos avaliados foram: idade, tempo de internação hospitalar, mecanismo do trauma [fechado ou penetrante(arma de fogo ou arma branca)], grau da lesão esplênica segundo a ?Association for the Surgery of Trauma (AAST), numero de cirurgias abdominais, lesão de órgãos associados, indicação cirúrgica realizada por meio de exame fisico ou por exame de imagem, drenagem ou não da cavidade abdominal em loja esplenica, tipo de dreno utilizado e principais complicações pós-operatorias como: fistula pancreatica, abscesso intracavitario, hemorragia pós-operatoria, plaquetose e necessidade de reabordagensRESULTADOS:O trabalho visa relatar os 126 casos de lesão esplênica traumática que culminaram em tratamento cirurgico, admitidos durante o periodo de Julho de 2015 até Dezembro de 2016, alem de suas principais complicações pós-operatoriasDo ponto de vista estatistico, foi evidenciado maior acometimento entre os homens em relação às mulheres, além de uma faixa etaria media de 35 anos, periodo médio de internação de 12 diasDa totalidade, 95 foram causados por trauma abdominal fechado, 16 por trauma abdominal penetrante, sendo destes 11 causados por ferimento por arma de fogo (FAF) e 5 por ferimento por arma branca(FAB)1 paciente apresentou lesão esplenica grau I, 5 grau II, 24 grau III e 46 grau IV e 17 grau V segundo a AASTTodos pacientes foram submetidos a tratamento cirúrgico, sendo a esplenectomia total o procedimento de escolha na totalidade dos casos, dos quais 10 pacientes foram submetidos a reabordagens por complicações pós-operatorias. As complicações mais observadas foram: 8 casos de fistula pancreatica, 13 casos de abscesso intra-abdominal, 4 casos de hemorragia pós-operatoria, 4 casos de plaquetose, 12 casos de obito pós-cirurgia e 3 no intra-operatorioCONCLUSÃO: Concluimos que a lesão esplênica é uma das lesões mais comuns no trauma e seu grau de lesão é fundamental para definir a conduta terapeutica. Mesmo se demonstrando como um procedimento de curto periodo de internação este foi cercado de complicações pos-operatórias

CODIGO DO TRABALHO: 2695

TÍTULO DO TRABALHO: Exploração cirúrgica de tamponamento cardíaco tardio pós ferimento por arma branca: relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GUSTAVO HENRIQUE MENDES RIBEIRO MAIA1; ANDERSON RICARDO DOS S.CANÇADO2. 1. UFBA, SALVADOR - BA - BRASIL; 2. HGRS, SALVADOR - BA - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O tamponamento cardíaco penetrante tardio é uma condição rara, podendo ocorrer dias ou semanas após o trauma. Apresentamos um caso de paciente com tamponamento cardíaco tardio, que apresentou sintomas com 3 dias após o trauma penetrante inicial, com recorrência da patologia após 3 semanas.Relato do Caso: Paciente J.V.R. sexo masculino, 30 anos, admitido (26/10/2015) com história de três (3) ferimentos por arma branca (FAB), há dois (2) dias da admissão, em regiões precordial (2cm abaixo da fúrcula esternal), cervical esquerda e dorsal paravertebral (altura de T4) à direta. No dia do sinistro foi realizado sutura de laceração de pele e Rx de tórax, em uma outra unidade hospitalar, recebendo alta logo em seguida. Deu entrada com quadro de dispneia e hipotensão, associado a estase de jugulares. Realizou TC de pescoço e tórax sem contraste mostrando pequena quantidade de gás em permeio ao tecido subcutâneo na parede torácica anterior e derrame pericádico. Foi feito diagnóstico de tamponamento cardíaco sendo submetido a pericardiocentese de alívio com retirada de 40ml de líquido hemático.Realizou ecocardiograma (03/11/2015) mostrando mínimo derrame pericárdico (lateral) e sem anormalidades. Realizou nova TC de tórax (13/11/2015) mostrando volumoso derrame pericárdico, porém seguia estável hemodinamicamente.Após 22 dias do trauma (17/11/2015), paciente evoluiu com dispneia, dor torácica intensa, taquicardia (120 bmp), taquipnéia (38 ipm), estase de jugulares, abafamento de bulhas sem hipotensão (110 x 70 mmHg) e febre. Foi realizado punção pericárdica, sem sucesso, sendo então submetido a toracotomia esquerda com abertura do pericárdio e colocação de dreno torácico em selo d?água, após retirada de coágulos do espaço pericárdico.Permaneceu em unidade de terapia intensiva (UTI) por 3 dias e então transferido para a enfermaria. No 7º dia após toracotomia o dreno torácico foi retirado, recebendo alta hospitalar.Conclusão: Este caso demonstra a necessidade de um procedimento mais invasivo (janela pericárdica, toracotomia) para pacientes que evoluem tardiamente com nova tríade de Beck após uma pericardiocentese inicialmente bem sucedida.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1532

TÍTULO DO TRABALHO: EXPLOSÃO ISOLADA DE VESÍCULA BILIAR APÓS TRAUMA ABDOMINAL FECHADO: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: YASMIN BIONE DINIZ1; DEBORAH MACÊDO RIGONI PRANDINI1; NELSON ANTONIO PAES SANTOS JUNIOR2; MACÁRIO MARINHO DE AZEVEDO1; CAMILA MONTEIRO DA ROCHA1; OTÁVIO LIMA DE ARRUDA JÚNIOR1; NATÁLIA LUDMILA CANÊDO LOPES1; BRUNA MARTINS NEIVA BRINGEL1. 1. INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS, ARAGUAÍNA - TO - BRASIL; 2. HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAÍNA, ARAGUAÍNA - TO - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A ruptura isolada da vesícula biliar secundária a traumatismo abdominal fechado é rara. A apresentação clínica da lesão da vesícula biliar é variável, resultando em um atraso no diagnóstico e tratamento. O objetivo desse trabalho é relatar um caso de ruptura isolada da vesícula biliar devido a um trauma abdominal fechado.CASO CLÍNICO: FAG, sexo masculino, 27 anos, de origem parda, procedente de Darcinópolis-TO, foi admitido em unidade hospitalar após trauma motociclítico. O paciente chegou relatando de dor abdominal de forte intensidade (10+/10+) em hipocôndrio esquerdo. Ao exame paciente lúcido e orientado em tempo e espaço, em regular estado geral, palidez cutaneomucosa (1+ / 4+), anictérico e acianótico, apresentando pupilas isocóricas e fotoreagentes, pontuação máxima na escala de coma de gasglow e presença de hálito etílico. Abdome apresentava características de defesa abdominal, dor à palpação em Hipocôndrio esquerdo, ausência de dor à descompressão súbita. Foi solicitado exames laboratoriais e FAST (Focused Assesment with Sonography for Trauma). O primeiro revelou uma leucocitose com desvio à esquerda, sem demais alterações. Já o FAST evidenciou considerável volume líquido livre na cavidade peritoneal e interrogou lesão esplênica traumática devido à alteração no padrão ecotextual do baço. Logo em seguida vou indicada a Laparotomia Exploradora, que para surpresa dos cirurgiões ao realizar o inventário da cavidade verificou-se líquido bilioso em grande quantidade e lesão em vesícula biliar de aproximadamente 02 cm de diâmetro em fundo, sem evidência de outras lesões. Foi então realizada a colecistectoma associada a limpeza exaustiva de cavidade. Durante pós operatório imediato evolui com dor abdominal intensa que persistiu por dois dias, foi realizado tomografia de controle que não evidenciou nenhuma alteração. No 5º dia de pós operatório paciente vai de alta sem queixas e sem intercorrências em excelente estado geral.CONCLUSÃO: Colecistectomia é o tratamento recomendado para ruptura da vesícula biliar e laceração extensa. O tratamento do traumatismo fechado da vesícula depende da gravidade global das lesões detectadas, da precocidade do diagnóstico e pode variar entre a vigilância expectante e a colecistectomia convencional clássica, associada eventualmente a outros procedimentos. Felizmente, o paciente foi rapidamente diagnosticado e teve o tratamento adequado.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2848

TÍTULO DO TRABALHO: FERIMENTO ABDOMINAL PENETRANTE CAUSADO PELA CARCAÇA DO CARTUCHO DE ARMA DE FOGO EM TIRO QUE SAIU PELA CULATRA.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FERNANDO ANTONIO MARTINS BERMUDES1; GRAZIELLY COSER DE ASSIS1; TAIANE RANGEL DE AQUINO1; PANDRELI TESTA SANTORIO1; FERNANDO TORRES BERMUDES2; JUDÁ CÂMARA BARCELLOS2; IZABELLA FRONTINO AMBROZIM1. 1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO MORAES - UFES, VITÓRIA - ES - BRASIL; 2. HOSPITAL ESTADUAL DR JAYME SANTOS NEVES, VITÓRIA - ES - BRASIL.

RESUMO:
Ferimento abdominal causado por projetil de arma de fogo é a segunda causa de atendimento em pronto socorro. A unidade de alimentação da arma de fogo é o cartucho, composto por um estojo (cápsula ou carcaça), propelente, projetil e espoleta. A porção do cartucho que transfixa o alvo é o projetil que é responsável pelas lesões encontradas em pacientes vítimas de armas de fogo. Já a carcaça compreende a porção que armazena a pólvora e que é ejetada de armas semiautomáticas ao disparo. Encontrar lesões traumáticas causadas por outros componentes do cartucho, que não o projetil são incomuns e relatos dessa natureza são muito raros na literatura. Descrevemos um caso com este padrão de lesão porem com ferimento abdominal e ainda, por tiro que saiu pela culatra. Ambas situações não descritas na literatura.MMN, 28 anos, sexo masculino, apresenta ferimento por arma de fogo em flanco direito do abdome. Foi transferido após atendimento inicial em cidade do interior com duas horas de distância. Apresenta-se com vias aéreas livres e ventilando em ambos hemitóraces, FC- 91 bpm, PA: 100/70 mmHg, dor abdominal difusa mais intensa em hemiabdome esquerdo, ferimento cortocontuso de aspecto cilíndrico correspondente ao orifício de entrada sem orifício de saída. A radiografia de abdome evidencia presença da carcaça do cartucho de arma de fogo em posição intra-abdominal sem a presença do projetil. Durante a laparotomia encontramos a carcaça do cartucho dentro do ceco sem outras lesões associadas, presença de 500 ml de sangue na cavidade, sem contaminação grosseira. Optamos por sutura da lesão em dois planos com colocação de dreno tubolaminar. Paciente recebeu alta no quinto dia de PO sem intercorrências.Poucos dados são encontrados na literatura quanto a ferimentos causados pela carcaça do cartucho de arma de fogo sem a presença do projetil. Quanto ao padrão de lesão, descrevemos uma destruição tecidual maior devido ao aspecto rombo da carcaça e portanto, causador de maior dano, tanto na parede abdominal quanto no órgão lesado. Mesmo assim, as medidas utilizadas no tratamento devem seguir as mesmas condutas de qualquer lesão causada por projetis de arma de fogo, com ênfase na avaliação da viabilidade do segmento lesado e o debridamento necessário antes do reparo. O ferimento abdominal pela carcaça é evento raro e incomum com poucas descrições na literatura, apresenta morbidade e mortalidade desconhecidas, mas quando ocorre é capaz de causar lesões semelhantes às do projetil.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 979

TÍTULO DO TRABALHO: Ferimento cardíaco por arma de fogo abordado com circulação extracorpórea na urgência.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ALEX DE ALBUQUERQUE LINS BARBOSA; CAROLINE PETERSEN DA COSTA FERREIRA; JOSE CESAR ASSEF; HENRIQUE CUNHA MATEUS; LUCA GIOVANNI ANTONIO PIVETTA; ALAN IRWIN LEITE BEZERRA; ANA MARIA ROCHA PINTO E SILVA; DIANA SHIMODA NAKASAKO. IRMANDADE SANTA CASA MISERICORDIA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Sabe-se que 80% das vítimas de ferimentos cardíacos morrem no próprio local do trauma ou no transporte. No entanto, dos que são admitidos vivos no hospital, 60% apresentam-se estáveis hemodinamicamente. Esse trabalho objetiva apresentar um caso de ferimento por arma de fogo (FAF) com Lesão intra-cardíaca (LIC) tratado com circulação extracorpórea (CEC) na emergência.Paciente masculino, 19 anos, trazido ao Pronto Socorro do nosso serviço, vítima de dois FAFs, um em transição tóraco-abdominal direita sem orifício de saída e outro em glúteo direito com saída em coxa direita. Após identificação de hemotórax à direita, foi realizada drenagem em selo d?água e, devido estabilidade hemodinâmica, optado por realizar angiotomografia de torax e abdomen para programação de via de acesso. Identificado projétil em septo interventricular (SI) e lesão de reto. Indicada esternotomia mediana e laparotomia e contatada a equipe de cirurgia cardíaca. Identificou-se orifício de entrada na parede anterior do ventrículo direito. Foi instalada a CEC, com heparinização completa e atriotomia direita, visualizando a cavidade do átrio direito sem lesões. As cúspides da valva tricúspide foram afastadas sendo visualizado o SI intacto, identificando-se o projétil entre o músculo papilar posterior e as cordas tendíneas. Identificadas ainda duas lesões em reto extra-peritoniais (à 5 cm da borda anal às 6h e a 7 cm da borda anal às 3h); realizada colostomia protetora, drenagem pré-sacral e lavagem do coto distal. Paciente evoluiu bem, tendo alta hospitalar após 10 dias.A lesão intra-cardíaca por trauma penetrante pode ser, na maioria das vezes, tratada semi-eletivamente. Num primeiro momento, é realizada a cirurgia de ressuscitação, e no segundo momento, os exames de imagem para planejamento cirúrgico pela equipe de cirurgia cardíaca. O caso trata-se de ferimento intra-cardíaco bem abordado com utilização de CEC pela equipe da cirurgia cardíaca na emergência, possibilitando que o paciente fosse tratado num só tempo cirúrgico.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2988

TÍTULO DO TRABALHO: FERIMENTO POR ARMA DE FOGO EM HIPOCÔNDRIO DIREITO, COM ALOJAMENTO DE PROJÉTIL EM CORPO VERTEBRAL (L3), SEM ACOMETIMENTO NEUROLÓGICO.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: KÁCIO DA SILVA MOURÃO1; IAN DA MOTA HERNANDEZ2; KLEBER LEMOS REIAL JÚNIOR2; LIANA KATHERINE LA ROSA PACHAS2; LEVINDO ALVES DE OLIVEIRA1; MARJA LUCENA DE SOUZA2; GUSTAVO DE OLIVEIRA GONÇALVES2; JORGE KEVIN NASCIMENTO NEGREIROS2. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA, BOA VISTA - RR - BRASIL; 2. HOSPITAL GERAL DE RORAIMA, BOA VISTA - RR - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: As lesões por arma de fogo representam, entre as internações por causas externas, a maior taxa de mortalidade, com aproximadamente 10 óbitos por 100 internações e com custo 34% mais elevado em relação aos outros tipos de agressões. Como resultado do processo de moagem em tecidos ósseos durante o curso dentro do abdome, o projétil e seus fragmentos podem mudar de trajeto produzindo danos significativos Objetivo: Relatar caso de paciente proveniente da República Bolivariana da Venezuela (RBV), vítima de ferimento por arma de fogo em hipocôndrio direito, com alojamento de projétil em corpo vertebral (L3), sem perfuração de pâncreas/duodeno ou complicações neurológicas. Metodologia: A pesquisa foi realizada através de levantamento bibliográfico em bancos de dados (Pubmed, LILACS e Scielo), além de análise de prontuário médico no Serviço de Arquivos Médicos e Estatística (SAME) do Hospital Geral de Roraima Rubens de Souza Bento (HGRRSB), na cidade de Boa Vista ?RR . Discussão: Paciente, PRGM, 47 anos, masculino, nascido e residente em Santa Elena de Uairén (RBV), teve atendimento na emergência do HGRRSB por FAF em hipocôndrio direito e glúteo direito há 16 horas (231,2Km). Ao exame físico, apresentava-se verbalizando, sem débito, taquipnéico, SeTO2 98%, afebril e acianótico, glasgow 15. Foi submetido à laparotomia exploradora de emergência em que foi evidenciada grande quantidade de sangue em cavidade, com lesão transfixante de 1/3 médio de cólon transverso, presença de hematoma volumoso em retroperitônio em zona I. Efetuou-se, ainda, exposição de duodeno com manobra de Kocher, sendo evidenciada laceração de segunda porção além de lesão tangencial em cabeça de pâncreas, sem presença de secreção entérica ou biliopancreática. No segundo dia pós operatório, realizou tomografia que evidenciou projétil alojado junto ao corpo vertebral de L3, com fratura e proximidade medular, com comprometimento de canal foraminal direito. Em avaliação pelo serviço de Neurologia, paciente não apresentou distúrbios neurológicos. Conclusão: Em todas as populações, as vítimas são prevalentemente do sexo masculino (78 % a 91% de pacientes feridos), com o maior incidência na terceira década de vida. A coluna torácica é afetada mais comumente (45,6% para 63%). O caso apresentado é intrigante pelas condições em que o paciente foi encontrado e transportado à capital do Estado de Roraima, o tipo de trauma (sem acometimento neurológico) .

CODIGO DO TRABALHO: 2897

TÍTULO DO TRABALHO: FÍSTULA BILIOBRÔNQUICA COMO COMPLICAÇÃO DO TRAUMA HEPÁTICO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GUILHERME LUCAS RODRIGUES DA CRUZ1; LETICIA FERREIRA VAZ1; GABRIEL RAMIREZ MOREIRA2; SIZENANDO VIEIRA STARLING2; IGOR DE ANDRADE LIMA2; DOMINGOS ANDRE FERNANDES DRUMOND2; GIANCARLO PEREIR ZILLE2. 1. ULBRA, CANOAS - RS - BRASIL; 2. HOSPITAL JOAO XXIII, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO:Os ferimentos penetrantes são resultantes de lesões por armas brancas ou armas de fogo podem penetrar a cavidade peritoneal, necessitando cirurgia para tratamento definitivo das lesões evitando complicações futuras. As lesões hepáticas são comuns em trauma abdominal e podem gerar complicações pós-operatórias como broncopneumonia e abscesso intra-abdominal ou até em raros casos evoluir para fístula biliobrônquica.OBJETIVO:Trata-se de análise da evolução da fístula biliobrônquica (FBB), uma complicação rara no trauma hepático,através do relato de dois casos de FBB associada a trauma hepático penetrante, no Hospital João XXIII.MATERIAIS E MÉTODOS:Caso 1: ESA, 31 anos, masculino, vítima por projétil de por arma de fogo (PAF) em região toracoabdominal esquerda. Admitido hemodinamicamente instável, levado ao centro cirúrgico. À laparotomia, evidenciou-se lesão hepática grau III, lesão esplênica grau III, lesões de cólon transverso grau II, além de lesão diafragmática grau II. Realizada esplenectomia, rafia dos segmentos II e III hepático, frenorafia, colectomia segmentar e drenagem torácica. No 12º dia de trauma, o paciente apresentou bileoptise. Nova abordagem abdominal identificou-se coleção biliosa subdiafragmática, deiscência da rafia do diafragma e necrose do parênquima hepático na área de lesão do lobo esquerdo. Realizada ressecção do parênquima hepático necrosado, desbridamento da lesão diafragmática e rafia, além de ampla drenagem tubular do recesso infradiafragmático esquerdo. O paciente evoluiu sem novas intercorrências a partir de então.Caso 2: AJSA, 23 anos, masculino, vítima de PAF toracoabdominal à direita. Admitido hemodinamicamente estável. TC evidenciou lesão hepática grau IV, contusão pulmonar, hemotórax e fratura de arcos costais à direita. Optou-se pelo tratamento não operatório e drenagem do hemitórax direito. No 18º DPO apresentou bilioptise. Indicado tratamento cirúrgico. Identificadas lesão hepática e diafragmática. Realizado rafia de ambas e drenagem ampla da região. Evoluiu com melhora progressiva e alta hospitalar no 12º dia de pós-operatório.RESULTADO: A FBB é rara, possui várias causas e pode afetar diferentes segmentos hepáticos e pulmonares. É uma complicação grave do trauma penetrante tóraco-abdominal. Não existe protocolo bem definido para seu tratamento. A tentativa de resolver a FBB através de toracotomia não nos parece recomendável, em decorrência da necessidade de abordagem direta da lesão no parênquima hepático

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2898

TÍTULO DO TRABALHO: FÍSTULA BILIOBRÔNQUICA COMO COMPLICAÇÃO DO TRAUMA HEPÁTICO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GUILHERME LUCAS RODRIGUES DA CRUZ1; LETICIA FERREIRA VAZ1; GABRIEL RAMIREZ MOREIRA2; SIZENANDO VIEIRA STARLING2; IGOR DE ANDRADE LIMA2; DOMINGOS ANDRE FERNANDES DRUMOND2; GIANCARLO PEREIR ZILLE2. 1. ULBRA, CANOAS - RS - BRASIL; 2. HOSPITAL JOAO XXIII, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO:Os ferimentos penetrantes são resultantes de lesões por armas brancas ou armas de fogo podem penetrar a cavidade peritoneal, necessitando cirurgia para tratamento definitivo das lesões evitando complicações futuras. As lesões hepáticas são comuns em trauma abdominal e podem gerar complicações pós-operatórias como broncopneumonia e abscesso intra-abdominal ou até em raros casos evoluir para fístula biliobrônquica.OBJETIVO:Trata-se de análise da evolução da fístula biliobrônquica (FBB), uma complicação rara no trauma hepático,através do relato de dois casos de FBB associada a trauma hepático penetrante, no Hospital João XXIII.MATERIAIS E MÉTODOS:Caso 1: ESA, 31 anos, masculino, vítima por projétil de por arma de fogo (PAF) em região toracoabdominal esquerda. Admitido hemodinamicamente instável, levado ao centro cirúrgico. À laparotomia, evidenciou-se lesão hepática grau III, lesão esplênica grau III, lesões de cólon transverso grau II, além de lesão diafragmática grau II. Realizada esplenectomia, rafia dos segmentos II e III hepático, frenorafia, colectomia segmentar e drenagem torácica. No 12º dia de trauma, o paciente apresentou bileoptise. Nova abordagem abdominal identificou-se coleção biliosa subdiafragmática, deiscência da rafia do diafragma e necrose do parênquima hepático na área de lesão do lobo esquerdo. Realizada ressecção do parênquima hepático necrosado, desbridamento da lesão diafragmática e rafia, além de ampla drenagem tubular do recesso infradiafragmático esquerdo. O paciente evoluiu sem novas intercorrências a partir de então.Caso 2: AJSA, 23 anos, masculino, vítima de PAF toracoabdominal à direita. Admitido hemodinamicamente estável. TC evidenciou lesão hepática grau IV, contusão pulmonar, hemotórax e fratura de arcos costais à direita. Optou-se pelo tratamento não operatório e drenagem do hemitórax direito. No 18º DPO apresentou bilioptise. Indicado tratamento cirúrgico. Identificadas lesão hepática e diafragmática. Realizado rafia de ambas e drenagem ampla da região. Evoluiu com melhora progressiva e alta hospitalar no 12º dia de pós-operatório.RESULTADO: A FBB é rara, possui várias causas e pode afetar diferentes segmentos hepáticos e pulmonares. É uma complicação grave do trauma penetrante tóraco-abdominal. Não existe protocolo bem definido para seu tratamento. A tentativa de resolver a FBB através de toracotomia não nos parece recomendável, em decorrência da necessidade de abordagem direta da lesão no parênquima hepático

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1920

TÍTULO DO TRABALHO: FÍSTULA CARÓTIDO-JUGULAR AGUDA APÓS FERIMENTO POR ARMA DE FOGO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DAVID SMANGOSZEVSKI MARTINS; JOÃO ABNER MARINS MUNHOS; CARLOS EMANUEL RODRIGUES DE CASTRO; MARIANE CRISTINA SANTANA; THAÍLA ALVES DOS SANTOS LIMA; ANA CAROLINA SÁ DE SOUZA CARVALHO; EDUARDO DAMASCENO MOTA; ANGELA CLAUDIA PAIXAO SOARES. UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE, RIO BRANCO - AC - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A Fístula Carotídeo-Jugular adquirida é uma entidade rara. Estudos em países em desenvolvimento mostram que as fístulas arteriovenosas de grandes vasos têm incidência de menos de 4% dos traumas cervicais. Frequentemente os traumas cervicais indicam cirurgia de emergência para correção de hemorragias e fístulas. Os sinais clínicos da fístula carotídea- jugular incluem frêmito, sopro e aumento do volume cervical. Ecodoppler ou Angiotomografia são exames de escolha, quando disponível e paciente estável. Relato do Caso: Paciente do sexo masculino, 24 anos, chega ao setor de trauma, vítima de ferimento penetrante por arma de fogo em região cervical esquerda. Ao exame físico não foi observado sangramento ativo da ferida, o local apresentava frêmito à palpação e aumento de volume de toda a região cervical circunvizinha à lesão. Após avaliação clínica criteriosa houve indicação de exploração imediata, descartando a realização de exames complementares no pré-operatório tendo em vista que o paciente encontrava-se em grave hipotensão. Ao encaminhas o paciente ao Centro Cirúrgico onde foi realizada uma exploração cirúrgica via cervicotomia longitudinal com dissecção da artéria carótida e veia jugular. Foram percebidas evidências de aumento de volume da veia, além da comunicação de 0,8 centímetros na porção média de ambas. Durante o procedimento o paciente recebeu duas unidades de plasma e duas unidades de concentrado de hemácias evoluindo para estabilidade hemodinâmica. O procedimento foi seguido pelo isolamento dos vasos com reconstrução da artéria com segmento de tubo de politetrafluoretilento (PTFE) de 7 mm. Foi realizada então a ressecção do segmento venoso lesado e reconstrução primária com anastomose termino-terminal. Após a realização do ato cirúrgico, o paciente evoluiu com melhora clínica e recebeu alta do hospital uma semana após a realização do procedimento, apresentando-se na data da alta com pulso carotídeo 4+, sem déficit neurológico e livre de qualquer outra complicação. Conclusão: As lesões cervicais por arma de fogo são passíveis, muitas vezes, de exploração cirúrgica. Algumas lesões vasculares podem ser encontradas e corrigidas nessas cirurgias. Dentre esses casos, as fístulas arteriovenosas podem surpreender o cirurgião, como as carotídeo-jugulares. A aplicação da técnica correta em tempo hábil, juntamente com o pronto atendimento e estabilização do paciente na sala de trauma são determinantes para o prognóstico.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 712

TÍTULO DO TRABALHO: FÍSTULA DUODENOCÓLICA TARDIA SECUNDÁRIA A RAFIA DUODENAL POR FERIMENTO DE ARMA DE FOGO: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANA MARIA GARCIA1; THIERES ANDRIOLLE DOS SANTOS MENDONÇA1; JULIANA GUNDIM BARROS GUIMARÃES1; DÉBORA COELHO DUARTE1; JULIANA CARREIRO CARVALHO1; RONE ANTONIO ALVES ABREU2; BENITO ROLANDO GUTIERREZ ROSALES2; OTÁVIO LIMA DE ARRUDA JÚNIOR2. 1. ITPAC/FAHESA, ARAGUAÍNA - TO - BRASIL; 2. HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAÍNA, ARAGUAÍNA - TO - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: As fístulas digestivas são conceituadas como sendo o estabelecimento de uma comunicação anormal entre o tubo digestivo e qualquer outra víscera oca intra-abdominal ou em cavidade livre ou superfície cutânea através da qual ocorre drenagem de secreção digestiva que se constituem, por vezes, de complicações de alta gravidade. Os fatores envolvidos são dependentes de desnutrição grave, imunossupressão, radioterapia, quimioterapia, presença de câncer e uso prolongado de corticóide. Podem ser classificadas do ponto de vista anatômico, fisiológico e etiológico. Diagnóstico feito pela seriografia esôfago, estômago e duodeno. O tratamento precoce é fundamental e objetiva a recuperação do equilíbrio orgânico, a nutrição do paciente dependerá da localização e do débito da fístula sendo o acesso central quase sempre o mais indicado. O tratamento cirúrgico busca restaurar, eliminar a fístula e tratar a doença de base associada. Relato de caso: Masculino, 34 anos, com história de trauma por projétil de arma de fogo, há três anos, na ocasião relatava dor em cólica na região abdominal. Submetido a laparotomia exploradora observando lesão vascular traumática abdominal, sendo realizadas colorrafia e enterorrafias múltiplas. Evoluiu bem no pós operatório, com alta hospitalar no décimo primeiro dia, posteriormente apresentou quadro de astenia, dor abdominal, perda de peso, edema generalizado, vômitos e diarreia. Paciente submetido à radiografia digital de esôfago, estômago e duodeno, observou-se fístula entre a primeira porção do duodeno e cólon transverso. A endoscopia digestiva alta evidenciou esofagite erosiva e orifício fistuloso na transposição bulbo-duodenal e fitobenzoar. O Raio-X foi sugestivo de processo semioclusivo intestinal. Internado para tratamento de terapia nutricional e abordagem cirúrgica eletiva na proposta de colescistectomia com drenagem transcística e antrectomia com reconstrução a Bilroth II, transversotomia com anastomose primária. Conclusão: Diante do caso percebemos que fístulas do trato gastrointestinal caracterizam-se por elevada morbidade e período de internação prolongado podendo apresentar comorbidades. O tratamento para fístulas tardias é baseado na terapia nutricional e posterior abordagem cirúrgica dependendo de comorbidades, localização e débito da fístula.

CODIGO DO TRABALHO: 1612

TÍTULO DO TRABALHO: FÍSTULA ÊNTERO-COLÔNICA NO CONTEXTO DO TRATAMENTO NÃO OPERATÓRIO DE TRAUMA ABDOMINAL CONTUSO: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RAFAEL ALVES CARVALHO; TARCISIO VERSIANI AZEVEDO FILHO; FABIO GONTIJO RODRIGUES; DAFNE MARIA VILLAR GONÇALVES; PEDRO POLASTRI LIMA PEIXOTO; MARCOS LANNA BICALHO; LARISSA AMARAL CARREGAL; RAPHAEL SEGATO VAZ DE OLIVEIRA. HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHEK, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
RELATO DO CASO:Paciente de 21 anos sem comorbidades, história de colisão automóvel x objeto fixo em alta velocidade há 6 meses, com trauma abdominal contuso.Na fase aguda do trauma foi realizado propedêutica abdominal em que revelou líquido livre na cavidade em pequena quantidade, com lesão hepática grau I e espessamento do mesossigmóide, sem pneumoperitônio ou extravasamento de contraste. Paciente evoluiu bem, recebendo alta hospitalar sem necessidade de intervenção cirúrgica.Apresentou crises de dor tipo cólica e diarreia aquosa após 2 meses do trauma, apresentando cerca de 5 ou 6 evacuações diárias. Em seguimento ambulatorial, foi submetido a colonoscopia, que demonstrou dois orifícios de trajeto fistuloso no reto alto e sigmoide, com drenagem de secreção turva. Enema opaco revelou presença de fístula enterocolônica, com contrastação de alças de delgado. Optado por tratamento cirúrgico. À laparotomia, revelados dois trajetos fistulosos, entre o retossigmoide e íleo terminal. Realizada enterectomia segmentar de íleo terminal e retossigmoidectomia com anastomoses primárias. Apresentou boa evolução clínica e recebeu alta no 5º dia de pós-operatório. Em seguimento ambulatorial, relatou remissão completa dos sintomas prévios com melhora da qualidade de vida.CONCLUSÃOTrata-se de um caso incomum de fístula digestiva interna, após trauma abdominal contuso, em que a fisiopatologia se explica pela desvascularização do sigmoide, com perfuração e tamponamento da lesão pelo íleo terminal. A ciência da possibilidade de ocorrência de fístulas traumáticas mesmo na ausência de cirurgia permite suspeição e diagnóstico precoce, bem como indicação de tratamento, a ser guiado baseado em suas características e fatores individuais do paciente.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2766

TÍTULO DO TRABALHO: FÍSTULA PLEURO-CUTÂNEA APÓS TRAUMA TORÁCICO CONTUSO: RELATO DE CASO E REVISAO DE LITERATURA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BRUNO ROBERTO DA SILVA FERREIRA1; FERNANDO KENNEDY PEREIRA CHAVES1; HELADIO FEITOSA DE CASTRO FILHO2; GOTARDO DUARTE DUMARESQ2; FRANCISCO MARTINS NETO2. 1. IJF-CE, FORTALEZA - CE - BRASIL; 2. IJF, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Fístula pleuro-cutânea é comunicação da cavidade pleural com a parede torácica. Pode ocorrer em indivíduos imunocomprometidos, com infecções piogênicas, cirurgias pulmonares, traumatismo torácico aberto, empiema, abscesso pulmonar, pneumonia ou infarto pulmonar maciço. Relatamos caso de um paciente que após espancamento e trauma torácico contuso evoluiu com formação de fístula pleuro-cutânea. Relato do caso: Homem, 18 anos, usuário de drogas ilícitas, foi vítima de espancamento com trauma torácico e abdominal, não procurando assistência médica imediata. Após 10 dias, deu entrada no departamento de emergência do Instituto Dr. José Frota (IJF) apresentando dor abdominal, febre, icterícia, queda do estado geral, taquipnéico, taquicárdico, murmúrio vesicular diminuído. Abdome apresentou sinais de peritonite. US Fast mostrou líquido livre em cavidade abdominal. Foi realizada laparotomia exploradora que mostrou líquido citrino em cavidade abdominal em moderada quantidade, associada a linfonomegalia retroperitoneal. Parede torácica apresentada abaulamento importante em HTD anteriormente. Punção demonstrou coleção purulenta. Realizada incisão em parede torácica com drenagem de grande quantidade de pus e evidenciada comunicação da parede torácica com a cavidade pleural à direita, associada a fratura de costelas e de esterno, sendo realizada drenagem torácica à direita. Encaminhado à UTI. Foram realizados curativos compressivos diários na parede torácica com hidrofibra nas áreas cruentas pela Comissão Interdisciplinar de Tratamento de Feridas do IJF. Internado 15 dias na UTI, onde foram realizadas medidas de suporte clínico para insuficiência respiratória e fechamento da fístula. Paciente transferido para enfermaria, evoluindo bem. Conclusão: Os traumas torácicos fechados sem hemotórax ou pneumotórax tem uma boa evolução. Em algumas situações, sem a assistência medica inicial, o paciente pode evoluir com complicações, principalmente em paciente com baixa reserva nutricional. A drenagem adequada e curativos em uma equipe bem treinada mostrou uma boa evolução do caso.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 316

TÍTULO DO TRABALHO: Fístula quilosa cervical após trauma torácico fechado

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FRANCISCO SCHOSSLER LOSS1; MARCO NISIIDE2; FERNANDA KREVE1; JONAS TAKADA3; JANAINA GATTO1. 1. FACULDADE ASSIS GURGACZ, CASCAVEL - PR - BRASIL; 2. I-CAN, TOLEDO - PR - BRASIL; 3. I-GAST, TOLEDO - PR - BRASIL.

RESUMO:
I.S., 48 anos, sexo feminino, encaminhada ao hospital após acidente automobilístico. Apresentava-se lúcida, hemodinamicamente estável e relatava dor torácica. Após quinze dias do acidente, paciente relatou dispnéia e limitações de movimentos no ombro esquerdo concomitante com o surgimento de uma massa supraclavicular esquerda. Massa elástica, indolor, com dimensões irregulares, não pulsátil, na região cervical lateral esquerda,fossa supra-clavicular esquerda. Por suspeita de trauma ósseo foi encaminhada ao ortopedista. Realizada tomografia computadorizada, apresentou uma coleção de 64,6 mm na região supra-clavicular esquerda. A paciente foi submetida a drenagem percutânea diagnóstica da coleção. A amostra obtida, de aspecto turvo e leitoso, foi encaminhada para análise, sendo constatado 340mg/dl de triglicerídeos, confirmando o diagnóstico de fístula quilosa. A paciente foi internada para realizar drenagem e esvaziamento da coleção, sendo colocado inicialmente um cateter para drenagem. Estabeleceu-se dieta oral zero gordura, orientada por nutricionista e realizada pela nutrição do hospital. O volume drenado diminuiu gradativamente e a drenagem percutânea revelou melhora líquido colhido, apresentando-se com aspecto mais seroso. Paciente recebeu alta hospitalar sendo orientada para realizar dieta zero gordura em domicílio para eficácia do tratamento. Após 15 dias, houve recidiva da coleção supra-clavicular, sendo necessária internação da paciente para uma segunda intervenção. Nessa realizou-se drenagem aberta com dreno laminar, sendo que o líquido não tornou a ser turvo e a drenagem foi sempre inferior a 50ml/dia. Associou-se nutrição parenteral total para diminuir a produção de quilo e melhorar a reposição de fluidos e eletrólitos, mantendo um estado nutricional adequado. Após sete dias da internação, a paciente apresentou quadro diarreico, evoluindo para sepse e necessitando de cuidados na UTI, onde desenvolveu Síndrome da Angústia Respiratória do Adulto (SARA), necessitando de intubação orotraqueal e ventilação mecânica. Após 20 dias em UTI, a paciente apresentou significativa melhora do quadro séptico e SARA. Houve diminuição progressiva do débito da fístula, até cessar. Retirou-se o dreno e houve o fechamento da fístula. Paciente recebeu alta e foi orientada a seguir uma dieta com baixo nível de gorduras. Realizou-se tomografia de controle que não apresentou nova recidiva. A paciente segue em acompanhamento ambulatorial.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1394

TÍTULO DO TRABALHO: Fratura de pelve, lesão urogenital e disjunção anorretal

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ELIS OLIVEIRA1; MARCELO AUGUSTO COSTA VARCA2; MONIQUE MORON MUNHOZ2; GUILHERME FREDERICO FERRO ALVES3; JOSE MAURO DA SILVA RODRIGUES2. 1. PUC- SP MEDICINA SOROCABA, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. PUC-SP MEDICINA SOROCABA, SOROCABA - SP - BRASIL; 3. PUC-SP MEDICINA SOROCABA, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOLesões traumáticas anorretais são raras, porém quando ocorrem indicam quadro grave. Associadas à estas lesões estão as do aparelho urogenital e da pelve óssea, pela proximidade anatômica. A conduta orientada está na estabilização hemodinâmica, drenagem e lavagem das cavidades expostas, e realização de colostomia para permitir adequada cicatrização1.RELATO Paciente,29 anos, trazido ao nosso serviço pela CCR, após colisão como passageiro de motocicleta contra caminhão. O atendimento foi realizado de acordo com o protocolo do ATLS. FC 112bpm e Pressão Arterial 80/60mmHg. Apresentava pelve estável e sínfise púbica fechada. Ao toque retal havia espículas ósseas, hipotonia, laceração do reto e sangramento ativo e em volumosa quantidade, exteriorizando-se pelo ânus. O paciente foi encaminhado para o centro cirúrgico, inicialmente realizada a anuscopia sob anestesia, identificando-se desinserção de reto baixo em 270º de sua circunferência e fratura palpável de ramo isquiopúbico esquerdo. Foi submetido a uretrocistografia com falha de enchimento uretral e extravasamento de contraste. Foi submetido à laparotomia exploradora, na qual foi encontrada pequena quantidade de líquido livre em cavidade, hematoma envolvendo bexiga urinária sem extravasamento de urina, hematoma expansivo não-pulsátil em zonas I,II e III de peritônio e ausência de sangramento ativo ou lesões em outros órgãos. Ao explorar hematoma retroperitoneal, identificou-se sangramento ativo proveniente de pelve, com preservação de veia cava e ramos ilíacos. Foi realizada então incisão perineal esquerda de 4,0cm, longitudinal, distando 1,5cm da borda anal, dissecção de subcutâneo em fáscia pararretal e desinserção de reto baixo, com isolamento esfincteriano. Seguiu-se com sutura para reinserir reto baixo em seu esfíncter externo, com posterior sutura unindo mucosa retal. Colocou-se também dreno em incisão pararretal. Por fim confeccionou-se sigmoidostomia em alça de proteção. Paciente seguiu internado em UTI. Evoluiu sem intercorrências.CONCLUSÃOO relato apresentado evidencia um caso relativamente raro, no qual houve lesão complexa de pelve, na qual há associação de aparelho urogenital, digestivo e ósseo. A conduta foi de acordo com a literatura, a qual estabelece necessidade de estabilização hemodinâmica e reconstrução retal e urogenital imediata. Resta ainda avaliação ortopédica e neurológica, para que se possa identificar possíveis lesões não tratadas e sugerir prognóstico para o paciente.

CODIGO DO TRABALHO: 1306

TÍTULO DO TRABALHO: Frequência e gravidade das lesões intracranianas em motociclistas envolvidos em acidentes de trânsito admitidos sem alterações ao exame neurológico

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ISABELA CAMPOS BRIANTI1; JOSE GUSTAVO PARREIRA2; PAULA RIBEIRO LIBÓRIO1; KASSEM SAMIR SALEH1; EDUARDO PEREIRA ALVES1; SILVIA CRISTINE SOLDA2; JACQUELINE ARANTES G. PERLINGEIRO2; JOSE CESAR ASSEF2. 1. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Avaliar a frequência, a gravidade e o tratamento de lesões intracranianas em motociclistas envolvidos em acidentes de trânsito admitidos sem alterações no exame neurológico.Método: Análise retrospectiva de dados coletados em registro de trauma no período de 2008 a 2010. Foram incluídos todos os motociclistas com idade superior a 14 anos envolvidos em acidentes de trânsito. Foram analisados os dados dos pacientes admitidos com escala de Coma de Glasgow (ECG) igual a 15 e sem alterações em exame neurológico ou ao exame físico do segmento cefálico. As lesões encontradas foram estratificadas para gravidade através da ?Abbreviated Injury Scale? (AIS).Resultados: No período de estudo, houve 1390 motociclistas admitidos no serviço de emergência e, destes, 1128 apresentavam ECG=15, exame de segmento cefálico e neurológico normais. Destes, 205 fizeram tomografia computadorizada de crânio (18,2%). Quatro pacientes (1,9%) tiveram diagnóstico de lesão intracraniana com AIS>1: dois com contusões cerebrais, dois com hemorragia subaracnóide. Nenhum paciente apresentou hematoma epidural, hematoma subdural agudo, edema cerebral ou lesão axonal difusa. Nenhum paciente foi submetido a cirurgia para tratamento dessas lesões.Conclusão: Motociclistas admitidos com ECG = 15, exame de segmento cefálico e neurológico normais tiveram uma chance muito pequena (próxima a zero) de apresentar uma lesão intracraniana grave. Portanto, a indicação da TC de crânio nesses pacientes deve ser revisada.

CODIGO DO TRABALHO: 529

TÍTULO DO TRABALHO: GANGRENA DE FOURNIER EXTENSA SECUNDÁRIA A TRAUMA ESCROTAL: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RAPHAEL CASTIGLIONI NASCIMENTO1; GABRIELE CASTIGLIONI GAROZE2; LOREN ROSETTI REBELLO1; ALESSANDRO CÁSSIO GALVÃO MACEDO3; ELAISY CRISTINA DE SARRO SOARES2; THALES MENDES MIRANDA2; CAROLINE MELO SOBRAL1; WALERIA GRAMILICH BARATELLA1. 1. UNIVERSIDADE VILA VELHA, VILA VELHA - ES - BRASIL; 2. HOSPITAL ESTADUAL DR JAYME SANTOS NEVES, SERRA - ES - BRASIL; 3. CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESPÍRITO SANTO, COLATINA - ES - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO. A Gangrena de Fournier (GF) é uma grave infecção polimicrobiana que evolui com fasciíte necrosante, comprometendo principalmente regiões genital, perineal e perianal. Caracteriza-se por rápida evolução e pode complicar com sepse, falência de múltiplos órgãos e óbito. Acomete principalmente o sexo masculino (10:1), faixa etária média de cinquenta anos. A base do tratamento é o debridamento cirúrgico agressivo. Antibioticoterapia de amplo espectro e oxigenoterapia hiperbárica são medidas indispensáveis. Foi realizado estudo descritivo do tipo relato de caso de GF secundária a trauma escrotal que se extendeu da região perineal até axilar. RELATO DE CASO. Homem, 62 anos, relato de trauma perineal após queda de altura em posição sentado. Apresentava edema, hiperemia em região escrotal, febre e vômitos. Realizado debridamento cirúrgico no 6º e 8º dia pós-trauma em outro hospital sem melhora clínica. Transferido ao HEJSN séptico, com fasciíte necrosante extensa acometendo períneo, toda pele do pênis com exposição dos testículos, ascendendo pelos canais inguinais até o dorso e região axilar esquerda. Novo debridamento cirúrgico com exposição de toda área acometida, realização de cistostomia e colostomia em alça. Internação em UTI, antibioticoterapia e sessões de terapia hiperbárica por dois meses com resolução do quadro infeccioso. Posterior cirurgia reparadora com enxertos cutâneos e retalhos locais. Boa evolução, em seguimento ambulatorial e programação de reconstrução do trânsito intestinal. CONCLUSÃO. O diagnóstico preciso e tratamento adequado devem incluir intervenção cirúrgica precoce e antibioticoterapia, pois a rápida progressão da doença conduz a toxicidade sistêmica e resultados frustros, com elevados índices de morbimortalidade.

CODIGO DO TRABALHO: 926

TÍTULO DO TRABALHO: Há lugar para a diverticulização duodenal para o tratamento das lesões duodenopancreáticas complexas?

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ALEX DE ALBUQUERQUE LINS BARBOSA; CAROLINE PETERSEN DA COSTA FERREIRA; JACQUELINE ARANTES G. PERLINGEIRO; JOSE GUSTAVO PARREIRA; MOHAMED IBRAHIM ALI TAHA; DAMILA DE CASSIA FANTOZZI GIORGETTI; RAPHAEL TAHA; PAULA AUGUSTA LUIZ ALMEIDA. IRMANDADE SANTA CASA MISERICORDIA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
O trauma duodenal complexo é pouco frequente, mas está associado a elevada morbimortalidade. Em 20% dos casos ocorrem lesões associadas com o pâncreas, o que piora sobremaneira o prognóstico. Há várias opções de técnicas para o seu tratamento. O objetivo deste trabalho é relatar um caso em que a diverticulização duodenal foi empregada para o tratamento de uma lesão complexa duodenopancreática, além de discutir os pontos positivos e negativos acerca desta opção técnica.A.A.R, 20 anos, vítima de 3 ferimentos por projéteis de arma de fogo (FAF): um em transição tóraco-abdominal direita e os outros dois FAFs periumbilicais. Após atendimento inicial preconizado para politraumatizado, foi identificado hemotórax à esquerda. Foi submetido a drenagem de tórax direito com saída de 300ml e laparotomia exploradora com evidencia de: 2 lesões em pequena curvatura em parede anterior do estômago, 1 lesão em corpo de parede posterior, 1 lesão em primeira porção duodenal, 1 lesão transfixante em segunda porção duodenal maior que 50% do diâmetro do mesmo, lesão na cabeça pancreática grau II em borda inferior e 2 lesões em delgado, transfixantes, distando 6 cm entre uma e outra à 10 cm do ângulo de Treitz. Optado por desbridamento e sutura primária das lesões duodenais, associado a derivação por diverticulização duodenal através de gastrectomia parcial com reconstrução à Billroth II. Além de enterectomia com entero-enteroanastomose e drenagem ampla da cavidade. Paciente evolui bem, retirado dreno de tórax no terceiro dia pós-operatório (PO), apresentou fístula pancreática de baixo débito resolvida no sexto dia pós-operatório. Recebeu dieta oral no 7º dia pós-operatório, com condições de alta no 10º PO.Os pontos negativos da diverticulização duodenal são a mudança irreversível no trânsito alimentar, associado ao fato de ser considerada um fator pré-neoplásico. Contudo, tem a vantagem de rapidamente permitir a alimentação via oral, mesmo com fístula duodenal presente. Pelos pontos negativos, sua indicação deve ser restrita aos casos mais graves apenas. Ponderando os pontos positivo e negativos é necessária uma avaliação criteriosa para indicação da diverticulização duodenal.

CODIGO DO TRABALHO: 1058

TÍTULO DO TRABALHO: HEMATOMA ESPLÊNICO PÓS-COLONOSCOPIA ELETIVA: RELATO DE CASO DE UMA RARA COMPLICAÇÃO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FERNANDO JOSÉ SAVÓIA DE OLIVEIRA1; TATIANA MIE MASUKO1; DIEGO INÁCIO GOERGEN1; UIRÁ FERNANDES TEIXEIRA2; MATHEUS KOOP1; RODRIGO DE PIERI COAN1; RACHID EDUARDO NOLETO DA NOBREGA1; SAMANTA WITZKE MASSULO3. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 2. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS, PELOTAS - RS - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A colonoscopia não é isenta de complicações, como perfuração de cólon e hemorragia, e ainda complicações menos frequentes incluem: pneumotórax, pneumoperitôneo, volvo, encarceramento de hérnia abdominal, abscesso retroperitoneal, apendicite e traumatismo de fígado e do baço. Rotura/Hematoma de baço é uma complicação rara e potencialmente fatal, descrita pela primeira vez em 1974. A maioria das lesões esplênicas ocorre devido à tensão do ligamento esplenocólico, a aderências intra-abdominais pré-existentes ou até mesmo devido a lesão direta durante a manipulação do paciente durante execução do exame. Relatamos um caso de hematoma de baço pós-realização de colonoscopia. Relato: J.S.A., 68 anos, feminina, apresentou dor abdominal de forte intensidade associada a parada de eliminação de gases e oligúria, cerca de 6 horas após a realização de colonoscopia de rastreio. Estava em regular estado geral, hipocorada (2+/4+), taquipnéica (40 mrpm), afebril, taquicárdica (158 bpm), pressão arterial 99x55 mmHg, com necessidade oxigênio suplementar. Ausculta pulmonar com roncos em bases bilateralmente. Apresentava abdome distendido, com ruídos hidroaéreos abolidos, difusamente doloroso à palpação profunda e à descompressão brusca. Laboratoriais com Hb 3,9 g/dL e Ht 12%. Após estabilização com volume e sangue, foi realizada tomografia, que demonstrou moderada quantidade de líquido livre na cavidade, sugestivo de sangue. Volumosa área heterogênea com aspecto tumescente e áreas hiperdensas associadas acometendo quase a totalidade do baço sem definido realce associado a material com densidade elevada sugerindo hematoma. Sem evidências de perfuração intestinal e/ou presença de lesões no mesmo. Presença de derrame pleural bilateral. Feito diagnóstico de hematoma esplênico por trauma pós-colonoscopia, grau III da classificação da AACT, foi adotada conduta conservadora com boa resposta clínica. Conclusão: Lesão esplênica após colonoscopia deve ser suspeitada em um paciente com dor abdominal sem qualquer evidência de perfuração intestinal ou sangramento, com ou sem instabilidade hemodinâmica. Durante a colonoscopia, deve-se evitar a força excessiva durante a realização do exame. A laparotomia exploratória deve ser considerada para pacientes instáveis ??ou com sangramento ativo na cavidade. Em pacientes estáveis, a tomografia computadorizada pode ser utilizada para auxiliar o diagnóstico e selecionar pacientes que podem ser manejados conservadoramente.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 3022

TÍTULO DO TRABALHO: HEMOBILIA EM PACIENTE POLITRAUMATIZADO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: HELBERT PEREIRA MATIAS1; PAULO GUSTAVO PORTO1; MONAH FABRETI MENDES PORTO1; VICENTE DE OLIVEIRA VIEIRA JÚNIOR1; LAYSE CIANE SILVEIRA CIRINO DE BRITTO GALVÃO2; MONICA RUFINO ALVES MATIAS3. 1. HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE, CARUARU - PE - BRASIL; 2. UFPE, CARUARU - PE - BRASIL; 3. UNINASSAU, RECIFE - PE - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Hemobilia é uma causa rara de hemorragia digestiva alta decorrente do sangramento da arvore biliar. Devido a frequência incomum muitas vezes passa despercebida, por isso sua mortalidade pode chegar a 25%. O quadro clínico dessa patologia envolve melena, dor abdominal aguda no quadrante superior direito e icterícia, essas sintomatologia juntas são descritas como a como síndrome de Quineke. Os exames complementares mais sensíveis para identificar essa patologia são a ultrassom abdominal e colangiografia por ressonância magnética. O tratamento consiste em localizar e parar o sangramento.RELATO DE CASO: D.L.G.M., sexo masculino, 31 anos, admitido por trauma automobilístico com sinais de trauma abdominal e fratura intratrocantéria. Foi submetido à uma Laparotomia Exploratória (LE) que teve como achado trauma hepático e hemoperitônio. No pós-operatório evoluiu com um quadro de icterícia e dor abdominal no hipocrôndrio direito, com presença de colúria. O paciente foi submetido a uma nova LE que apresentava hemoperitônio e aderências do fígado na parede abdominal e diafragma. Vinte dois dias após a primeira LE o paciente, além dos sintomas anteriores, evoluiu com hematêmese. Foi realizada endoscopia digestiva alta (EDA) a qual não evidenciou alterações sugestivas de sangramento digestivo ou duodenal. Prosseguiu-se com realização de angiografia hepática a qual evidenciou lesão que acometia segmentos cinco e sete. Após o diagnóstico o paciente foi submetido embolização.CONCLUSÃO: A hemobilia deve ser pensada no diagnóstico diferencial de hemorragia digestiva alta, principalmente, em pacientes com história de trauma abdominal ou cirurgia hepatobiliar.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 532

TÍTULO DO TRABALHO: HEMOPERITÔNIO MACIÇO POR ROTURA DE LEIOMIOMA UTERINO EM TRAUMATISMO DE ALTA ENERGIA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RENATO FERNANDES DA SILVA; RAQUEL MATTOS BERNARDO; RICARDO MAGGESSI DA SILVA PEREIRA; FELLIPE VIANNA ESTOULLO; ISAAC TORTELOTE DOS SANTOS; DANIEL FERNANDES MACHADO; ANA LUIZA DE SOUZA THOMAZ; ANA PAULA FERNANDES DE OLIVEIRA; CARLOS HENRIQUE PAIXÃO XIMENES; RENATA ALVES CORRÊA; FERNANDO ALBERTO DE V. VALENTE; ALFREDO LUIZ MARTINS FONTES. HOSPITAL MUNICIPAL SOUZA AGUIAR, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Os leiomiomas uterinos são tumores benignos comuns em mulheres e a maioria de suas complicações são bem conhecidas. A ruptura de um leiomioma uterino é uma fonte incomum de hemoperitônio grave e traumas abdominais fechados podem ser o mecanismo causador, embora raros casos sejam descritos, gerando risco de vida. RELATO DE CASO: Descrevemos o caso de uma mulher de 45 anos que foi atendida no Hospital Municipal Souza Aguar ? RJ, após colisão automóvel versus anteparo(poste). Deu entrada na emergência com relato de dor abdominal, massa palpável em abdome inferior e sinais de irritação peritonial. Os parâmetros hemodinâmicos da paciente estavam estáveis. A paciente desconhecia ser portadora de qualquer doença, porém apresentava obesidade grau 2. Foi submetida a tomografia de abdome total onde se observou volumosa massa uterina sugestiva de leiomioma uterino e líquido livre em toda cavidade peritonial. Não havia evidências de lesões hepatoesplênicas. Foi submetida a laparotomia exploradora que ao inventário da cavidade evidenciou hemoperitônio maciço e volumoso leiomioma subseroso pediculado com rotura parcial do pedículo com sangramento arterial ativo. Realizado a miomectomia com ligadura do pedículo e a paciente evoluiu com estabilização do hematócrito após hemotransfusão e recebeu alta hospitalar no 5º dia pós-operatório. CONCLUSÃO: Hemoperitônio maciço secundário à ruptura de leiomioma uterino é raro. Deve, contudo ser suspeitado pelo cirurgião, especialmente em pacientes com miomas conhecidos ou radiologicamente aparentes. Embora seja um evento raro, pode ser fatal e necessita de intervenção cirúrgica rápida para estabilização da paciente e estabelecimento do diagnóstico.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 918

TÍTULO DO TRABALHO: Hepatectomia no trauma: uma opção terapêutica de exceção

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JORDANA LOPES COSTA1; MARCUS VINICIUS DE A. CHALAR SILVA2; LUCAS EVANGELISTA COREIA DA SILVA2; TIAGO VASCONCELLOS REZENDE2; REINALDO NEVES JUNIOR2; LEANDRO CAMPOS DONA2; VICTOR ALEXANDER FIALHO ROCHA1; WELLINGTON JOSE DOS SANTOS2. 1. PUC-GOIÁS, GOIANIA - GO - BRASIL; 2. HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE SIQUEIRA (HUGOL), GOIANIA - GO - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Relatar um caso de trauma hepático com necessidade de hepatectomia parcial.Métodos: Relato de caso baseado em revisão de prontuário correlacionado à literatura.Resultados: Paciente do sexo feminino, 27 anos, admitida no Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira (HUGOL) com três dias pós-trauma com estabilidade hemodinâmica após queda de motocicleta. Apresentava hemoglonina 5,0 mg/dl, grande hemoperitôneo e blush de contraste à tomografia computadorizada (TC) de abdome, conduzida ao bloco cirúrgico e realizada hepatorrafia. Sete dias após o trauma a paciente evoluiu com queda de hemoglobina, TC com grande área de contusão hepática, ausência de fluxo sanguíneo em segmentos V, VI, VII e VIII, aerobilia e blush de contraste. Indicada intervenção cirúrgica. Encontrados bilioma e grande hematoma contido em todo o lobo hepático direito com presença de isquemia. Realizado manobra de Pringle, colecistectomia com colangiografia intra-operatório com individualização do ducto hepático direito e esquerdo, ligadura do ramo direita da veia porta e da veia supra hepática direita e hepatectomia direita. Paciente encaminhada à UTI, teve alta para enfermaria em 4 dias.Conclusões: No trauma hepático, de modo geral, opta-se pelo tratamento não operatório (TNO), com resultado satisfatório de 80 a 90% dos casos, sendo o tratamento de eleição para pacientes com estabilidade hemodinâmica, mesmo com lesões de maior grau1,2. Em casos de exceção a conduta cirúrgica é a mais indicada. Devido à queda dos níveis de hemoglobina, à extensa hepática área não perfundida na TC, além da presença de blush de contraste, bilioma e aerobilia, optou-se pela reabordagem cirúrgica que culminou em hepatectomia parcial à direita. A hepatectomia é uma conduta possível no trauma hepático, na falha do TNO, da cirurgia de controle de danos ou na presença de complicações3. Neste caso, a magnitude da isquemia e a ausência do serviço de hemodinâmica foram determinantes para esta abordagem.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2845

TÍTULO DO TRABALHO: HÉRNIA ABDOMINAL TRAUMÁTICA DE GRANDE PORTE COM APRESENTAÇÃO E TRATAMENTO TARDIOS. RELATO DE CASO.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FERNANDO ANTONIO MARTINS BERMUDES1; FERNANDO TORRES BERMUDES2; PANDRELI TESTA SANTORIO1; GRAZIELLY COSER DE ASSIS1; TAIANE RANGEL DE AQUINO1; THIAGO NUNES GUERRERO2; FERNANDA MOURA LYRA1. 1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO MORAES - UFES, VITÓRIA - ES - BRASIL; 2. HOSPITAL ESTADUAL DR JAYME SANTOS NEVES, VITÓRIA - ES - BRASIL.

RESUMO:
A hérnia traumática de parede abdominal (HTPA), ocorre secundariamente ao trauma contuso do abdome, de alta ou baixa energia, resultando em defeito na musculatura e fáscia da parede abdominal, sem ferimento cutâneo e hérnias prévias. A tomografia computadorizada, auxilia na confirmação ou exclusão do defeito e lesões associadas.BC, masculino, 76 anos, operador de máquinas pesadas, aposentado, iniciou há quatro meses dor em 1/3 inferior de hemitórax esquerdo. Evoluiu com vômitos, cólicas e constipação esporádica e perda de peso importante (> 10%). Simultaneamente, surgiu tumoração em transição de hipocôndrio esquerdo e base de hemitórax esquerdo, que aumentava com os esforços e diminuía com o repouso, consistência pouco endurecida, redutível e com ruídos peristálticos à ausculta. Relato de acidente com colisão automóvel x trem há mais de 34 anos, quando apresentou trauma em base de hemitórax esquerdo.Após tomografia computadorizada de abdome, foi realizada cirurgia para correção de hérnia traumática com origem entre o 12º arco costal fixo e a primeira costela flutuante. A hérnia se estendia até o hipogástrio.O diagnóstico na fase aguda de algumas hérnias de localização atípica ou pequenas é desafiador e requer um elevado nível de suspeita. Como no caso relatado, a fraqueza da parede pode permanecer mínima e com poucos sintomas, mas após alguns anos as hérnias podem aumentar de tamanho e iniciar sintomas. Temos que considerar que uma hérnia com 34 anos de evolução e diagnosticada em paciente com 76 anos de idade, pode interferir no desfecho do tratamento, aumentando morbidade e mortalidade e até mesmo, uma maior incidência de recorrência.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2847

TÍTULO DO TRABALHO: HÉRNIA DE HANDLEBAR (HÉRNIA DE GUIDÃO). RELATO DE CASO.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FERNANDO ANTONIO MARTINS BERMUDES1; GRAZIELLY COSER DE ASSIS1; TAIANE RANGEL DE AQUINO1; PANDRELI TESTA SANTORIO1; FERNANDO TORRES BERMUDES2; CLARISSA CARLINI BALBINO1; LUANA BORGES SEGANTINE1. 1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO MORAES - UFES, VITÓRIA - ES - BRASIL; 2. HOSPITAL ESTADUAL DR JAYME SANTOS NEVES, VITÓRIA - ES - BRASIL.

RESUMO:
As hérnias traumáticas da parede abdominal são produzidas pelo trauma contuso direto de um objeto que tem força insuficiente para penetrar na pele, porém capaz de perturbar os tecidos mais profundos dos músculos e da fáscia. As hérnias de handlebar são hérnias de parede abdominal resultantes de traumatismo direto na parede abdominal anterior e geralmente, são causadas por trauma com objetos ?tipo guidão?, também chamadas de "hérnia de guidão". Localizam-se em regiões onde a parede abdominal é fraca. Tais hérnias são raras, exigindo um alto índice de suspeita para um diagnóstico clínico.JCS, masculino, 27 anos, vítima de queda de bicicleta com trauma abdominal contuso, chega ao hospital por meios próprios, com 20 horas de evolução. Na avaliação inicial não apresentava comprometimento da via aérea ou da ventilação, FC: 88 bpm, PA: 120/70 mmHg, escoriações em FIE e flanco esquerdo, tumoração local dolorosa e redutível, sem irritação peritoneal. Paciente submetido à cirurgia com incisão no local da tumoração com identificação de ruptura dos planos musculo-aponeuróticos. Não identificamos presença de sangue ou secreções na cavidade peritoneal. Após revisão da hemostasia, a parede abdominal foi fechada por planos, paciente evoluiu sem intercorrências recebendo alta no dia seguinte.Por se tratar de uma lesão pequena e incomum consequente a um impacto de baixa energia, pode passar despercebida e ser confundida na maioria das vezes, com hematoma de parede abdominal. O seu diagnóstico tem importância para identificação e tratamento da hérnia e também pelo risco de lesões internas com sangramento ou perfuração de vísceras ocas associadas.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2470

TÍTULO DO TRABALHO: Hérnia diafragmática à direita tardia associada a suboclusão intestinal: Relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BRUNO HAFEMANN MOSER; GABRIELA VIEIRA BORGES; KARINA ILHEU DA SILVA; JOSÉ FERNANDO SENS JUNIOR; JORGE EDMUNDO CALDERON CHAVEZ. HOSPITAL REGIONAL DO ALTO VALE, RIO DO SUL - SC - BRASIL.

RESUMO:
Introdução A hérnia diafragmática corresponde a enfermidade em que estruturas da cavidade abdominal atravessam a abertura causada pelo trauma e ficam alojados na cavidade torácica. Este fenômeno é raro e a grande maioria não é diagnosticada na emergência. Podem ser causadas por trauma contuso, penetrante ou iatrogênico, sendo a primeira mais prevalente. As hérnias diafragmáticas são mais comuns à esquerda, justificado pela proteção do fígado à direita. Apesar de menos comuns, as hérnias à direita são mais graves e podem cursar com alterações hemodinâmicas. O diagnóstico dessa enfermidade ainda é um desafio, principalmente pela falta de manifestações clínicas quando aguda. Relato de casoHomem de 67 anos foi encaminhado ao Pronto Socorro para investigação de oclusão intestinal após realização de colonoscopia. Na admissão, refere que iniciou com quadro de dor abdominal associada a sintomas de suboclusão intestinal intermitentes nos últimos 6 meses. Ao exame físico, ausculta pulmonar com murmúrio vesicular diminuídos em base pulmonar direita, sem ruídos adventícios. Abdômen flácido, com ruídos hidroaéreos presentes e dor a palpação de flanco direito. Colonoscopia realizada anteriormente aponta ponto de oclusão em ângulo esplênico, suspeitando de estenose. Exames laboratoriais sem alterações. Realizada radiografias de abdômen agudo, na qual a única alteração foi elevação de cúpula diafragmática direita. Tomografia computadorizada confirma presença de hérnia diafragmática direita contendo alças intestinais e rim direito. Questioanado sobre traumas prévios, paciente refere queda de altura de 4 metros 3 anos antes, sendo atendido na ocasião e liberado. Paciente foi submetido a laparotomia com reparo primário do defeito, associando sutura e colocação de tela. Não houve complicações no pós-operatório, recebeu alta no 5º dia após cirurgia. Segue em acompanhamento ambulatorial, assintomático e com Tomografia Computadorizada de controle apontando resolução do quadro. ConclusãoA hérnia diafragmática direita pode cursar com complicações graves de alta morbi/mortalidade, portanto o diagnóstico e tratamento precoce são importantes. Deve ser suspeitado sempre em traumas graves, mesmo que não sejam diretamente relacionados à transição toraco-abdominal. A Tomografia Computadorizada multislice é o exame de escolha e o tratamento pode ser realizado por laparotomia ou toracotomia.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2890

TÍTULO DO TRABALHO: Hérnia Diafragmática Esquerda Associada a Trauma Contuso; Relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GEOVANE BIASE GOMES DA COSTA1; VALÉRIA LOPES DE ANDRADE2; JOÃO JOSÉ CORRÊA BERGAMASCO2; JUAN EDUARDO RIOS RODRIGUEZ1; BRÍGIDA THAINE FERNANDES CABRAL3. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS, MANAUS - AM - BRASIL; 2. INSTITUTO DE CIRURGIA DO ESTADO DO AMAZONAS, MANAUS - AM - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS, MANAUS - AM - BRASIL.

RESUMO:
A hérnia diafragmática é uma ruptura do músculo diafragma, que causa uma conexão entre a cavidade torácica e a abdominal. Devido a pressão negativa da cavidade torácica, as vísceras abdominais a invadem, gerando desconforto de nível variável no paciente. Classificam-se de acordo com a causa, sendo a congênita mais comum que a traumática.Em situações de urgência e emergência é preciso analisar o caso com cuidado e realizar exames necessários para avaliar o paciente da melhor maneira, já que inicialmente, em sua fase aguda, não apresenta sintomas claros e muito exacerbados, podendo evoluir para encarceramento (fase latente) e estrangulamento (fase crônica).Mulher de 46 anos foi admitida com queixa de dispneia progressiva com piora há 02 dias. Relata história pregressa de acidente automobilístico duas semanas antes dos sintomas, com trauma abdominal contuso à esquerda. Ao exame físico; murmúrio vesicular abolido em terço médio e inferior de hemitórax à esquerda e ruídos hidroaéreos audíveis em terço inferior. Tomografia computadorizada foi realizada, evidenciando hérnia diafragmática volumosa em hemitórax à esquerda. Paciente submetida a laparatomia mediana. Durante a inspeção da cavidade foi visualizada um defeito de aproximadamente 16 com na hemicúpula diafragmática esquerda, com presença de estômago, partes do cólon transverso e cólon esquerdo, alças de delgado, baço e lobo esquerdo do fígado em cavidade torácica. Realizada lise de aderências intratorácicas, reposicionamento de vísceras abdominais. Em seguida correção do defeito diafragmático, sutura primária com fio inabsorvível. Posteriormente realizada drenagem fechada de tórax. No décimo dia de pós-operatório sem intercorrências recebeu alta hospitalar.As lesões diafragmáticas podem ser diagnosticadas imediatamente, em meses ou anos após o trauma. Este relato ilustra mais uma caso raro de hérnia diafragmática traumática com herniação de inúmeros órgãos denotando a complexidade do caso, no qual foi realizada a rafia primária evoluindo sem complicações

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 710

TÍTULO DO TRABALHO: Hérnia Diafragmática Pós ? Traumática: Um relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOÃO VICTOR LEITÃO MELO; JOSE RICARDO CUNHA NEVES; EVANDRO AGUIAR AZEVEDO; FRANCISCO WILLAMY PEDROSA ALVES FILHO; ANTONIO ROBSON GOMES XIMENES; KARLOS JENNYSSON SOUSA SOARES; GLICIO ARRUDA BRITO. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL, SOBRAL - CE - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O acometimento traumático do diafragma é raro, representando menos de 1% de todas as lesões. Entretanto, um alto índice de suspeita precisa ser mantido, pois o diagnóstico tardio está associado a um risco aumentado de herniação e estrangulamento de órgãos abdominais, que podem ser fatais. Nos pacientes em que o diagnóstico é duvidoso, a laparoscopia diagnóstica, a toracoscopia ou a exploração cirúrgica aberta podem ser necessárias para estabelecer o diagnóstico. A abordagem de tais lesões, quando confirmadas, pode ser feita com técnicas minimamente invasivas ou abertas, dependendo do estado geral do paciente e da presença de lesões associadas.Relato do Caso: Paciente, sexo masculino, 20 anos, vítima de ferimento por arma de fogo em região escapular esquerda em agosto de 2015. Na ocasião, realizou toracostomia com drenagem pleural fechada tendo alta hospitalar após 05 dias. Após um ano evoluiu com hemoptise de repetição, dispnéia e dor torácica. Paciente foi internado para investigação diagnóstica; TC de tórax evidenciou corpo estranho intrapulmonar (fragmento ósseo) no lobo superior esquerdo e padrão sugestivo de doença granulomatosa. Realizou segmentectomia em lobo superior esquerdo; tendo como resultado histopatológico: presença de granuloma e Aspergillus SP. Cerca de 6 meses após a cirurgia torácica, paciente dá entrada na emergência com quadro de dor abdominal intensa associada a vômitos incoercíveis. Solicitada endoscopia digestiva alta, a qual foi interrogada a presença de volvo gástrico proximal. A radiografia de tórax apresentava elevação acentuada da hemicúpula diafragmática à esquerda.A tomografia computadorizada sugeria uma hérnia diafragmática com a presença de conteúdo abdominal no interior do tórax. Paciente foi submetido a uma laparotomia exploradora, cujos achados foram presença de hérnia diafragmática esquerda com falha de cerca de 10 cm (Grau III, segundo a AAST), com estômago, baço e parte do cólon transverso em tórax esquerdo. Foi realizada a frenorafia com fio de nylon em pontos contínuos em dois planos. O pós-operatório transcorreu sem complicações.Conclusão: Portanto, apesar de incomum, as lesões do diafragma têm de ser suspeitadas, podendo a mortalidade chegar a 25%. O mecanismo da lesão e os achados do exame físico e a TC podem ajudar a diagnosticar a lesão. A exploração cirúrgica pode ser feita por via laparoscópica ou laparotômica.

CODIGO DO TRABALHO: 1391

TÍTULO DO TRABALHO: Hérnia diafragmática traumática com perfuração de cólon transverso intratorácica e laceração esplênica: relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: WILSON SANTANA SILVA JUNIOR1; ROBERTO ELIAS DO NASCIMENTO SOARES2; MARCOS PAULO FERREIRA C. ALVES REIS2; VINÍCIUS NOBRE FLÁVIO2; KELLY CRISTINA TEIXEIRA DA SILVA3; ELIPHAS LEVI ASSUMPÇÃO EGG GOMES4; DAVID FILLIPE SILVA DA CRUZ2; PEDRO HENRIQUE TEODORO DA SILVA2. 1. FAMINAS-BH, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. HOSPITAL MUNICIPAL MONSENHOR FLÁVIO D`AMATO, SETE LAGOAS - MG - BRASIL; 3. FAMINAS-BH, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 4. IPTAN, SÃO JOÃO DEL REI - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A hérnia diafragmática é definida como a evisceração transdiafragmática de conteúdo abdominal no tórax. A ruptura diafragmática ocorre em 0,8% dos pacientes vítimas de acidentes automobilísticos e em cerca de 3% a 5% dos casos de traumatismo abdominal fechado. A maioria das lacerações ocorre após trauma abdominal contuso grave, com maior prevalência na área póstero-lateral do diafragma esquerdo, que corresponde a um ponto embriológico de fraqueza. Os órgãos abdominais mais frequentemente herniados são o estômago, o omento, os cólons e o fígado, podendo haver lesões associadas como hemo/pneumotórax ou peritonismo. O tratamento cirúrgico é mandatório e o padrão ouro é a laparotomia. Pode ocorrer complicações pós-operatórias como paralisia, paresia, ou incoordenação do diafragma, encarceramento, estrangulamento, pneumotórax hipertensivo, e tamponamento cardíaco. Relato de caso: P.V.C. feminino, 13 anos, relato de queda da própria altura em banheiro, com queixa de dor torácica esquerda ventilatório-dependente. Ao exame, apresenta dor à palpação de hemitórax esquerdo, leve escoriação local, redução de murmúrio vesicular esquerdo em base do hemitórax inferior esquerdo. Radiografia (RX) de tórax com imagem compatível com bolha gástrica em região torácica esquerda, sugestiva de hérnia diafragmática, confirmada por tomografia (TC) de tórax. Paciente submetida a laparotomia exploradora que evidenciou hérnia diafragmática esquerda, com herniação de câmara gástrica e de cólon transverso, este no qual havia lesão perfurativa; e laceração esplênica grau I. Realizada redução do conteúdo herniário, rafia da lesão e drenagem torácica em selo d?água. Boa evolução pós-operatória, alta hospitalar no 06º DPO. Reinternação em 6º dia pós alta hospitalar, em quadro pequeno empiema loculado a esquerda. Optou-se por terapia conservadora (ceftriaxone + oxacilina), havendo drenagem espontânea do empiema em D11, em local da cicatriz do dreno de tórax. Alta hospitalar no D22 (término da oxacilina). Conclusão: É importante ressaltar que o diagnóstico e tratamento de acordo com o relato cirúrgico devem ser feitos o mais precocemente possível. E não se deve subestimar a dor torácica do paciente após o trauma contuso, uma vez que, pode ocasionar graves complicações ao doente. Assim, uma anamnese e propedêutica bem conduzidas proporcionam menor morbi-mortalidade aos pacientes vítimas do trauma abdominal.

CODIGO DO TRABALHO: 1897

TÍTULO DO TRABALHO: HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA TRAUMÁTICA CRÔNICA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LETICIA DO VALE REIS; LUÍSA COELHO MILHOMEM; CAMILA GOMES; LUIZ ANTONIO GOMES AMORIM; FREDDY HERRERA. UFT, PALMAS - TO - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOEm traumas penetrantes na região toraco-abdominal, a estrutura mais frequentemente acometida é o diafragma, podendo ocasionar hérnias traumáticas do diafragma, que podem surgir imediatamente após o acidente ou se desenvolver lentamente ao longo do tempo. Neste tipo de hérnia, vísceras abdominais migram para o tórax e podem permanecer assintomáticas por longos períodos, diagnosticadas ocasionalmente num exame raio x de tórax ou quando ocorrem complicações, como a obstrução intestinal ou o estrangulamento ou encarceramento de vísceras ocas herniadas.RELATO DO CASOPaciente de 32 anos, masculino, no 5° PO de colecistectomia laparotômica, admitido no Hospital Geral de Palmas com queixa de dispneia, dor e distensão abdominal há 2 dias, um dia após alta hospitalar. Realizado colecistectomia devido litíase biliar, sem intercorrências. História prévia de laparotomia exploratória por PAF em transição toraco-abdominal esquerda há sete anos.Ao exame físico na admissão, apresentava abdome hipertimpânico, distendido, dor difusa à palpação e ausculta pulmonar abolida à esquerda. Realizou raio-x de tórax e abdome, que evidenciou presença de alças intestinais com níveis hidroaéreos em hemitórax esquerdo, sendo diagnosticado hérnia diafragmática esquerda e indicada cirurgia de urgência.Realizado toracotomia posterolateral esquerda, encontrado cerca de 40 centímetros de alças de intestino delgado e cólon arroxeadas, sem necrose ou perfuração, pulmão esquerdo parcialmente colabado, múltiplas aderências entre alças, epíplon e pulmão e anel diafragmático com aproximadamente sete centímetros de diâmetro. Procedeu-se a lise das aderências, redução do conteúdo herniado para a cavidade abdominal, pneumorrafia, frenorrafia e posicionado dreno de tórax. O paciente evoluiu com melhora clínica e recebeu alta hospitalar no décimo dia de pós-operatório. CONCLUSÃOO objetivo deste trabalho é fazer o relato de um caso de hérnia diafragmática grau III crônica, pois se desenvolveu lentamente após o trauma provocado por PAF apresentando sintomas no pós operatório de colecistectomia. Os sintomas surgiram em decorrência do encarceramento de alças intestinais.Destacamos aqui a importância do alto nível de suspeita de lesões deste tipo em pacientes com história prévia de ferimento na região toraco-abdominal, direcionando bem o examefísico e exames complementares. Lesões dessa natureza exigem rápida intervenção pois estão associadas a muitas complicações e alta morbimortalidade.

CODIGO DO TRABALHO: 1901

TÍTULO DO TRABALHO: HERNIA DIAFRAGMÁTICA TRAUMÁTICA DIREITA - RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: REBECA ANTUNES DE OLIVEIRA1; RHUAN ANTONIO DE PAULA SILVEIRA E SILVA2; EVERTON GENTIL BELTRAME3; ELIANE DE QUEVEDO3; IBRAHIM MASSUQUETO ANDRADE GOMES DE SOUZA3; MARCOS ALBERTO DE MENDONÇA VEIGA4. 1. INSTITUTO VIGOR, PORTO VELHO - RO - BRASIL; 2. HOSPITAL DE BASE DR ARY PINHEIRO, PORTO VELHO - RO - BRASIL; 3. HOSPITAL DE BASE DR. ARY PINHEIRO, PORTO VELHO - RO - BRASIL; 4. HOSPITAL DE BASE ARY PINHEIRO, PORTO VELHO - RO - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoA literatura atual indica que qualquer porção do diafragma pode ser lesado no trauma abdominal contuso grave mas a grande maioria delas (80-90%) ocorre do lado esquerdo. A ruptura traumática do diafragma (RTD) direito é infrequente e está associado a quadros mais graves. Pode conduzir à herniação progressiva do fígado, cujo diagnóstico poderá ser confundido com um diafragma intacto elevado, pode causar atelectasias do pulmão direito e condicionar alterações respiratórias. O diagnóstico clínico é baseado no mecanismo de trauma e a sintomatologia e os achados no exame físico podem ser torácicos ou abdominais.Relato de CasoNPS, sexo masculino, 60 anos, vítima de colisão moto/carro há 45 dias, veio encaminhado de outro serviço, com diagnóstico de hérnia diafragmática direita devido ao trauma. Paciente chegou hemodinamicamente estável, com queixas de dor em hemitórax e hipocôndrio direito e dispneia quando assume posição de decúbito dorsal. Na propedêutica torácica foi encontrado macicez em terço médio e inferior do hemitórax direito, dor na palpação, murmúrio vesicular diminuído e ruídos hidroaéreos audíveis em ambas as regiões. A tomografia computadorizada de tórax mostrou extensa lesão diafragmática direita, com herniação do fígado, antro gástrico, primeira e segunda porção do duodeno e cólon, determinando atelectasia total dos lobos pulmonares inferior e médio e parcial do lobo superior, além de desvio mediastinal para a esquerda, fratura do 2° ao 12°arcos costais e processo transverso de L1 à direita. Foi indicada a toracotomia. Explorado digitalmente o hemitórax direito, evidenciou-se ruptura diafragmática médio lateral direita, presença de vísceras abdominais, lobo direito do fígado, vesícula biliar e ângulo hepático do cólon, múltiplas áreas de aderências e fraturas de arcos costais. Foi realizado lise das aderências, redução das vísceras herniadas, limpeza da cavidade e drenagem dos espaços, rafia do diafragma simples, interrompida, com fio monofilamentar inabsorvivel, revisão da expansibilidade pulmonar e rafia do lobo pulmonar inferior direito que durante a lise das aderências na região houve pequeno trauma ocasionando escape aéreo. Não houveram intercorrências no pós operatório e o paciente recebeu alta após 6 dias.ConclusãoA incidência de hérnia diafragmática traumática direita vem aumentando a melhoria e regionalização dos serviços de atendimento aos acidentados trouxe levou a detecção precoce e aumento da sobrevida desses pacientes.

CODIGO DO TRABALHO: 815

TÍTULO DO TRABALHO: HERNIA LOMBAR PÓS-TRAUMÁTICA: UM RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOSE MAURO DA SILVA RODRIGUES1; DECIO LUIS PORTELLA1; MARIANA FIDELIS SOLLA1; DIEGO GARDENAL ALCANTARA2; DORIVAL MANRIQUE DUARTE JUNIOR1; DANIEL CARBONIERI BATISTA DE OLIVEIRA.1; BIANCA CAROLINE ALVIM TOMAZ1; BEATRIZ PIERRO DOS SANTOS1. 1. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, SOROCABA - SP - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Em 1672, Babette sugeriu pela primeira vez a existência da hérnia lombar (HL), que ocorre por um defeito da fáscia fibromuscular da parede posterior do abdome . Extremamente rara pode ocorrer no espaço de Grynfeltt (superior) e no espaço de Petit (inferior). Mas foi só em 1906, que Selby relatou a primeira hérnia lombar traumática. Relato de Caso: Paciente do sexo masculino, 30 anos, trazido para o Conjunto Hospitalar de Sorocaba (CHS) , vítima de colisão moto X caminhão, alta cinética. Paciente foi encontrado em baixo do caminhão, e negou perda da consciência. Ao atendimento incial segundo ao ATLS® apresentou: vias aéreas pervias e colar cevical; murmúrio vesicular presente bilateralmente com FR:20 ipm; bulhas rítmicas e normofonéticas, FC:110bpm e PA:126X74mmhg; Glasgow:15. E, apresentou abdômen flácido, doloroso à palpação em baixo ventre. Desenluvamento da bolsa testicular também foi visualizado.O FAST realizado foi negativo. Foram solicitados as radiografias do tórax e fêmur. A tomografia computadorizada (TC),permitiu a visualização de uma hérnia lombar. Encaminhado para a correção cirúrgica. Durante a intervenção cirúrgica foi evidenciada a hernia lombar direita com grande quantidade de sangue em retroperitônio. Realizado o fechamento do peritôneo, e a secção do apêndice. Paciente foi liberado para abordagem pela urologia.O paciente evolui bem, sem intercorrências. Conclusão Em relação à etiologia, aproximadamente 20% das HL são congênitas, e, como causas, podemos citar: defeitos musculares, anóxia fetal, neuropraxia, encarceramento nervoso em espinha bífida e pressão por massa abdominal. Os 80% restantes são as ditas adquiridas, e podem ser classificadas como primárias (aproximadamente 55% das hérnias lombares relatadas) ou secundárias (trauma). Embora a HL traumática seja rara, o fator causal mais comum é acidentes automobilísticos, como o caso relatado.O diagnóstico de HL traumática é muito difícil, mas os médicos devem suspeitar dos achados que incluem dor de flancos, protuberância e hematoma em flancos. A TC foi realizada para diagnosticar a HL pós-traumática e descartar lesões intra-abdominais associadas.O tratamento da HL é controverso levantando questões de como e quando e como operar. Se há suspeita de lesões intra-abdominais associadas, deve-se realizar laparotomia. No entanto, se não houver suspeita, a reparação extraperitoneal primariamente ou com material protético pode ser realizada como modalidade de tratamento.

CODIGO DO TRABALHO: 3043

TÍTULO DO TRABALHO: HÉRNIA TRAUMÁTICA BILATERAL: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARIO LUIZ QUINTAS; MICHELLE LOUISE RODRIGUES BARBOSA DA SILVA; JIN HWAN YOO; CAROLINA DE SOUZA RIBEIRO VITORASSO; THAIGO PAULO TEIXEIRA DOS SANTOS; FERNANDO HENRIQUE FURTADO COUTINHO; CARLOS HENRIQUE MAIA FEITOSA; ALEXANDRE RADICCI PEGOLO. HOSPITAL ESTADUAL VILA ALPINA - SECONCI-OSS, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A hérnia traumática da parede abdominal é causada pela ruptura da musculatura e fáscia da parede abdominal sem penetração de pele ou evidência de herniação prévia no local, podendo ocorrer herniação, aguda ou crônica, do conteúdo intra abdominal através do defeito de parede.Relato de caso: Paciente de 27 anos, sexo feminino, trazida ao serviço por unidade de resgate, relatando queda de moto seguida de atropelamento por ônibus. Apresenta-se em ECG 15, SAT 99% em ar ambiente, pelve estável, PA 110X60 mmHg, FC 119 bpm, com escoriações em tórax e flancos direito e esquerdo, relatando dor à palpação em pelve e flancos bilateralmente. Foi submetida a tomografia de abdome que evidenciou hérnia traumática em flancos bilateralmente e fratura de processo transverso de L2. Foi optado por tratamento conservador e paciente evoluiu com bom controle da dor e sem complicações relacionadas ao defeito de parede.Conclusão: Apesar do aumento da incidência do trauma abdominal fechado, a hérnia traumática permanece ainda um caso clínico raro e de difícil diagnóstico, podendo ser não diagnosticada em pacientes politraumatizados devido a sua variedade de sinais e sintomas. A despeito da cirurgia ser o padrão ouro de tratamento, atualmente não há consenso entre abordagem precoce, na fase aguda, ou tardia. O tratamento deve ser individualizado baseado no tempo de apresentação, severidade da lesão, estabilidade hemodinâmica do paciente, lesões intra abdominais concomitantes e dimensão do defeito de parede associado ao risco de encarceramento.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2148

TÍTULO DO TRABALHO: Humanização do atendimento no Trauma

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PHILLIPE GERALDO T. DE ABREU REIS1; ADONIS NASR2; FLAVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASICH3; IWAN AUGUSTO COLLACO2; JEAN RAITZ NOVAIS4; JESSICA ROMANELLI AMORIM DE SOUZA4; LUIS FERNANDO SPAGNUOLO BRUNELLO4; THAIS TAKAMURA5. 1. HOSPITAL ERASTO GAERTNER, CURITIBA - PR - BRASIL; 2. HOSPITAL DO TRABALHADOR, CURITIBA - PR - BRASIL; 3. HC-UFPR, CURITIBA - PR - BRASIL; 4. UFPR, CURITIBA - PR - BRASIL; 5. UFPR, CURITBA - PR - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Cada vez mais a participação do paciente na tomada de decisões está em voga. Realizamos este estudo com objetivo de avaliar em diferentes facetas a participação do paciente em um pronto socorro de um hospital de trauma terciário. Métodos: Estudo transversal descritivo. Durante o período de fevereiro a maio de 2016, pacientes atendidos no pronto socorro foram submetidos a um questionário de forma voluntária. Foi utilizado um questionário validado, consistido em perguntas sobre a qualidade do atendimento e as tomadas de decisões feitas durante todo o atendimento. A análise de dados foi realizada com estatística simples de porcentagens. Resultados: 347 pacientes responderam ao questionário com uma média de idade de 38,94 anos. Dos pacientes entrevistados, 99,13% afirma ter sido tratado pelo nome e 97,98% relata ter sido tratado com respeito. Na amostra total, 96,25% dos pacientes relatam que tiveram sua privacidade respeitada, enquanto 2,30% dos pacientes negam esta afirmativa. No quesito se o paciente foi ouvido pelo profissional de saúde, 95,96% dos pacientes responderam que sim, contra 3,17%. Na pergunta sobre a explicação dos procedimentos realizados, 6,62% relata que não foi explicado, ao passo que 91,93% reitera a explicação. Outro ponto abordado pelo questionário foi à autonomia do paciente, onde 37,17% nega a autonomia, enquanto 54,46% afirmam tê-la. Conclusão: podemos perceber com estes resultados que alguns pontos referentes a autonomia do paciente são bem respeitados, bem como ser tratado pelo nome, com respeito, privacidade respeitada.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 688

TÍTULO DO TRABALHO: Impacto econômico do trauma por acidentes de trânsito em pacientes atendidos em hospital no interior do Ceará.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MIKAELLE LOPES RODRIGUES1; LUCAS DE MOURA PORTELA1; WANESSA RIBEIRO DE OLIVEIRA1; KAROLINE KUSTER VALTER1; BEATRICE PONTE SOUZA1; JOSÉ DE ARIMATÉA DO NASCIMENTO JÚNIOR1; PABLO AUGUSTO COELHO COSTA1; RODRIGO AGUIAR BARRETO ALVES2. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL, SOBRAL - CE - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS FORTALEZA, SOBRAL - CE - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Analisar o possível impacto do trauma no âmbito econômico dos pacientes atendidos em um hospital do interior do estado do Ceará. Método: Estudo do tipo seccional, observacional, descritivo e quantitativo abordando pacientes vítimas de trauma que deram entrada no setor de Traumato-Ortopedia da Santa Casa de Misericórdia de Sobral. Foram analisados a ocupação, renda, afastamento do trabalho, tipo de acidente, número de dias de hospitalização e dias de trabalho perdidos. A coleta de dados ocorreu no seguinte período: 30/12/2015 a 01/08/2016. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Vale do Acaraú. Resultados: A amostra foi composta por 215 pacientes, sendo 23 excluídos por serem menores de idade ou por fornecerem informações incompletas. A maioria possuía fonte de renda própria 104 (54,2%), porém, apenas 71 (37,6%) eram contribuintes do sistema de previdência social. Quanto a faixa salarial: 62 (33,5%) ganhavam 1 salário mínimo, 55 (29,7%) entre 1 e 3 salários mínimos, 49(26,5%) menos de 1 salário mínimo, 4 (2,2%) mais de 4 salários mínimos, 15(8,1%) não responderam ou não souberam responder. Quando questionados acerca do afastamento do trabalho nos últimos dois anos por motivo de trauma, 32 (16.7%) referiram que sim, acerca das faltas 42 (23,2%) relataram ter faltado nos últimos dois anos ao trabalho sendo que 6 (14,3%) faltaram devido a trauma decorrente de acidentes de trânsito. Da totalidade 141 (73,4%) dos pacientes sofreram acidentes de moto, destes, 41 (29,1%) referiram que já sofreram acidentes de moto no último ano, 34 (82,9%) ficaram em média 9,4 dias hospitalizados e 23 (56,09%) faltaram, em média, 15,7 dias de trabalho. Conclusões: A partir dos dados obtidos no estudo vê-se que o trauma, principalmente o automobilístico, tem grande importância para o setor econômico e para a saúde pública, pois ele afeta a produtividade do indivíduo por interrupção temporária de suas atividades ou pela perda de produção associada à seu óbito. Isso acarreta perda de dias de trabalho e gastos para o sistema de saúde e previdência social. Apesar disso, pode ser uma situação passível de redução através de medidas de prevenção e campanhas educativas.
Bibliografia: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015, Impactos econômicos dos acidentes de trânsito Disponível em: . Acesso em 27 jan. 2017.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 929

TÍTULO DO TRABALHO: IMPLANTE CATETER DUPLO J EM TRAUMA RENAL CONTUSO GRAU IV

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BRUNO CEZAR PASSOS SANTANA; LUCIANNE THAIS ALVES NOGUEIRA; WAGNER VILLAR LIGNANI KASCHER; LUIZ FELIPE MOREIRA NOGUEIRA; DANIEL MATEUS CABRAL PINTO; RICARDO ANTONIO DELLA LUCIA; ALINE SAYURI LOPES FUKINO; RODOLFO LEMOS SOARES SOARES. UFV, VIÇOSA - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O trauma representa a principal causa de mortalidade em pacientes com menos de 40 anos como consequência da violência urbana e acidentes de trânsito. Nos traumas que envolvem o trato urinário, os rins, são os órgãos mais afetados por estarem fixos na região retro peritoneal somente pelos pedículos renais e ureteres. Corresponde a 10% dos traumas abdominais. RELATO DE CASO: Paciente sexo masculino, 20 anos, Branco, Brasileiro, residente em Teixeiras-Mg compareceu ao Serviço de Urgência/Emergência do Hospital São Sebastião em Viçosa-MG para atendimento médico. O paciente se envolveu em acidente pilotando motocicleta. Queixas de dor forte no abdome e à direita do dorso foram relatados e sinais de hematoma, escoriações e hematúria macroscópica foram observados. Durante exame físico o paciente apresentava-se hipocorado +/4, acianótico, glasgow 15, estável hemodinamicamente, pulso 103, Pressão arterial 120x80 mmhg, afebril, palpação dolorosa, sem sinais de peritonite, hemoglobina de 13.8 g /dl, sedimentoscopia com hemoglobina +++ /4 e numerosas hemácias. Ele foi submetido à tomografia computadorizada, que revelou laceração no parênquima renal, atingindo sistema coletor à direita com extravasamento de contraste e urinoma. Classificando a lesão em trauma renal Grau IV. O paciente seguiu internado e após quatro dias de suporte clínico, controle da função renal, hematócrito e tomografia seriada. Permaneceu estável hemodinamicamente. Diante do quadro clínico foi possível o implante de cateter duplo J em ureter direito e realização de cateterismo vesical de demora. Após procedimento cirúrgico o paciente manteve-se em contínuo tratamento clinico com antibiótico terapia (ceftriaxone e ampicilia) sem apresentar qualquer alteração hemodinâmica, tendo alta hospitalar sete dias depois da admissão. Após trinta dias, retornou para nova internação e retirada de cateter duplo j. CONCLUSÃO: A lesão renal é patologia comum em centros de trauma o que torna relevante seu conhecimento para tomada de decisões adequadas. A situação hemodinâmica do paciente é o grande definidor da conduta a ser empregada. Caso não haja instabilidade hemodinâmica deve-se realizar exames de imagem, sendo a tomografia o método de escolha. A classificação radiológica é um importante fator na decisão de conduta em caso de estabilidade hemodinâmica, sendo a grande maioria das lesões uma tendência ao tratamento não operatório de imediato.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 351

TÍTULO DO TRABALHO: INSERÇÃO DO US FAST NA ROTINA DO CIRURGIÃO: DESAFIOS E PERSPECTIVAS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DANIEL LINHARES CARDOSO1; BRUNO GABRIELE COSTA1; OLAVO NAPOLEAO DE ARAUJO NETO2. 1. UNIVERSIDADE DE FORTALEZA, FORTALEZA - CE - BRASIL; 2. UNICHRISTUS, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVOS: Revisar evidências na literatura sobre utilização do US FAST. Apresentar benefícios da implantação do método em serviços de trauma. Correlacionar curva de aprendizagem, viabilidade da implementação e eficácia do método. Comparar US FAST e TC para screening. METODOLOGIA: Revisão da literatura abordando US FAST como screening no trauma. Estudo transversal buscando dados nas bases: The Cochrane Library, MEDLINE e UpToDate. Publicações de 1994 a 2016 em português e inglês foram revisadas priorizando mais recentes e alto fator de impacto. RESULTADOS: US surgiu como ferramenta diagnóstica na 2 guerra mundial e o termo FAST (Focused Assessment with Sonography in Trauma) em 1996, para descrever padrão de exame no trauma. Rápido, pouco invasivo e de fácil execução e repetição. Permite abordagem rápida e geralmente ocorre no C (circulation) da escala de abordagem do ATLS, objetiva detectar focos hemorrágicos, gerados principalmente por traumas abdominais contusos. Tem alta especificidade e baixa sensibilidade para identificar lesões viscerais. Permite triagem rápida se necessidade cirúrgica e evita TC desnecessária, diminuindo exposição à radiação, causa de 2% dos cânceres nos EUA por ano, além de diminuir custos. Primeiro objetivo é identificar líquido livre no pericárdio, intratorácico ou intraperitoneal, se apresentam hipo/anecóicos. Há ordem de prioridades na realização: janela pericárdica, hepatorrenal, esplenorrenal e pélvica, justificada pelo princípio: ?verificar primeiro o que oferece o maior risco de vida?. Método operador dependente, existe variação de 63-100% na sensibilidade. Curvas de aprendizado e qualidade da imagem crescem sem atingir plateau e curvas de sensibilidade e especificidade para detecção de líquido livre atingem valores de 80% e 96%, respectivamente, quando médico não radiologista realiza 50 exames. Tempo médio para diagnóstico é 3x menor e para centro cirúrgico diminui em 64%, comparado com TC. Limitações do exame: não diferenciação entre tipos de líquido, prejuízo da imagem em pacientes obesos ou com enfisêma subcutâneo e baixo índice de detecção de líquido livre em quantidades

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1322

TÍTULO DO TRABALHO: Intussuscepção intestinal no politraumatizado: relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PATRÍCIA JOIA PERES; EVELYN CRISTINA DA ROSA GRANJA BATALINI; THIAGO SALDANHA RODRIGUES; RODRIGO TOGNON ROSSI; THALES VIEIRA GONÇALVES; VITOR BORDINHON MERCANTE; TIMOTEO VILELA VERÍSSIMO; JEFFERSON BAGATIM. SANTA CASA DE OURINHOS, OURINHOS - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A intussuscepção intestinal consiste na migração distal de um segmento do intestino para o lúmen intestinal adjacente. É bastante comum como causa de obstrução intestinal em crianças, porém é uma condição rara em adultos. Seu diagnóstico na maioria das vezes é muito difícil, devido a pouca incidência do quadro, estando presente em apenas 5% de todos os casos de intussuscepção intestinal diagnosticados, independente da idade. É mais comumente provocada por etiologia maligna, porém pode também ser associada a pacientes com doenças benignas, como divertículo de Meckel, hiperplasia linfoide, adenite ou traumatismo abdominal.Caso Clínico: Paciente C.A.M, 22 anos, sexo masculino, deu entrada no Pronto Socorro da Santa Casa de Ourinhos no dia 08/06/2016 ás 09:39 devido evento moto x carro, trazido pelo SAMU, em glasgow 8, sob IOT, estável hemodinamicamente. Foram realizadas tomografias de crânio, cervical, tórax e abdômen. Todas as tomografias sem alterações, exceto a TC de crânio que evidenciou lesão axonal difusa, sendo o paciente internado aos cuidados da neurocirurgia. No 15º dia de internação hospitalar, paciente iniciou com quadro de distensão abdominal importante, associada à parada na eliminação de gases e fezes. Foi solicitado avaliação da cirurgia geral que indicou nova tomografia de abdômen total com duplo contraste (EV + VO), sendo identificada importante dilatação de alças de delgado, não sendo visualizado o cólon, devido não progressão do contraste. O paciente foi submetido à laparotomia exploradora, onde foi evidenciada intussuscepção em delgado há 25 cm da válvula ileocecal, cólon sem alterações. Foi realizado enterectomia com anastomose latero-lateral com grampeador linear 75mm. Paciente evoluiu bem no pós-operatório, com melhora importante da distensão abdominal, apresentando evacuação normal no 3º PO, sem apresentar novas intercorrências e sem complicações. Recebeu alta hospitalar após 30 dias, devido permanência pelo quadro neurológico.Conclusão: A intussuscepção intestinal no adulto consiste em um desafio para o cirurgião, devido a sua raridade na idade adulta, sendo em sua maioria diagnosticada no intra-operatório. No caso clínico apresentado, constatou-se durante o ato operatório uma invaginação íleo-ileal, que é a segunda localização mais freqüente, sem sinais de peritonite e isquemia intestinal. Anatomopatológico evidenciou apenas processo inflamatório crônico exsudativo.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 771

TÍTULO DO TRABALHO: LESÃO CERVICAL PENETRANTE: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MANUELA BARROS DOS SANTOS MOURA1; ADRIANO DIAS TRAJANO2; YOHANA OLIVEIRA DE BARROS3; GILVANDRO DE ASSIS ABRANTES LEITE FILHO3; GEORGE PALMEIRA BRAGA1; REBECA DANIELLY DA FONSECA1; ANNA LUIZA PORTELA TARGINO3; ANA CAROLINA OLIVEIRA DA SILVA3. 1. DISCENTE DO CURSO DE MEDICINA NA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARÍBA (UFPB), JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. PROFESSOR-ORIENTADOR DA LAC-PB. MEMBRO DA CBC. MESTRE EM CIRUGIA PELA UNICAMP., JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 3. DISCENTE DO CURSO DE MEDICINA NA FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA (FAMENE), JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVO:Traumas cervicais penetrantes são complexos, potencialmente fatais e de difícil avaliação, representando um desafio diagnóstico nos serviços de trauma. O objetivo desse trabalho é realizar uma revisão sistemática sobre a importância do diagnóstico precoce no trauma cervical, visando submeter o paciente a um manejo operatório seletivo.MÉTODO:Foi realizada uma revisão sistemática na plataforma PubMed dos últimos 5 anos, através dos descritores ?penetrating trauma cervical?, ?injury? e ?penetrating trauma?. Sendo o critério de inclusão, os artigos que apresentava diagnóstico e tratamento das lesões cervicais penetrantes.RESULTADOS:Dos 35 artigos analisados foram selecionados cinco (14,2% do total). As lesões penetrantes do pescoço correspondiam de 5% a 10% das vítimas de trauma, com mortalidade que variava de 3% a 10%. A maioria dos casos foi do sexo masculino (88% do total), sendo a idade média de 28 anos. A Zona II cervical foi a mais acometida (44%), seguida pela Zona I (33%) e Zona III (23%). Os ferimentos por armas de fogo representavam 56,7% dos casos e arma branca 33,3%. A lesão vascular é o trauma mais frequente (40% do total), com 50% de mortalidade, e a lesão arterial ocorreu entre 15 a 25% dos casos, sendo 80% nas carótidas e 43% nas vertebrais. Para o diagnóstico de lesões vasculares foi utilizada a angiotomografia, com 98% de sensibilidade. As lesões medulares representavam 16% dos casos, enquanto as aerodigestivas, 10%. Das lesões aerodigestivas, 54% não foram identificadas na tomografia computadorizada (TC). As lesões de esôfago têm uma mortalidade estimada em 20%. No que diz respeito à abordagem cirúrgica, a cirurgia imediata ocorreu em 19% das vítimas, sendo a hemorragia (64% dos casos) e o hematoma em expansão (22%) as principais indicações. O manejo seletivo foi realizado em pacientes estáveis e aconteceu em 81% dos casos, dos quais 26% necessitaram de procedimentos operatórios após os exames.CONCLUSÃO:A avaliação da lesão cervical penetrante pode ser feita pela TC em pacientes estáveis. A angiotomografia é o exame mais sensível para avaliar lesões vasculares, sendo que o ultrassom doplller também pode ser utilizado. Na suspeita de lesões aerodigestivas, o esofagograma e a endoscopia digestiva alta devem ser realizados.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1236

TÍTULO DO TRABALHO: LESÃO COMBINADA DE ARTÉRIA INOMINADA E TRAQUÉIA PÓS REALIZAÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA: RELATO DE CASO.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BERNARD COSTA FAVACHO1; FERNANDA VEIGA GONÇALVES2; FELIPE AUGUSTO HAGE SOARES2; GABRIELA TRINDADE GÓES2; ALLAN HERBERT FELIZ FONSECA2; AJALCE DE JESUS LEAO JANAHU3; ALEXANDRE ERNESTO POZZEBON MOURÃO2; HÉLIO FERNANDO MACHADO SILVA2. 1. HOSPITAL OPHIR LOYOLA, BELEM - PA - BRASIL; 2. HOSPITAL OPHIR LOYOLA, BELÉM - PA - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ, BELÉM - PA - BRASIL.

RESUMO:
INTRODRUÇÃO: A incidência de morbidades decorrentes da traqueostomia varia de 4% a 10% e a mortalidade é menor que 1%. A complicação mais comum é a hemorragia observada no pós-operatório imediato (3,7%), seguida pela obstrução da cânula por secreção (2,7%) e o deslocamento da cânula (1,5%). Lesão de grandes vasos no intra-operatório é extremamente raro, podendo ocorrer em campos cirúrgicos preenchidos com tecido de cicatrização ou tumor e em casos de emergência. RELATO DE CASO: Paciente masculino, 28 anos, deu entrada no pronto atendimento cirúrgico com história de acidente automobilístico, com trauma cranioencefálico grave, Glasgow 3. Permaneceu internado com a equipe de neurocirurgia por quadro de hemorragia intraparenquimatosa. Após 7 dias de intubação orotraqueal, submetido a traqueostomia, apresentando sangramento abundante após passagem de cânula. Paciente conduzido ao centro cirúrgico, sendo abordado em conjunto com cirurgia vascular, sendo realizado cervicotomia lateral direita com prolongamento para - esternal direito, com identificação de lesão de artéria inominada em borda antero superior. Realizada arteriorrafia primária e colocação de cânula traqueal. No 7º pós operatório (PO) paciente evoluiu com sangramento em região de ferida operatória cervical, com instabilidade hemodinâmica. Submetido a nova abordagem cirúrgica, com evidencia de lesão posterior em artéria inominada, além de grande lesão circunferencial da traquéia. Realizado arteriorrafia e traqueorrafia primárias, revisão de hemostasia e reposicionamento da cânula traqueal. No 2º PO apresentou saída de ar pela ferida operatória compatível com o ciclo do respirador. Realizado tomografia computadorizada de pescoço e tórax com reconstrução da traquéia, sendo evidenciado falso trajeto da cânula. Reposicionamento da cânula efetuado por broncoscopia. Paciente permaneceu em leito de terapia intensiva e evoluiu a óbito após 1 dia. CONCLUSÃO: A traqueostomia cervical é um procedimento antigo. É tida na maioria dos serviços como um procedimento eletivo. Lesões de grandes vasos são eventos raros, porém com alta mortalidade. Profissional que realiza o procedimento deve conhecer e estar apto a solucionar possíveis complicações.

CODIGO DO TRABALHO: 1145

TÍTULO DO TRABALHO: Lesão de ceco em hérnia de parede abdominal traumática

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: HEITOR FERNANDO XEDIEK CONSANI1; MARILIA COLTURATO CLETO2; YASMINE HENRIQUES DE FIGUEIREDO REBECCHI2. 1. CENTRO CIRURGIA DA HÉRNIA E UNIDADE REGIONAL DE EMERGENCIA - CHS, SOROCABA - SP - BRASIL; 2. UNIDADE REGIONAL DE EMERGENCIA - CHS, SOROCABA - SP - BRASIL.

RESUMO:
A hérnia de parede abdominal traumática (HPAT) é uma entidade clínica rara em termos de etiologia. Ele ocorre após uma lesão abdominal contundente com energia alta o suficiente para causar ruptura da camada musculoaponeurótica, mas não a camada de pele elástica. É frequentemente associada a lesões intra-abdominais subjacentes, que podem ser diagnosticadas clinicamente ou radiologicamente, já as lesões de víscera herniadas é ainda mais raro. Relatamos um caso de HPAT em um jovem com explosão do ceco herniado causando grande pneumoritoneo e enfisema subcutâneo. Ele foi tratado cirurgicamente, evoluindo com necrose séptica da parede abdominal. Relatamos um caso de HPAT em um jovem com explosão do ceco herniado causando grande pneumoritoneo e enfisema subcutâneo. Ele foi tratado cirurgicamente, evoluindo com necrose séptica da parede abdominal. Considerando o alto volume de casos de traumatismo abdominal contuso que se apresentam nos serviços de emergência há poucos casos de HPAT relatados na literatura. Pode ainda existe confusão quanto ao momento e ao modo de manejo dessa condição

CODIGO DO TRABALHO: 1587

TÍTULO DO TRABALHO: Lesão intraperitoneal de bexiga após trauma abdominal fechado.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LARISSA REGINATO JUNGES; ALANA DUSO; ROGERIO FETT SCHNEIDER; MARCELLA FRUET; IZABELA DE MAGALHÃES TRINDADE; LETICIA FERREIRA VAZ; KAROLINE ROBERTI; BÁRBARA MOLON ANDREAZZA. UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL - ULBRA, CANOAS - RS - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A lesão de bexiga é infrequente, uma vez que o órgão se encontra protegido pela estrutura pélvica. A lesão costuma ocorrer em 1,6% dos traumas abdominais, geralmente associada a fratura de pelve (90% dos casos) ou ao trauma na região inferior do abdome quando a bexiga está distendida1. A diferença na cinemática do trauma resulta lesões diferentes as quais são classificadas em intra ou extraperitoneal. A distinção do tipo de lesão é feita por exame de imagem e é fundamental para a conduta terapêutica adequada. RELATO DE CASO: Paciente feminino, 35 anos, chega ao Hospital de Pronto Socorro de Canoas/RS trazida pelo SAMU devido à acidente de carro, estável hemodinamicamente, referindo apenas dor abdominal em baixo ventre. Sem sinais clínicos relevantes, apenas desconforto a palpação abdominal. Tomografia Computadorizada com presença de líquido livre na cavidade abdominal. Paciente Paciente submetida a videolaparoscopia, sendo diagnosticado lesão em bexiga, realizada rafia em dois planos de lesão, com revisão da cavidade que não evidenciou outras lesões. Foi inserida sonda vesical de demora a qual permaneceu com irrigação por 24 horas após a cirurgia. No exame físico pós-operatório, abdome flácido, depressível, desconforto à palpação, sem sinais de irritação peritoneal, com ruídos hidroaéreos (RHA) presentes, e diurese por sonda vesical. Recebeu alta hospitalar dois dias após a cirurgia em bom estado geral, afebril, deambulando sem auxílio. CONCLUSÃO: A clínica da lesão de bexiga é inespecífica, tendo a dor suprapúbica e o baixo volume urinário como os principais sinais de alerta. A presença de líquido livre na cavidade, retenção urinária, hematúria macroscópica, distensão abdominal, ausência de RHA, e aumento da uréia e da creatinina sérica são outros sinais que podem auxiliar no diagnóstico, porém apenas o exame de imagem o confirma2. A cistografia retrógrada é o padrão-ouro, porém outro exame utilizado é a cistotomografia a qual demonstra resultados iguais ou até mesmo superiores quando comparados. Nas lesões extraperitoneais, o tratamento é conservador com sondagem vesical de demora, enquanto que nas lesões intraperitoneais é preconizado tratamento cirúrgico com rafia das lesões e posterior sondagem. A videolaparoscopia é uma opção viável pois além de ser uma abordagem minimamente invasiva, ela possibilita a rafia vesical, porém só pode ser utilizada em casos de lesão vesical isolada sem a presença de outras lesões abdominais1 .

CODIGO DO TRABALHO: 3021

TÍTULO DO TRABALHO: Lesão oculta de ureter pós laparotomia exploradora por ferimento por arma de fogo

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: WANDERVÂNIA GOMES NOJOZA1; LUCAS MONTE DA COSTA MORENO1; SAULO AIRES OLIVEIRA1; PLÍNIO HENRIQUE FERNANDES LEANDRO2. 1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO - UFC, FORTALEZA - CE - BRASIL; 2. INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA - IJF, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Lesões ureterais causadas por trauma são incomuns pelo fato do ureter ser uma estrutura relativamente protegida pelas estruturas adjacentes e por sua mobilidade e espessura reduzida. As lesões ureterais envolvem menos de 1% de todo o trauma do trato geniturinário e estão predominantemente associadas a lesões penetrantes.Relato de caso: Paciente do sexo masculino, 21 anos, vítima de ferimento por arma de fogo em nádega esquerda e coxa direita. Na admissão hospitalar, paciente encontrava-se estável hemodinamicamente, porém com sinais de peritonite. Submetido à laparotomia exploradora, sendo evidenciado: 6 lesões de intestino delgado, 4 lesões em sigmoide, moderada quantidade de sangue e contaminação na cavidade. Realizado enterorrafia, retossigmoidectomia com fechamento do coto distal e lavagem da cavidade.Durante o pós-operatório, evoluiu com distensão abdominal, piparote positivo e ausência de irritação peritoneal, sendo suspeitada lesão desapercebida ou térmica durante a laparoscopia.Realizado tomografia computadorizada de abdome total evidenciando imagem com densidade metálica localizada na cavidade pélvica à esquerda e grande quantidade de líquido livre no interior da cavidade abdominal e pélvica.Realizado paracentese com coleta de líquido ascítico para posterior estudo que evidenciou aumento da creatinina e potássio, confirmando ascite urinária.Paciente submetido à reoperação com achados de grande quantidade de urina na cavidade, aderências em alça e lesão distal de ureter esquerdo com alojamento do projétil próximo á junção ureterovesical. Realizado lise de aderências, dissecção de ureter distal com transplante transvesical.Conclusão: O trauma ureteral externo é raro. Dessas lesões, 7% correspondem a trauma penetrante. O resto compreende 75% por iatrogenia e 18% por trauma fechado. O terço inferior do ureter é o local mais acometido. Uma exploração prolongada do retroperitônio é obrigatória em todos os casos de lesão penetrante nesta região. O tratamento depende do local acometido e da gravidade da lesão. Em lesões mínimas, pode ser usado apenas cateter. Em lesões completas, se ocorrer no terço superior ou médio, uma das alternativas de reconstrução pode ser a uretero-ureterostomia. Na perda ureteral completa, pode ser feito interposição ileal (tardia) ou autotransplante (tardia). Os sinais mais importantes de fuga urinária são íleo prolongado, febre de baixo grau, sensibilidade ao flanco e drenagem persistente dos locais operatórios.

CODIGO DO TRABALHO: 2921

TÍTULO DO TRABALHO: LESÃO TRANSFIXANTE DO FÍGADO POR PROJÉTIL DE ARMA DE FOGO TAMPONADA COM BALÃO DE SENGSTAKEN BLAKEMORE: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JÔNATAS WELLINGTON DA SILVA BEZERRA1; ADRIANO DIAS TRAJANO2; MANUELA BARROS DOS SANTOS MOURA1; NAYYARA MARCIA FERREIRA CARREIRO1; CAMILLA DE ALMEIDA FRANCA FALCÃO3; JÉSSICA CENEDESE4. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA TARCÍSIO DE MIRANDA BURITY, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 3. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 4. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O fígado é um dos órgãos abdominais mais frequentemente acometido por trauma fechado ou penetrante. A lesão transfixante do fígado por projétil de arma de fogo (PAF) pode ser de tratamento extremamente complicado, devido à dificuldade de acesso ao sangramento intra-hepático profundo. Portanto, levando-se em consideração que o tratamento cirúrgico das lesões hepáticas de difícil acesso tem alta mortalidade, o tamponamento hepático com balão de Sengstaken-Blakemore representa uma medida eficaz de controle de danos e na melhora da hemostasia do paciente.RELATO DE CASO: RCM, 22 anos, admitido no Hospital de Trauma de João Pessoa ? PB, vítima de ferimento por PAF na região lombar direita. Ao exame inicial: paciente se encontrava com via aérea pérvia, ausculta pulmonar direita com diminuição do murmúrio vesicular, saturação de oxigênio de 95%. Pele pálida e úmida, frequência cardíaca de 105 batimentos por minuto, pulso radial fino e rápido. Escala de coma de Glasgow 15. O orifício de entrada do PAF era na região lombar direita ao nível da ponta escapular e sem orifício de saída. Submetido à drenagem torácica direita com saída inicial de 1.200 mL de sangue. Em seguida, foi realizada a laparotomia exploradora na qual se constatou cerca de 200 mL de sangue na cavidade peritoneal, hematoma retroperitoneal e ferimento transfixante hepático com entrada em segmento IV e saída em segmento VII, com sangramento ativo. A conduta foi o rápido tamponamento da lesão hepática transfixante passando uma sonda de Sengstaken - Blakemore entre os orifícios e percebeu-se em seguida a cessação da hemorragia. Ao fim do procedimento, o paciente estava com hemoglobina de 7,5 g/dL e sem débitos sanguíneos pelos drenos abdominais e pelo balão. Paciente evoluiu ao óbito na Unidade de Terapia Intensiva, sendo mantido vivo com controle de danos por um período de 36 horas após a sua admissão.CONCLUSÃO: As lesões hepáticas transfixantes por PAF representam um grande desafio para o cirurgião de trauma. O tamponamento dessas lesões com o balão mostra grandes vantagens. A possibilidade de hemostasia sem hepatotomias ou hepatectomias complexas. A rapidez e facilidade de colocação e retirada do balão sem maiores danos ao paciente. Por fim, o uso do balão de Sengstaken - Blakemore é uma excelente opção terapêutica no manejo do trauma hepático penetrante por PAF.

CODIGO DO TRABALHO: 2749

TÍTULO DO TRABALHO: LESÃO TRAUMÁTICA DE TRONCO TIREOCERVICAL ESQUERDO: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ALEXANDRE ERNESTO POZZEBON MOURÃO1; NATALIE ALMEIDA SILVA1; FABIO ALVES MORIKAWA CALDEIRA1; LEANDRO DE SOUSA COELHO1; VICTOR DE FREITAS FERREIRA1; HIGOR LUCIANO SERIQUE GATO LEITE1; LARA BEATRIX SNIJDERS RIZZI ROGERIO1; ERIKA SILVA SPESSIRITS2; ALLAN HERBERT FELIZ FONSECA1. 1. OPHIR LOYOLA, BELÉM - PA - BRASIL; 2. OPHIR LOYOLA, BELEM - PA - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: As lesões cervicais penetrantes estão presentes em 5-10% das pacientes vítimas de trauma, com uma mortalidade estimada em 3-10%. Os ferimentos penetrantes são mais comumente causados por arma de fogo, mecanismo que possui maior mortalidade. RELATO DE CASO: R.P.L, 21 anos, sexo masculino, deu entrada em hospital de referência em traumatologia em Belém/PA, encaminhado da UPA de Abaetetuba, com ferimento por arma branca em zona I cervical, na fúrcula esternal. Necessitou de intubação, sendo mantido sob sedação, em ventilação mecânica, hemoestável, normotenso e normocárdico. Evoluiu com hipotensão grave, após estabilização realizada angiotomografia computadorizada com evidência de hematoma em região cervical à esquerda. Foi submetido a cervicotomia exploradora em que constatou volumoso hematoma muscular. Durante o inventário, ocorreu destamponamento de lesão arterial e sangramento profuso, na base do pescoço, o qual foi controlado parcialmente com sonda de Foley. Realizou-se ligadura tática da veia jugular interna. Foi necessário seccionar e ligar o ducto torácico. Identificou-se secção do tronco tireocervical esquerdo junto à sua origem na artéria subclávia, o qual foi tratado com ligadura. Apesar de várias tentativas, persistiu discreto escape difuso de linfa sendo inserido dreno portovac. Paciente permaneceu em CTI no pós-operatório, mantendo-se hemoestável com uso de droga vasoativa. Dreno à vácuo com secreção amarelo citrina, em pequena quantidade. Radiografia de tórax demonstrou área de hipotransparência em todo hemitórax esquerdo. Evoluiu com estado hipercatabólico e foi iniciada Nutrição Parenteral Total. Atualmente, permanece grave em CTI, sob cuidados intensivos. CONCLUSÃO: Os ferimentos cervicais penetrantes são de alta complexidade devido à presença de grande quantidade de estruturas vitais alojadas em um pequeno espaço. O diagnóstico e a intervenção precoces são fundamentais para redução da morbimortalidade.

CODIGO DO TRABALHO: 1095

TÍTULO DO TRABALHO: LESÕES HEPÁTICAS grau II, III e IV: controle de dano, ráfia ou hepatectomia?

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CLEANTO HENRIQUE MEDEIROS DE SOUSA TÔRRES1; IRAMI ARAUJO FILHO1; AMÁLIA CÍNTHIA MENESES RÊGO1; BÁRBARA NARCISO DUARTE1; MARCUS VINICIUS CARNEIRO TORRES DE PAULA2; CLARISSE SALES GURGEL2; THAÍS ROSSANA CRUZ DE SOUZA2; ANA KARLA DE SOUSA ALMEIDA3. 1. UNIVERSIDADE POTIGUAR-LAUREATE INTERNATIONAL UNIVERSITIES, NATAL - RN - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE POTIGUAR-LAUREATE INTERNATIONAL UNIVERSITIE, NATAL - RN - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE POTIGUAR-LAUREATE INTERNATIONAL UNIVERSITIE, NATAL - RJ - BRASIL.

RESUMO:
Objetivos: Definir a melhor conduta a ser tomada diante de uma lesão hepática, considerando às condições clínicas do paciente assistido, o grau da lesão - segundo definição da American Association for The Surgery of Trauma (AAST) ? entre II e IV, o mecanismo do trauma e as potenciais chances de sucesso. Métodos: Revisão de literatura a partir de artigos da base de dados Up To Date, PUBMED e MEDLINE publicados a partir de 2012 usando os descritores ?liver trauma?, ?liver trauma mangement? e ??management of hepatic trauma?. Resultados: O avanço e auxílio da Tomografia Computadorizada na rotina do trauma permitiu optar-se pelo tratamento conservador para lesões graus II e III em traumas hepáticos simples não penetrantes diante de pacientes com estabilidade hemodinâmica e ausência de comorbidades. Em grau IV ou diante de instabilidade hemodinâmica, a cirurgia está indicada. Em termos de cirurgia de controle de dano, o packing hepático, quando adotado como abordagem precocemente, aumenta a sobrevida dos doentes com lesões graves, como a grau IV, em 31-57%. Em algumas revisões, o packing do fígado seguido por laparotomia para reavaliação e remoção das compressas, controlou a da hemorragia em mais de 80% dos casos analisados. Cerca de 50% dos pacientes traumatizados que poderiam evoluir com insucesso diante de uma laparotomia definitiva conseguiram sobreviver com essa abordagem. A hepatorrafia continua sendo bastante utilizada e com boas respostas imediatas e em termos de mortalidade e morbidade do paciente com lesão IV. A hepatectomia está reservada para lesões mais graves. Conclusões: O tratamento conservador está bem indicado para pacientes com lesões II e III caso estejam estáveis hemodinamicamente e sem outros traumas ou comorbidades associadas. Em lesões grau IV ou diante de instabilidade hemodinâmica, reserva-se a abordagem cirúrgica a qual a técnica referente a controle de danos tem mostrado bons resultados. A rafia, comumente usada, está associada a um único tempo cirúrgico com potencial possibilidade de correção da lesão, o que a torna uma abordagem bastante aceita e praticada pela maioria dos cirurgiões. A hepatectomia se destina a casos reservados. Referências: 1-Ashley Britton Christmas, David G Jacobs. Management of hepatic trauma in adults. Disponível em: < http://www.uptodate.com/contents/management-of- hepatic-trauma- in-adults?source=search_result&search=trauma%20hepatico&selectedTitle=1~79#H631340675>.Acesso em 14 de Maio, 2016.

CODIGO DO TRABALHO: 2989

TÍTULO DO TRABALHO: MANEJO DO PACIENTE COM TRAUMATISMO PENETRANTE DE TÓRAX: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LEONARDO GETÚLIO PIOVESAN1; JOÃO AUGUSTO DOS REIS GUERRA2; ANDRÉ RIVAS ZAGOURY3. 1. UNIVALI, ITAJAÍ - SC - BRASIL; 2. UNOESC, JOAÇABA - SC - BRASIL; 3. HDP, FREDERICO WESTPHALEN - RS - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Traumatismos penetrantes no tórax têm assumido grande importância não só pela sua incidência, mas também pelo aumento da gravidade e mortalidade desse tipo de ferimento. São condições que, em serviços de menor volume, não são tão comumente encontradas, representando, no geral, um desafio e uma dúvida quanto ao diagnóstico e definição de conduta, que na maioria dos casos precisa ser imediata. Tendo em vista que a maior parte das vítimas desses traumas morrem nas primeiras horas ou de suas complicações, evidencia-se a importância de diagnosticar e tratar precocemente as condições da maneira ideal.Relato do caso: Paciente adulto jovem do sexo masculino, deu entrada no serviço de pronto atendimento do Hospital Divina Providência, Frederico Westphalen/RS, trazido pela Unidade de Serviço Avançado do SAMU, com quadro clínico de choque hemodinâmico, apresentando ferimento por arma branca na região antero-lateral do tórax. No exame de entrada, hipotensão, taquicardia e taquipnéia, sem pneumotórax. Foi diagnosticado quadro de choque cardiogênico, sendo realizada pericardiocentese, obtendo-se 60 ml de sangue, porém mantendo condição hemodinâmica instável. Seguiu-se então para toracotomia de emergência, que revelou hemopericárdio, ferimento penetrante no átrio direito e lesão de artéria intercostal, associada à fratura de arco costal anterior, sem lesão de grandes vasos. Posteriormente, prosseguiu-se para rafia da parede atrial lesionada e ligadura de artéria intercostal. O paciente apresentou boa melhora hemodinâmica e evoluiu bem, não apresentando complicações pós-operatórias durante a internação hospitalar.Discussão: O caso relatado reforça a necessidade de, quando diante de quadros emergenciais envolvendo estruturas torácicas, identificar as condições e tratá-las de forma rápida e efetiva. Os ferimentos penetrantes no tórax representam grande parte dos traumas envolvendo essa região e devem ser conduzidos de maneira a garantir o suporte hemodinâmico e respiratório, a fim de aumentar a sobrevida e diminuir a taxa de possíveis complicações decorrentes.

CODIGO DO TRABALHO: 1101

TÍTULO DO TRABALHO: Manejo em trauma cervical penetrante

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CLEANTO HENRIQUE MEDEIROS DE SOUSA TÔRRES1; AMÁLIA CÍNTHIA MENESES RÊGO2; BÁRBARA NARCISO DUARTE3; CÉSAR DE CARVALHO GARCIA2; IRAMI ARAUJO FILHO2; JÉSSICA SIEBRA MACÁRIO DE BRITO3; MARCUS VINICIUS CARNEIRO TORRES DE PAULA3; MATEUS HENRIQUES DA COSTA BEZERRA DE FIGUEIREDO3. 1. UNIVERSIDADE PORTIGUAR, NATAL - RN - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE POTIGUAR-LAUREATE INTERNATIONAL UNIVERSITIES, NATAL - RN - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE POTIGUAR-LAUREATE INTERNATIONAL UNIVERSITIE, NATAL - RN - BRASIL.

RESUMO:
Objetivos Revisar a abordagem do Trauma Cervical Penetrante (TCP), com enfoque em critérios para seu manejo, preenchendo indicações para tratamento cirúrgico ou conservador. Métodos Constitui-se de uma revisão de literatura nas bases de dados PubMed, MEDLINE e SCIELO, utilizando os descritores trauma cervical penetrante, lesão do pescoço, trauma cervical, traqueal e esofágico. Foram incluídos artigos de língua inglesa e portuguesa, publicados entre 2009 e 2016. Resultados A região cervical é dotada de estruturas vitais pouco protegidas anatomicamente, lesões penetrantes nela podem levar a hemorragia grave e comprometer as vias aéreas. São classificadas de acordo com o nível anatômico da lesão dividido em zonas: Zona I estende-se da fúrcula esternal até cartilagem cricoide; Zona II estende-se da cartilagem cricoide até o ângulo da mandíbula e Zona III que se estende do ângulo da mandíbula a base do crânio. A avaliação e tratamento cirúrgico de lesões nas zonas I e III são complicados pela proximidade da cavidade torácica e da base do crânio, respectivamente. A maioria ocorre na zona II, nessa área as lesões são clinicamente aparentes e o controle vascular é relativamente direto. As indicações para exploração cirúrgica imediata são: comprometimento de vias aéreas, enfisema subcutâneo maciço, ferida borbulhante, sangramento ativo profuso, choque refratário, estridor, rouquidão, pulso carotídeo diminuído, hematoma em expansão e sinais de acidente vascular cerebral. Na conduta conservadora ferimentos cervicais que não necessitam de cirurgia imediata, precisam de exames complementares com avaliação aerodigestiva com tomografia computadorizada, broncoscopia, endoscopia alta ou esofagografia para excluir uma lesão. Conclusões O TCP é melhor tratado com a conduta seletiva. A evidência sugere que a intervenção cirúrgica urgente em pacientes instáveis e um exame clínico cuidadoso de pacientes aparentemente estáveis guiando a necessidade de novas investigações ou intervenções são a melhor abordagem.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2418

TÍTULO DO TRABALHO: MANEJO LAPAROSCÓPICO DE TRAUMA PANCREÁTICO ISOLADO EM CRIANÇA? Relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LORRAINE CRISTINA PASSOS MARTINS; MILTON STEINMAN; GUSTAVO FERNANDES DE ALVARENGA; CAMILA ALOISE CRUZ; PAULO MARCOS LONGUINI MAZILI; FELIPE MARTIN BIANCO ROSSI. HOSPITAL ALBERT EINSTEIN, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoEmbora o trauma pancreático seja um evento raro, o pâncreas é o quarto órgão abdominal sólido mais acometido no trauma abdominal fechado e deve ser especialmente investigado em pacientes com trauma no andar superior do abdome. O comprometimento do ducto pancreático principal constitui a base para classificação da lesão pancreática pela American Association for the Surgery of Trauma (AAST), e esta guia o manejo da lesão entre abordagem cirúrgica ou conservadora.Relato do CasoMenino, 8 anos de idade, atendido no Hospital Abert Einstein, em janeiro de 2017, com histórico de trauma por queda de bicicleta. Na avaliação primária, o paciente encontrava-se alerta, sem comprometimento de via aérea ou alteração hemodinâmica, queixando de dor no membro superior direito, sem outras alterações ao exame inicial. Na avaliação secundária, foi identificado deformidade no membro superior direito e dor a palpação abdominal. Não apresentava hematoma ou sinais de irritação peritoneal. Solicitado tomografia computadorizada de abdome que evidenciou laceração pancreática grau III (AAST), sem outras lesões aparentes intra-abdominais. Indicado tratamento cirúrgico, e o paciente foi submetido a pancreatectomia corpocaudal com preservação esplênica e drenagem do leito pancreático, por via laparoscópica. O paciente apresentou adequada evolução no pós operatório, recebendo alta hospitalar no PO7. No seguimento ambulatorial foi identificado fístula pancreática de baixo débito, sem comprometimento sistêmico, tratada conservadoramente com resolução espontânea em 14 dias.ConclusãoO trauma pancreático é raro e de difícil diagnóstico, devendo-se manter alta suspeita em casos de trauma fechado no andar superior do abdome. A TC é o método de escolha para investigar lesões pancreáticas e permite classificar a gravidade da lesão. O tratamento consiste primariamente em controle hemodinâmico e posterior tratamento definitivo da lesão. No caso relatado, o paciente não apresentou instabilidade hemodinâmica e foi prontamente submetido ao tratamento cirúrgico por via laparoscópica, abordagem esta que possibilitou a preservação esplênica com segurança, permitindo menor trauma cirúrgico ao paciente. O manejo laparoscópico é uma abordagem viável e minimamente invasiva, que pode ser aplicado na abordagem de pacientes com trauma pancreático fechado com estabilidade hemodinâmica, e deve ser incentivada em centros que possuam profissionais habilitados e experientes em técnica laparoscópica.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2286

TÍTULO DO TRABALHO: MORTES VIOLENTAS POR ARMAS DE FOGO NO ESTADO DE SERGIPE

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: AMANDA MARIA MENEZES MOURA1; EDINALDO GOMES DE OLIVEIRA NETO1; STEPHANIE ARAUJO MARQUES1; FILIPE MIGUEL BRITO FERNANDES DA SILVA2; HELDA CRYSTIANE CIRILO TELES1; ISABELLA PAIVA PALMEIRA1; LARISSA KEYLLA ALMEIDA DE JESUS1; SONIA OLIVEIRA LIMA1. 1. UNIVERSIDADE TIRADENTES - UNIT, ARACAJU - SE - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE, LAGARTO - SE - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Traçar o perfil das mortes violentas por armas de fogo no estado de Sergipe.Método: Foi realizado estudo prospectivo com dados de mortes violentas por armas de fogo ocorridas no estado de Sergipe, atendidas no Instituto Médico Legal na cidade de Aracaju-SE no período de abril de 2014 a abril de 2015. A amostra foi coletada, por estudantes de medicina em forma de busca ativa, mediante os dados colhidos nos atestados de óbito e por entrevistas aos familiares dos falecidos. Foi aprovada pelo comitê de ética e pesquisa.Resultados: No período estudado, dos 2157 óbitos, 602 ocorreram por armas de fogo, sendo o maior percentual de vítimas do sexo masculino (94,2%), na faixa etária de 20 a 29 anos (41,5%), grau de escolaridade fundamental I (1ª a 4ª série) (46,5%), etnia parda (78,4%), autônomos (29,9%) e solteiros (78,9%). A zona urbana apresentou 75,7%, via pública com 79,6% e o leste sergipano, que é a mesorregião onde está localizada a capital do estado, com 62,8%. A circunstância predominante do agravo foi o homicídio com 98,8% dos óbitos e o suicídio ocorreu em 0,8%.Conclusões: Em Sergipe, a morte violenta por armas de fogo segue o panorama nacional, vitimando homens jovens, causando transtornos emocionais e perda financeira tanto para os familiares como para o estado. Os homicídios, a zona urbana e a via pública apresentaram a maior frequência desses agravos o que mostra a necessidade de investir mais recursos na segurança pública.Bibliografia:TRINDADE, R. F. C. dá; CORREIA, M. A. A. Perfil epidemiológico das vítimas de arma branca e de fogo em um hospital de emergência. Rev Enferm Atenção Saúde [Online]. jan/jun 2015; 4(1):55-64.MACIEL, et al., Estudo descritivo do perfil das vítimas com ferimentos por projéteis de arma de fogo e dos custos assistenciais em um hospital da Rede Viva Sentinela. Epidemiol. Serv. Saude, Brasília, 25(3):607-616, jul-set 2016.TRINDADE, et al., Mapa dos homicídios por arma de fogo: perfil das vítimas e das agressões. Rev Esc Enferm USP · 2015; 49(5):748-755.ABREU, et al., Perfil epidemiológico das agressões por arma de fogo e arma branca no interior da Bahia. Rev.Saúde.Com 2014; 10(4): 360-367.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2223

TÍTULO DO TRABALHO: O impacto dos smart-phone na avaliação diária dos pacientes sem exposição da privacidade

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PHILLIPE GERALDO T. DE ABREU REIS1; ADONIS NASR2; FLAVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASICH3; IWAN AUGUSTO COLLACO2; BRENO LOPES PORTO4; MARCIO CANEVARI FILHO4; MARINA NARDELLI GOES5; PEDRO AUGUSTO DE ASSIS GOES6. 1. HOSPITAL ERASTO GAERTNER, CURITIBA - PR - BRASIL; 2. HOSPITAL DO TRABALHADOR, CURITIBA - PR - BRASIL; 3. HC-UFPR, CURITIBA - PR - BRASIL; 4. UFPR, CURITIBA - PR - BRASIL; 5. UP, CURITIBA - PR - BRASIL; 6. PUC-R, CURITIBA - PR - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: telemedicina está se tornando uma realidade cada vez mais comum na prática médica. Com a evolução da tecnologia e o desenvolvimento dos smart-phones, verdadeiros laptops podem ser acessados a qualquer momento, facilitando a comunicação e o envio de imagens. Há uma linha tênue entre o bom uso desse recurso na tomada de decisão para o manejo dos pacientes e a exposição da privacidade dos mesmos. O estudo foi feito para avaliar a percepção dos médicos, residentes e estudantes de medicina sobre o impacto dessas tecnologias na prática médica diária.Métodos: Estudo cross-sectional consistindo na aplicação de questionários sobre o uso diário da telediscussão de casos clínicos e como isso tem impacto na exposição da privacidade dos pacientes por profissionais da saúde. Médcios, residentes e estudantes de clínica médica do Hospital do Trabalhados responderam um questionário voluntário, no período de Março até Maio de 2016. A análise de dados foi feita com porcentagens estatísticas simples. Variáveis contínuas foram analisadas com teste T de student e variávis discretas com teste do qui-quadrado.Resultados: Das 647 pessoas que responderam o questionários, 44% eram estudantes de medicina do primeiro ao quarto ano, 27,3% eram doutorandos, 15% eram residentes e 13,6% eram médicos graduados. Fazem uso de smartphones para discutir casos clínicos 58,76% dos médicos, 89,6% dos residentes, 88,13% dos internos e 79% dos estudantes de medicina não-doutorandos. Em geral, 39,56 usam essa tecnologia em mais de 50% dos casos, 40,6% usam menos do que metade dos casos e 18,7% não usam. Em relação se isso ajuda na tomada de decisão, a maioria (81,4%) respondeu que usar o smart-phone contribui positivamente, 2% acha que não ajuda, 0,6% acreditam que influencia negativamente e 15,4% não usam. 87,63% não consideram que a discussão de casos clínicos através de smartphones expõe a privacidade dos pacientes (70,45% dos médicos, 93,81% dos residentes, 92,09% dos doutorandos e 86,25% dos outros estudantes de medicina). 13,29% acreditam que a privacidade do paciente é exposta.Conclusão: O uso de smart-phones para discutir casos clínicos é uma realidade na medicina. Essa tecnologia é mais amplamente utilizada entre médicos e residentes do que estudantes, no entanto, todos concordam que ela ajuda positivamente na tomada de decisão sem expor a privacidade dos pacientes.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2284

TÍTULO DO TRABALHO: ÓBITOS POR ATROPELAMENTOS NO ESTADO DE SERGIPE

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: EDINALDO GOMES DE OLIVEIRA NETO1; AMANDA MARIA MENEZES MOURA2; STEPHANIE ARAUJO MARQUES1; BÁRBARA FERNANDA PACHECO DA COSTA1; GUSTAVO HENRIQUE BARBOZA NASCIMENTO1; THATIANY DA SILVA LIMA1; LARISSA KEYLLA ALMEIDA DE JESUS1; SONIA OLIVEIRA LIMA1. 1. UNIVERSIDADE TIRADENTES, ARACAJU - SE - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE TIRADENTES - UNIT, ARACAJU - SE - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: traçar o perfil demográfico e a análise espacial de mortalidade das vítimas de atropelamento no estado de Sergipe no período de abril de 2014 a abril de 2015.Método: estudo, prospectivo, realizado mediante avaliação dos laudos cadavéricos, atestados de óbito e dos boletins de ocorrência encaminhados pelas delegacias do estado ao Instituto Médico Legal de Sergipe. Para a análise espacial o estado foi dividido em 3 mesorregiões de acordo com a divisão do IBGE.Resultados: as 86 vítimas de atropelamento foram principalmente do sexo masculino (82,2%), adultos (53,3%), e de etnia parda (73%). A zona urbana (71%); a condição climática seca (64,4%), e a mesorregião leste (82,2%), onde se localiza a capital do estado, foram responsáveis pela maior frequência dos eventos. Houve prevalência de trauma cranioencefálico como mecanismo do óbito.Conclusão: Em Sergipe, pedestres adultos do sexo masculino, da zona urbana foram as vítimas mais comuns dos atropelamentos, concordando com estatísticas de países desenvolvidos. A tecnologia motorizada como indicador da modernidade e de progresso apresenta-se como impacto negativo dessa estratégia. Contudo há uma tendência institucional de responsabilizar, de forma quase exclusiva, os usuários pedestres das vias públicas, num claro processo de inversão de responsabilidades e causalidade: as vítimas dos acidentes são transformadas em culpados de sua própria morte.Bibliografia: ALMEIDA, et al., Man, road and vehicle: risk factors associated with the severity of traffic accidents. Rev Saúde Pública 2013;47(4):1-13. ASCARI, et al., Perfil epidemiológico de vítimas de acidente de trânsito. Rev Enferm UFSM 2013 Jan/Abril;3(1):112-121.PARREIRA, et al. Análise comparativa das lesões diagnosticadas e de sua gravidade entre vítimas de atropelamento e outros mecanismos de trauma fechado. Rev. Col. Bras. Cir. vol.42 no.4 Rio de Janeiro July/Aug. 2015.

CODIGO DO TRABALHO: 1594

TÍTULO DO TRABALHO: Obstrução intestinal decorrente de Síndrome da Artéria Mesentérica Superior em paciente politraumatizado

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MAURO RENATO AMORIM DE BARROS; FLÁVIO RODRIGUES TEIXEIRA FILHO; DIEGO WINDSON DE ARAÚJO SILVESTRE; ORLITO BARROS DE AZEVEDO FILHO; EDMUNDO GUILHERME DE ALMEIDA GOMES; CAMILO BARROS DE SOUZA CÂMARA. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ, MACEIÓ - AL - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOA síndrome da artéria mesentérica superior é uma condição rara de obstrução intestinal alta por compressão da 3ª porção do duodeno. O diagnóstico muitas vezes se torna difícil devido à sintomatologia vaga. Reportamos um caso atendido em nosso serviço.RELATO DO CASOPaciente do sexo feminino, 25 anos, estudante, com história de politrauma por acidente automobilístico de alta energia, em pós-operatório de artrodese de T12-L3 e terapia conservadora de lesão esplênica grau I. Acamada há 21 dias, evoluindo no 11º DPO com quadro de obstrução intestinal alta, taquicardia e queda de hematócrito. Realizadas medidas de suporte com melhora do quadro hemodinâmico e persistência de êmese e distensão abdominal, sendo passada SNG e drenagem imediata de 4650 mL de conteúdo de estase. Submetida à TC de abdome com contraste com achado de acentuada distensão líquida do estômago, 1ª e 2ª porções do duodeno e afilamento abrupto na 3ª porção em ponto de cruzamento com artéria mesentérica superior, sendo o ângulo aortomesentérico mais agudo que habitual (ângulo estimado de 15º - VR: 38º a 65º), além de aspecto contraído difuso de segmentos intestinais à jusante e leito esplênico sem sinais de ressangramento. Longilínea, com peso habitual de 40,0 kg e perda de aproximadamente 5,0 kg (12,5%) durante hospitalização e diagnóstico de desnutrição moderada pelo serviço de nutrição. Após serem descartadas causas metabólicas como etiologia, optou-se por mantê-la com SNG aberta, em dieta zero VO, nutrição parenteral total e otimização de suporte calórico e balanço hidroeletrolítico, com seguimento em conjunto com equipe de terapia nutricional. Além de alternância criteriosa de decúbito e intensificação de deambulação, com monitorização diária de peso. Apresentou redução paulatina da sintomatologia, sendo retirada sonda e iniciada dieta no 23º DPO, com progressão diária de dieta por via oral e ganho de 3,0 kg no período de internação. Recebeu alta hospitalar após controle infeccioso, com último retorno realizado após 10 meses do diagnóstico, mantendo boa qualidade de vida, sem alteração dos hábitos cotidianos e peso atual de 42,0kg.CONCLUSÃONossa paciente apresentou evolução favorável com medidas de suporte clínico em trabalho de equipe multiprofissional. Para tal, observa-se a importância da boa relação entre a equipe assistente e o conhecimento e suspeição deste diagnóstico, principalmente, em pacientes emagrecidos em repouso prolongado no leito com obstrução intestinal alta.

CODIGO DO TRABALHO: 2167

TÍTULO DO TRABALHO: Pacientes alcoolizados admitidos na sala de emergência de um hospital universitário de Curitiba: quem são eles?

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GUILHERME FRAGA GEHRING1; FERNANDO LUCAS SOARES1; LARISSA CAVALLI DE OLIVEIRA1; MATHEUS SCHIMIDT EVANGELISTA2; DANIEL AUGUSTO FRANCISCO JURADO3; LARISSA VANESKA IZIDORIO VIDAL1; CARLA MARTINEZ MENINI-STAHLSCHMIDT1; LUIZ CARLOS VON BAHTEN1. 1. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ - ESCOLA DE MEDICINA, CURITIBA - PR - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, CURITIBA - PR - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE POSITIVO, CURITIBA - PR - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Avaliar o perfil dos pacientes alcoolizados atendidos em um hospital universitário referência em trauma de Curitiba, Brasil. Método: Estudo transversal prospectivo observacional com amostra de 668 prontuários de vítimas de trauma admitidas na sala de emergência de um hospital universitário no período de 16/12/2016 a 05/02/2017, coletados durante 24 horas diárias de atendimento. Foram analisados: o consumo referido de bebidas alcoólicas; sexo; idade; dia da semana; horário da admissão; mecanismo de trauma; motivo das agressões físicas. Os escores de trauma RTS (Revised Trauma Score) e MGAP (Mechanism, Glasgow Coma Scale, Age and Systolic blood pressure) foram calculados. Resultados: Constatou-se que 18,41% dos pacientes admitidos haviam consumido bebidas alcoólicas (n=123), sendo que, 14 indivíduos consumiram drogas ilícitas concomitantemente. O sexo masculino correspondeu a 101 pacientes (82,11%). Álcool foi consumido por 7 pacientes com menos de 18 anos, por 105 adultos e por 11 idosos. Dentre a amostra avaliada pelo presente trabalho, 70,73% (n=87) dos pacientes foram admitidos entre as 18h das sextas-feiras e às 6h das segundas-feiras. O mecanismo de trauma mais frequente em pacientes que utilizaram álcool foi a agressão física 30,89% (n=38) motivada, majoritariamente, por discussões pessoais (n=22) ou decorrentes de assalto (n=5). Queda do mesmo nível correspondeu a 21,95% (n=27) dos casos. Dos 123 pacientes que relataram consumo de álcool, calculou-se o RTS de 109 e a média foi de 7,6348 com variação de ± 0,6474. Além disso, 110 tiveram o escore MGAP calculado e o valor médio foi 26,55 ± 2,31. Sendo que 100 foram classificados como Baixo Risco (90,91%), MGAP entre 23-29, e 10 enquadrados em Risco Moderado (9,09%), MGAP entre 18-22. Conclusão: A maioria dos pacientes admitidos na sala de emergência alcoolizados foram homens entre 18 e 60 anos, sendo predominante traumas no período noturno, principalmente aos finais de semana. O mecanismo de trauma com maior prevalência foi a agressão, seguido de queda de mesmo nível. Os escores MGAP e RTS médios foram de 26,55 e 7,6348, respectivamente, caracterizando pacientes de baixo risco.

CODIGO DO TRABALHO: 706

TÍTULO DO TRABALHO: Pacientes de um serviço de traumato-ortopedia: lesões e procedimento cirúrgicos e prevalência das vítimas de trauma por acidentes com motocicleta.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MIKAELLE LOPES RODRIGUES1; TAINÁ SANTOS DE SOUSA1; WANESSA RIBEIRO DE OLIVEIRA1; KAROLINE KUSTER VALTER1; LUCAS DE MOURA PORTELA1; JOSÉ DE ARIMATÉA DO NASCIMENTO JÚNIOR1; ANTÔNIO IGOR TAUMATURGO DIAS SOARES1; RODRIGO AGUIAR BARRETO ALVES2. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL, SOBRAL - CE - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS FORTALEZA, SOBRAL - CE - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Caracterizar lesões e procedimentos realizados em pacientes vítimas de trauma, dando ênfase na alta prevalência do trauma por acidentes com motocicleta. Método: Trata-se de um estudo quantitativo, do tipo descritivo, obtido a partir da entrevista com pacientes do serviço de traumato-ortopedia da Santa Casa de Misericórdia de Sobral - CE, durante o período de internação dos mesmos. No período de 30/12/2015 a 01/08/2016 foram entrevistados 215 pacientes, sendo validados 192 questionários. Os critérios de exclusão foram menoridade civil e inviabilidade de completar o questionário. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Vale do Acaraú. Resultados: Dos 192 entrevistados, 129 (67,9 %) utilizam a motocicleta como principal meio de locomoção e 150 responderam sobre o uso do capacete. Destes apenas 75 pessoas (50%) utilizam corretamente o capacete como aparelho de proteção, 40% utilizam de maneira inadequada e 10% não informaram sobre a utilização. Outro fato alarmante constatado sobre os acidentes de trânsitos é que a grande maioria dos condutores não possui a carteira de habilitação, 69,2% dos entrevistados. Houve predominância do sexo masculino sendo 144 indivíduos (75%) da amostra pesquisada e a faixa etária predominante esteve entre 22 e 45 anos. A fratura exposta ocupou o primeiro lugar com 86 ocorrências (46,5%), seguida por fraturas fechadas com 41,1%, sendo o encurtamento muscular violento a menos prevalente com 3% das ocorrências. Tais lesões ocorreram predominantemente nos membros, seguidos de lesões de cabeça e face. Quanto aos procedimentos realizados, vale salientar que a grande maioria dos pacientes foram submetidos à tratamento cirúrgico, sendo fixação externa (35,1%), osteossíntese (33,3%) e desbridamento (26,3%) os procedimentos mais realizados. Conclusões: O grande número de traumas provocados por acidentes de moto, 141 vítimas, e os custos decorrentes desse tipo de acidente merecem atenção governamental no desenvolvimento de medidas preventivas e capacitação profissional, considerando o número crescente de motocicletas circulando em todo o país, o não uso ou uso indevido de equipamentos de segurança além da fiscalização deficiente nos locais afastados dos grandes centros. Bibliografia: BARBOSA, Mariana Queiroga, et al. Acidente Motociclístico: Caracterização das Vítimas Socorridas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Revista Brasileira de Ciências da Saúde, vol.18, n°1, p:3-10, 2014.

CODIGO DO TRABALHO: 2138

TÍTULO DO TRABALHO: Pancreatectomia parcial com esplenectomia por trauma abdominal contuso: Relato de Caso.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANDRE FELIPE TRENTO; JULIANO GRUBERT DE ARRUDA; CAMILA PEREIRA DE OLIVEIRA; EDUARDO DE BARROS BARUKI; RAFAEL GHISI; MARIANNA DA GAMA MACHADO. HOSPITAL SANTA CASA DE CAMPO GRANDE, CAMPO GRANDE - MS - BRASIL.

RESUMO:
O trauma abdominal contuso é muito comum nos serviços de emergência, sendo a injúria pancreática variando em torno de 1-12% em tais traumas abdominais.Cerca de 75% dos traumas pancreáticos são classificados como traumas simples, como hematoma ou lesão do parênquima, cujo tratamento conservador mais indicado.O trauma pancreático é classificado em 5 graus, sendo o grau I e grau II, pequenas lacerações ou hematomas, sem lesão ductal, diferenciando-se quanto extensão da lesão. O grau III é caracterizado por lesão distal, podendo ser uma secção parcial distal ou mesmo lesão do parênquima com lesão dos ductos. Grau IV tem por uma secção parcial, a direita da veia mesentérica superior ou lesão em parênquima com envolvimento ampular. Quando há secção total da cabeça do pâncreas, classifica-se como grau VAs lesões mais complexas do pâncreas que compreendem os graus III, IV e V comumente são tratados com ressecção cirúrgica. Contudo, a pancreatectomia distal no trauma contuso ocorra em menos que 25% dos casos.A complicação mais frequente consiste na fistula pancreática, que gira em torno de 88% dos casos nos tratamentos conservadores. Em contrapartida, nas ressecções pancreáticas o índice de fistula pancreática esta por volta de 17,7%. Outras complicações descritas são quadros sépticos posteriores, abscessos intra-abdominais, pancreatite aguda.Paciente J.R, 35 anos deu entrada no serviço do Hospital Santa Casa de Campo Grande, apresentando trauma abdominal e torácico fechado por esmagamento. Ao exame físico paciente estável hemodinamicamente, com escoriações em hemitórax esquerdo, sem mais alterações ao exame, queixando-se de dor leve em região abdominal. Procedido com estudo tomográfico, demonstrando liquido livre em cavidade abdominal, lesão esplênica grau V. Paciente evoluiu com instabilidade hemodinâmica, sendo indicada laparotomia exploradora. No intra-operatório evidenciado lesão esplênica grau V, hematoma com laceração de cauda pancreática com lesão de ductos e hematoma renal a esquerda. Realizado esplenectomia e pancreatectomia distal.A indicação da pancreatectomia distal por lesão contusa de pâncreas distal grau IV, uma boa escolha cirúrgica. O paciente apresentou um menor tempo de internação, com boa evolução, sem complicações no pós-operatório. Em exames seriados do dreno posicionado em linha de anastomose, não apresentou aumento nos níveis de amilase em estudos realizados no 5?e 10? dia, bem como sinais precoces de possível fistula pancreática.

CODIGO DO TRABALHO: 1951

TÍTULO DO TRABALHO: Perfil das vítimas de acidentes de trânsito atendidas no serviço de saúde pública em Porto Velho ? RO nos anos de 2015-2016

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: REBECA ANTUNES DE OLIVEIRA1; HORÁCIO TAMADA2; CARLOS HENRIQUE DE SANT`ANA BARROS2; JÚLIA CAROLINE AZEVEDO REIS2. 1. INSTITUTO VIGOR, PORTO VELHO - RO - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA, PORTO VELHO - RO - BRASIL.

RESUMO:
ResumoOs acidentes de trânsito são uma das principais causas de trauma e caracterizar o perfil das vítimas de acidentes de trânsito visa demonstrar que as ações de prevenção devem ser ampliadas nos setores da saúde.ObjetivoAnalisar o perfil das vítimas de acidentes de trânsito (AT) atendidas no Hospital Pronto Socorro João Paulo II (HPSJPII), Hospital de Base (HB) e Hospital Infantil Cosme e Damião (HICD) em Porto Velho - Rondônia, entre agosto de 2015 e março de 2016.MétodoEstudo transversal, executado por acadêmicos de medicina nos serviços de saúde, cujo instrumento de pesquisa foi questionário com termo de consentimento/assentimento livre e esclarecido aplicado a todos os indivíduos da amostra. Estudo registrado no CEP sob nº: 1.004.097.Resultados298 pacientes internados realizaram a pesquisa, 79,1% eram do sexo masculino e 20,9% do sexo feminino, com idade média de 35 anos. A pesquisa no momento do acidente mostrou que 76,1% eram condutores, 14,8% passageiros, 5,4% pedestres e 3,7% ciclistas. A distribuição dos sexos dos pacientes foi: 30 condutores mulheres e 197 homens, 4 ciclistas mulheres e 7 homens, 24 passageiros feminino e 20 homens e 4 pedestres feminino e 12 homens. A motocicleta foi o veículo predominante, correspondendo a 90% da amostra. Os principais tipos de fratura foram: tíbia 21,7%, fêmur 13,8%, fíbula 8,1% e rádio 7%. 42 pacientes relataram trauma crânio encefálico, destes, 34 conduziam motocicleta e 4, carro. 11 pacientes relataram trauma torácico, sendo a perfuração do pulmão (27%) a lesão mais comum, seguida de pneumotórax e derrame pleural, todos eram motociclistas. 8 pacientes referiram trauma abdômen, sendo 7 motociclistas. 10 indivíduos foram submetidos à amputação de membro.ConclusãoApesar do número de pacientes avaliados não ser representativo, concluímos que a frequência de AT atendidos nos hospitais do município é relevante. Ademais, de acordo com BARROS, GRILLO e TAMADA (2017), entre 2001 e 2013 foram registrados 5.810 óbitos por AT. Estes são responsáveis por óbitos precoces, improdutividade e por incapacidade física com grande impacto econômico para o estado, repercutindo em custos diretos para a saúde. Dessa forma, é necessário maior esforço para conscientizar a população e ampliar as discussões sobre essa temática entre os profissionais da saúde.
ReferênciaBarros CHS, Grillo VTRS, Tamada H. Prevalência dos acidentes de trânsito no estado de Rondônia, entre 2001 e 2013. J Health Biol Sci. 2017 Jan-Mar;5(1):44-55.

CODIGO DO TRABALHO: 1277

TÍTULO DO TRABALHO: PERFIL DAS VITIMAS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO ATENDIDAS PELO SERVIÇO INTEGRADO DE ATENDIMENTO AO TRAUMA EM CURITIBA E REGIÃO METROPOLITANA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CARLOS ROBERTO NAUFEL JUNIOR1; ALESSANDRA MEDEIROS RODRIGUES SOARES1; RAQUEL JARDIM DE MELO2; MARCOS PAULO RIBEIRO SANCHES2; RODRIGO KATSUTOSHI HASEGAWA2; JULIANE SANTOS KUBASKI2; DANIELA VIEIRA DE CASTRO2. 1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO DE CURITIBA, CURITIBA - PR - BRASIL; 2. FACULDADE EVANGÉLICA DO PARANÁ, CURITIBA - PR - BRASIL.

RESUMO:
Objetivos: Descrever o perfil epidemiológico dos atendimentos a vítimas de acidentes de trânsito realizados pelo Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (SIATE) no município de Curitiba e Região Metropolitana no período de 2004 a 2013.Material e Métodos: Pesquisa descritiva retrospectiva, com utilização de dados obtidos de fonte secundária, com transcrição de informações referentes ao Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar da cidade de Curitiba e região metropolitana, quanto à solicitação de atendimento em situações de agravos à saúde, do período de Janeiro de 2004 a Dezembro de 2013 Foram empregados na pesquisa os percentuais e médias e foi considerado pResultados: O número total de ocorrências atendidas pelo SIATE no período de 10 anos foi 176.186, com 200.159 vítimas atendidas. Especificamente, os acidentes de trânsito totalizaram 110.102 (62,4%) ocorrências atendidas, causando 131.376 vítimas. Foram contabilizados 1.336 óbitos (1,02%) de todas as vítimas atendidas por acidentes de trânsito. No entanto, houve evidência estatística de redução na taxa desses óbitos ao longo do período, com rejeição da hipótese nula (p= 0,025). O mecanismo de trauma mais observado no atendimento pré-hospitalar foi colisão automobilística (66,58%), sendo os automóveis os principais veículos (45,99%). Em relação ao perfil das vítimas, foi observado um intervalo prevalente de idade entre 20-29 anos (36,59%). O sexo masculino foi o mais presente entre todos os óbitos (81,74%). Quanto à sazonalidade, os acidentes ocorreram mais em agosto (7,68%), nos finais de semana (44,28%), e entre as 18:00 e 18:59 horas (9,29%). No entanto, para esses últimos dados, não houve significância estatística durante a análise. Quanto a gravidade, foi demonstrado a grande maioria é de baixa gravidade, com Escala de Coma de Glasgow >13 em 96,17% dos casos, e Revised Trauma Score maior ou igual a 11 em 98,34%.Conclusão: este estudo evidenciou características epidemiológicas que permitem o desenvolvimento de políticas de prevenção e promoção de saúde no trânsito. Mesmo com a elevação da população e do número de veículos circulantes, o número de acidentes, vítimas e óbitos, tem declinado ao longo do tempo. No entanto, a vigilância de prevenção de acidentes deve ser empregada principalmente ao final do dia, e durante os finais de semana, tendo como público-alvo das campanhas de conscientização indivíduos jovens, especialmente do sexo masculino.

CODIGO DO TRABALHO: 2342

TÍTULO DO TRABALHO: Perfil de trauma no idoso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DANILA GOMES; PEDRO HENRIQUE FERREIRA ALVES; CARLOS AUGUSTO METIDIERI MENEGOZZO; OCTACILIO MARTINS JR.; EDIVALDO MASSAZO UTIYAMA; LUCAS AFONSO DAIA; LUCAS MAITTO MARTINS; GABRIEL SCHNITMAN. HC-FMUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
A população idosa tem uma probabilidade menor de ser vítima de trauma quando comparada à indivíduos mais jovens, mas é mais suscetível a sofrer desfechos desfavoráveis em decorrência das lesões por sua menor reserva fisiológica, comorbidades, menor massa cerebral, diminuição da capacidade respiratória vital, diminuição da função renal, do volume de ejeção cardíaco e da frequência cardíaca entre outras alterações que influenciam a resposta orgânica ao trauma. OBJETIVO: Estudar a população idosa, acima de 60 anos de idade, vítima de trauma e atendida em um Centro de Trauma nível I. MÉTODO: Trata-se de um estudo retrospectivo descritivo, onde foram analisados os registros de trauma de 1.117 pacientes atendidos entre outubro de 2014 a maio de 2016 em um Centro de Trauma nível I. RESULTADOS: Dentre estes, 107 (9,6%) tinham idade superior a 60 anos, sendo 59 (55%) do sexo masculino. O mecanismo de trauma mais comum foi a queda da própria altura (47 pacientes, 43,9%), seguido por atropelamento (34 pacientes, 31,8%) e acidentes automobilísticos (13 pacientes, 12,1%). Quatro pacientes foram vítimas de agressão (3,73%) sendo 2 por FAB (2,9%), um FAF (0,9%) e uma vítima de agressão por objeto contundente (0,9%). Quatro pacientes sofreram queimaduraa (3,73%). O tempo médio decorrido entre o trauma e a chegada do paciente foi de 52 minutos. Dos 107 pacientes, 102 (95,3%) apresentaram traumatismo crânio encefálico (TCE), sendo 70 de grau leve (Glasgow 13-15), 7 moderados (Glasgow 9-12) e 25 graves (Glasgow 3-8). A mortalidade do TCE grave foi de 80%.Dezesseis pacientes (14,9%) apresentaram índice de gravidade da lesão (ISS) entre 16 e 24 e 35 pacientes (32,7%) apresentaram ISS maior que 25.A mortalidade decorrente de queda foi de 21,2% (7 pacientes) em um total de 47 pacientes que caíram, enquanto que a mortalidade decorrente de atropelamento foi de 51,5% (17 pacientes) em um total de 33 atropelamentos.Dos pacientes que receberam alta hospitalar (62), o tempo médio de internação foi de 2,38 dias (1 a 92). A mortalidade geral foi de 30,8% (33 pacientes), sendo que 24 óbitos (72,8%) ocorreram nas primeiras 48h do atendimento hospitalar.CONCLUSÕES: 1) A mortalidade por trauma na população idosa é maior que na população em geral; 2) TCE foi a principal lesão encontrada
REFERÊNCIAS: 1. J Trauma Acute Care Surg. 2013 May?74(5):13636. doi: 10.1097/TA.0b013e31828b82f5. Advanced trauma life support (ATLS®): the ninth edition.

CODIGO DO TRABALHO: 2187

TÍTULO DO TRABALHO: Perfil do paciente atendido por colisão de motocicleta em hospital universitário referência em trauma em Curitiba

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LARISSA VANESKA IZIDORIO VIDAL1; THAISA VIEIRA SONNBERGER2; GUILHERME FRAGA GEHRING1; FERNANDO LUCAS SOARES1; LARISSA CAVALLI DE OLIVEIRA1; MATHEUS SCHIMIDT EVANGELISTA2; CARLA MARTINEZ MENINI-STAHLSCHMIDT1; LUIZ CARLOS VON BAHTEN1. 1. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ - ESCOLA DE MEDICINA, CURITIBA - PR - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, CURITIBA - PR - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Avaliar o perfil do paciente vítima de colisão de motocicleta atendido na sala de emergência em um hospital universitário em Curitiba. Método: O presente trabalho consiste em um estudo prospectivo observacional transversal em que foram analisados os dados de 139 pacientes, durante coleta de dados de 24 horas no período de 16/12/2016 à 05/02/2017. As variáveis analisadas para a construção do perfil dos pacientes foram sexo, idade, escolaridade, uso de drogas, uso de equipamentos de segurança, tipo de via, tipos de traumas e o escore MGAP (Mechanism, Glasgow Coma Scale, Age and Systolic blood pressure). Resultados: Dentre os pacientes analisados, 128 eram adultos e 11 menores de 18 anos. Em relação ao sexo, a maioria dos pacientes, 85,27%, era do sexo masculino (n=110). No que diz respeito ao grau de escolaridade, 11 pacientes apresentavam nível superior completo e um incompleto, 48 haviam completado o ensino médio, 22 apresentavam ensino médio incompleto e os demais não haviam inciado ensino médio. O consumo de álcool nessa população foi relatado por 8 pacientes e o uso de drogas ilícitas por três (um relatou uso de maconha, um de crack e o último de cocaína). Quanto ao uso de equipamentos de proteção, 92,80% (n=129) dos pacientes usavam capacete no momento do trauma, sendo que 83,46% (n=116) desses traumas ocorreram em via urbana comum e 10 casos em rodovia. Apenas um caso aconteceu em ?via urbana calma?, com velocidade máxima de 40 km/h. O trauma ortopédico estava presente em 59,71% (n=83) dos pacientes e o trauma neurológico em 7,19% (n=10). O escore MGAP foi possível de ser calculado para 122 pacientes, sendo 1 classificado com alto e 1 como baixo risco e os demais (n=120) classificados como pacientes de risco intermediário. Conclusões: Pode-se concluir que o trauma por colisão de motocicleta é mais prevalente no sexo masculino e o uso de capacete é significativamente alto nessa população. Como resultado das colisões os pacientes apresentaram risco intermediário segundo seu escore MGAP e uma incidência maior de traumas ortopédicos do que neurológicos, o que pode ser justificado pelo uso correto de equipamentos de proteção e está em consoância com o apresentado pela literatura. Poucos traumas do período foram associados ao uso de drogas, o que vai na contra-mão do publicado nos últimos trabalhos.

CODIGO DO TRABALHO: 536

TÍTULO DO TRABALHO: PERFIL DO PACIENTE POLITRAUMATIZADO EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO DE SANTA CATARINA-REVISÃO DE PRONTUÁRIO 2015-2016

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOAO GUILHERME CAVALCANTI KRIEGER; CAROLINA KLEINE ALBERS; RAFAEL POMPERMAIER TONIN; ANA LAVRATTI BORGA; MARIA CLARA COLIN; FERNANDA CRISTINA DROLSHAGEN JUNQUEIRA; FELIPE CARLOS DE SOUZA OLIVEIRA; RICARDO LEMOS. HOSPITAL MUNICIPAL SÃO JOSÉ, JOINVILLE - SC - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Analisar o Perfil epidemiológico do politraumatizado em um hospital referência em trauma do norte de Santa Catarina. Métodos: Estudo descritivo, transversal, retrospectivo, realizado no Hospital São José de Joinville/SC. Realizada revisão de prontuário de pacientes vítimas de trauma que receberam atendimento na emergência triados de acordo com protocolo Manchester: vermelho no período entre Janeiro de 2015 a julho de 2016. Os aspectos analisados foram: idade, sexo, horário do trauma, mecanismo de trauma, lesões associadas, desfecho (cirúrgica ou tratamento conservador), necessidade de hemotransfusão, período entre atendimento e cirurgia. Resultados: A amostra contou com 169 pacientes politraumatizados que atenderam aos critérios de inclusão com predomínio de pacientes do sexo masculino, correspondendo a 83,43%, com idade entre 21 e 30 anos (38,46%). A maioria destes pacientes era solteira (66,27%). Com relação ao período de ocorrência do trauma, em 2015, 58,5% se sucederam no primeiro semestre. Durante todo o período da pesquisa, as segundas semanas do mês (27,22%), e quinta-feira (18,34%) e sábado (17,75%), foram os períodos de maior prevalência de traumas. Entre as causas, os acidentes de moto foram os mais frequentes (37,28%), automobilísticos ficaram em segundo lugar (23,08%), seguidos pelos atropelamentos (10,56%). A maior parte dos pacientes vítimas de politrauma apresentou a lesão principal no crânio (58,58%), ortopédico, 44,97% e torácico, 40,83%. O trauma abdominal esteve presente em 26,04% dos casos. Do total dos pacientes, 46,75% necessitaram de tratamento cirúrgico, 34,91% foram submetidos a tratamento clínico e 18,34% foram a óbito. O tempo entre o atendimento e o procedimento cirúrgico foi maior que 90 min em 50,89% dos pacientes. Foi necessário uso de hemoderivados em 57,40% dos pacientes. Conclusão: Sendo os acidentes de trânsito os grandes responsáveis por morbimortalidade em nosso Estado, deve haver uma mobilização por parte de Setores de Saúde, Trabalho, Departamento de Trânsito a fim de elaborar politicas mais rígidas e medidas mais focadas em prevenção de acidentes de transito, especialmente motociclísticos.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 900

TÍTULO DO TRABALHO: PERFIL DO POLITRAUMATIZADO ATENDIDO EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO LITORAL NORTE DE SANTA CATARINA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RAQUEL BITTENCOURT CATTO1; GUILHERME KRIGER1; LUCAS DA SILVA MORASTONI2; HERON ZINI1; EDUARDO ZEILMANN2; BÁRBARA TORTATO PIASECKI1; GEISLA MEDEIROS1; THIAGO CAVALCANTE RIBAS PEREIRA1. 1. UNIVALI, ITAJAÍ - SC - BRASIL; 2. HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN, ITAJAÍ - SC - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVO: O presente estudo transversal observacional tem por objetivo conhecer o perfil das vítimas de trauma, atendidas na sala de trauma de um hospital de referência na região norte do litoral catarinense.MÉTODO: Foi realizada coleta de dados (N=100) através de questionário pré-elaborado, preenchido pelo pesquisador, na sala de trauma do hospital supracitado, a partir da data de aprovação do projeto, após ser submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) responsável, num período de 60 dias. RESULTADOS: Em relação ao serviço de transporte pré-hospitalar, o Corpo de Bombeiros (COBOM) foi utilizado por 39% dos casos, já o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) por 26%, seguido pela Autopista Litoral Sul ? referente à Rodovia BR-101, que atendeu 13%. As Ambulâncias Brancas dos municípios da região transportaram 11% do pacientes; outros 11% utilizaram meios próprios de locomoção. Comparando os mecanismos de trauma, os acidentes de trânsito foram os mais frequentes, com 55% do total. Apenas 2% foram vítimas de ferimentos por arma de fogo, enquanto ferimentos por arma branca (FAB) totalizaram 4%. As queimaduras foram responsáveis por 5% dos atendimentos, seguidos pela violência doméstica com 6%. Outras causas como trauma contuso ou perfuro-cortante, traumatismos crânio encefálico (TCE) e quedas em geral, corresponderam a 28%. Outra análise foi quanto ao paciente estar ou não protocolado para o trauma. Em relação aos 89 pacientes avaliados nesse quesito, 57 foram protocolados (64,04%) e 32 não o foram (35,95%).CONCLUSÃO: Os registros em trauma são avaliados essenciais para o estabelecimento e organização de planos de ação, possibilitando considerar sua incidência e prevalência regional, bem como suas particularidades, a fim de conduzir treinamento das equipes, além da criação de protocolos clínicos internos. Em nosso hospital a maioria dos atendimentos foi transportado pelo Corpo de Bombeiros, maioria vítimas de acidentes de trânsito. Grande parte dos pacientes, ainda que não a maioria, é admitido sem o protocolo de imobilização da coluna vertebral recomendado, dado preocupante diante de uma possível lesão irreversível da medula espinhal.BIBLIOGRAFIANOGUEIRA, J.M.; OLIVEIRA, S.M.C. de. Epidemiological analysis of victims of trauma. Revista Movimenta. 2014; 7(3):738-749.CARVALHO, I.C.C.M.; SARAIVA, I.S. Profile of victims of trauma attended by service mobile emergency service. R. Interd. 2015; 8(1): 137-148.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2203

TÍTULO DO TRABALHO: Perfil dos acadêmicos de medicina do Estágio Voluntário em Pronto-Socorro

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PHILLIPE GERALDO T. DE ABREU REIS1; ADONIS NASR2; FLAVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASICH3; IWAN AUGUSTO COLLACO2; MARINA NARDELLI GOES4; PEDRO AUGUSTO DE ASSIS GOES5; EDUARDO LOPES MARTINS FILHO6; BRUNA ARCOVERDE ABBOTT6. 1. HOSPITAL ERASTO GAERTNER, CURITIBA - PR - BRASIL; 2. HOSPITAL DO TRABALHADOR, CURITIBA - PR - BRASIL; 3. HC-UFPR, CURITIBA - PR - BRASIL; 4. UP, CURITIBA - PR - BRASIL; 5. PUC-PR, CURITIBA - PR - BRASIL; 6. UFPR, CURITIBA - PR - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: avaliar o perfil de estudantes interessados em entrar em uma liga acadêmica, a razão da escolha da liga e qual a residência pretendida.Métodos: revisão observacional, transversal, prospectivo, descritivo, feito a partir de um questionário (elaborado pelos autores) para estudantes de medicina de Curitiba - PR que fizeram teste para entrar na Liga Acadêmica do Trauma do Hospital do Trabalhador em Curitiba-PR. Foi avaliado o perfil epidemiológico, interesse em entrar na lga, a motivação para a escolha e qual a residência pretendida.Resultados: 165 estudantes de medicina responderam ao questionário, e a maioria (62,4%) era feminina com uma média de 22,3 anos de idade. Os estudantes estavam principalmente no quinto período (42,4%) e quarto período (30,9%). A maioria dos estudantes (65,8%) não participava de nenhuma liga acadêmica e entre os que participam, a média foi de 163,5 horas em outras ligas. O interesse em entrar na liga acadêmica de 85 alunos (51,5%) foi associar a teoria com a prática, enquanto 26 alunos (15,8%) é para entrar em contato com uma possível residência. Aqueles que já sabem a residência pretendida, a maioria foi cirurgia geral (39,8%), seguida por clínica médica (33,5%) e neurocirurgia (14,9%).Conclusão: os estudantes que se interessam pela Liga Acadêmica de Trauma do Hospital do Trabalhador são do terceiro ano do curso, com a principal motivação de associar a prática com teórica, interessados em fazer cirurgia geral e clínica médica. Podemos concluir que a liga acadêmica além de enriquecer o treinamento acadêmico, pode influenciar a escolha da residência.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2153

TÍTULO DO TRABALHO: Perfil epidemiológico de idosos vítimas de queda de mesmo nível atendidos na sala de emergência

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FERNANDO LUCAS SOARES1; GUILHERME FRAGA GEHRING1; LARISSA CAVALLI DE OLIVEIRA1; DANIEL AUGUSTO FRANCISCO JURADO2; THAISA VIEIRA SONNBERGER3; MATHEUS SCHIMIDT EVANGELISTA3; CARLA MARTINEZ MENINI-STAHLSCHMIDT1; LUIZ CARLOS VON BAHTEN1. 1. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ - ESCOLA DE MEDICINA, CURITIBA - PR - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE POSITIVO, CURITIBA - PR - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, CURITIBA - PR - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Avaliar o perfil epidemiológico e os escores de trauma dos pacientes idosos, vítimas de queda de mesmo nível, atendidos na sala de emergência de um hospital universitário, referência em trauma na cidade de Curitiba. Método: O presente trabalho consiste em um estudo transversal prospectivo observacional em que foram avaliados prontuários de 106 pacientes com mais de 60 anos. O período de coleta deu-se entre 16/12/2016 e 05/02/2017. Os dados foram coletados durante 24 horas diárias de atendimento. As variáveis relacionadas ao perfil da população idosa, vítima de queda de mesmo nível, e os seus respectivos escores MGAP (Mechanism, Glasgow Coma Scale, Age and Systolic blood pressure) e RTS (Revised Trauma Score) foram analisados. Resultados: Verificou-se que 62,26% (n=66), dentre os 106 pacientes analisados, foram vítimas de queda de mesmo nível. A média de idade desses pacientes foi de 75,66 com a variação de ± 9,63 anos, sendo que 53,03% (n=35) da amostra correspondia do sexo feminino. Os dados analisados não apontaram maior prevalência de queda de mesmo nível em determinado dia da semana. Entretanto, o maior número de admissões (46,97%) ocorreu no período vespertino (12-18h). O escore RTS médio calculado para 55 dos idosos admitidos foi de 7,5065 ± 0,8469. Calculou-se o MGAP de 56 idosos, sendo a média de 22,19 ± 3,07. Dentre esses pacientes, 32 (57,14%) foram classificados como ?Baixo Risco? e 20 como ?Risco Moderado?. Apenas quatro pacientes foram classificados como ?Alto Risco?. Coerente com as classificações dos escores de trauma, 37 idosos (56,07%) tiveram alta hospitalar em até 24h após sua admissão. Conclusão: Pode-se concluir que, entre idosos, a queda de mesmo nível é um mecanismo de trauma importante, ocorrendo com maior frequência entre mulheres e no período vespertino. Além disso, foi possível constatar que a maioria dos pacientes foram classificados como ?Baixo Risco? no escore MGAP e com alta probabilidade de sobrevivência conforme o escore RTS, condizendo com o breve tempo de permanência no ambiente hospitalar após admissão.

CODIGO DO TRABALHO: 2351

TÍTULO DO TRABALHO: Perfil epidemiológico dos doentes atendidos na sala de trauma de um hospital de atendimento de alta complexidade

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DANILA GOMES; PEDRO HENRIQUE FERREIRA ALVES; LEILA SUEMI HARIMA LETAIF; MARCELO CRISTIANO ROCHA; EDIVALDO MASSAZO UTIYAMA; LEONARDO BRANCO AIDAR; LUCAS MAITTO MARTINS; ALEXANDRE SALDIVA ROSENBLATT. HC-FMUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
O objetivo deste estudo é traçar um perfil epidemiológico dos pacientes vítimas de trauma atendidos no Pronto Socorro de alta complexidade do Hospital das Clínicas de São Paulo.Foram analisados os dados referentes ao atendimento de vítimas de trauma registrados em um banco de dados eletrônico que é preenchido a cada atendimento. Entre janeiro de 2015 a julho de 2016 foram registrados 869 pacientes atendidos em nosso serviço sendo 687 do sexo masculino (79%) e 485 com idade entre 18 e 39 anos. Crianças com idade inferior a 12 anos corresponderam a 28 pacientes e idosos com idade superior a 60 anos a 95 pacientes (11%), sendo queda o mecanismo de trauma mais comum, em 50 pacientes (52,6%) seguido de atropelamento (26 pacientes, 27,3%). Entre os mecanismos de trauma, agressão ocorreu em 37 pacientes, atropelamento em 154, queda de altura em 191, queda de moto em 217 e outros mecanismos em 269 casos (incluindo colisão automobilística, choque elétrico, queimadura, ferimento por arma de fogo, ferimento por arma branca, empalhamento, soterramento e desconhecido). O transporte aeromédico foi utilizado em 220 pacientes (25,35%), o suporte avançado de vida em 249 (28,65%) e o suporte básico em 322 (37%). Meios próprios foram utilizados por 27 pacientes e 51 pacientes foram trazidos pela polícia militar. O ISS médio foi de 25,6 sendo que 340 pacientes tinham ISS maior do que 24. Ocorreram 51 óbitos durante o atendimento inicial, com ISS acima de 24 em 50 deles. Um paciente com trauma exclusivo de extremidades evoluiu a óbito durante as primeiras 24h do atendimento. Traumatismo cranioencfálico grave (com ECG menor ou igual a 8) foi observado em 259 pacientes. Nossa amostra nos permite observar que o Pronto Socorro do Hospital das Clínicas da FMUSP atende pacientes vítimas de traumas graves, em que a sistematização do atendimento é primordial para diminuir a mortalidade e a morbidade desta doença. O preparo e integração das equipes é fundamental para otimizar o atendimento desses pacientes, que chegam provenientes de diferentes tipos de meios de transporte e demandam diferentes condutas de acordo com mecanismos variados de trauma. PARREIRA,, JG et al. Implantação de registro de trauma como ferramenta para melhorar a qualidade do atendimento a traumatizados: os primeiros 12 meses. Rev. Col. Bras. Cir. 2015; 42(4): 265-272 PARREIRA, JG et AL. Registro de Trauma. In Doença Trauma: fisiopatogenia, desafios e aplicação prática. São Paulo: Editora Atheneu, 2015.

CODIGO DO TRABALHO: 2207

TÍTULO DO TRABALHO: Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos no Pronto Socorro de um Hospital de Trauma de Curitiba

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PHILLIPE GERALDO T. DE ABREU REIS1; ADONIS NASR2; FLAVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASICH3; IWAN AUGUSTO COLLACO2; JEAN RAITZ NOVAIS4; JESSICA ROMANELLI AMORIM DE SOUZA4; LUIS FERNANDO SPAGNUOLO BRUNELLO4; THAIS TAKAMURA4. 1. HOSPITAL ERASTO GAERTNER, CURITIBA - PR - BRASIL; 2. HOSPITAL DO TRABALHADOR, CURITIBA - PR - BRASIL; 3. HC-UFPR, CURITIBA - PR - BRASIL; 4. UFPR, CURITIBA - PR - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Para um aprimoramento do atendimento é necessário ter um conhecimento do perfil epidemiológico dos pacientes atendidos. Foi realizado este estudo com objetivo de avaliar o perfil epidemiológico dos pacientes atendidos em um hospital de trauma terciário de Curitiba. Métodos: Estudo transversal descritivo. Durante o período de fevereiro a maio de 2016, pacientes atendidos no pronto socorro foram submetidos a um questionário de forma voluntária. Foi utilizado um questionário validado, consistido em perguntas sobre a qualidade do atendimento e as tomadas de decisões feitas durante todo o atendimento. A análise de dados foi realizada com estatística simples de porcentagens.Resultados: 347 pacientes responderam ao questionário com uma média de idade de 38,94 anos, sendo 55,04% homens e 44,96% mulheres. Dos pacientes entrevistados, 12,96% entraram via ambulância. Da amostra total, 15,15% foram atendimentos de causas não relacionada ao trauma, enquanto 84,84% foram de trauma. Foram dados atestados para 56,71% dos pacientes e deles, 42,3% foram de até 7 dias. O tempo de atendimento médio para a entrada do paciente após a classificação de risco é de 64,27 minutos tendo uma mediana de 45 minutos. A média da nota dada para o atendimento médico foi de 8,90 e a para a infra-estrutura do hospital é de 8,66.Conclusão: Com este trabalho podemos perceber que o hospital atende pacientes de trauma (84,84%), com um atendimento médio de 64,27 minutos tendo uma mediana de 45 minutos.

CODIGO DO TRABALHO: 2233

TÍTULO DO TRABALHO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES INTERNADOS POR QUEIMADURAS EM UM HOSPITAL INFANTIL DO SUL DO BRASIL

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LEONARDO GETÚLIO PIOVESAN1; JOSÉ ALFONSO MONESTEL MONTOYA1; GUILHERME AVELAR FERREIRA1; TUAMI VANESSA WERLE2; MARIANA ZAMPROGNO TEZZA1; LARISSA ALESSANDRA MEHL1; JOÃO AUGUSTO DOS REIS GUERRA3. 1. UNIVALI, ITAJAÍ - SC - BRASIL; 2. UNIVALI, ITAJAI - SC - BRASIL; 3. UNOESC, JOAÇABA - SC - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Queimaduras constituem um sério problema de saúde pública, sendo que a faixa pediátrica corresponde a cerca de 50% das vítimas, predominantemente de 1 a 6 anos de idade. No Brasil, cerca de 300 mil crianças sofrem acidentes com queimaduras e aproximadamente 500 morrem anualmente. As queimaduras acontecem em diversos ambientes, mais particularmente na cozinha domiciliar, sendo a principal causa, em crianças, os líquidos quentes. Na faixa etária de 0 a 6 anos, elas buscam explorar a si mesmas e o mundo ao seu redor, tornando-se mais susceptíveis às lesões térmicas.OBJETIVOS E MÉTODOS: Analisar o perfil epidemiológico dos pacientes internados com queimaduras no Hospital Universitário Pequeno Anjo, em Itajaí/SC - Brasil, de julho de 2002 a julho de 2006. Realizou-se um estudo retrospectivo-transversal onde foram analisados 118 prontuários, considerando as variáveis: ano de internação, procedência, sexo, idade, local do acidente, agente agressor, superfície corporal queimada (SCQ), grau da lesão, segmentos acometidos, enxertia, período de internação, uso de antibiótico e complicações.DISCUSSÃO: Do total de 118 pacientes, 58 eram de Itajaí e 60 de outras localidades, sendo 79 pacientes masculinos e 39 femininos, com razão de 2,02:1. Os lactentes foram os mais acometidos (39,83%). Os acidentes na cozinha corresponderam a 72,82% dos casos, sendo os líquidos aquecidos responsáveis por 86,95% da casuística. A média de SCQ foi 14,59%, com 83,30% dos pacientes apresentando lesões de 2º grau. Tronco e dorso foram os segmentos mais acometidos. Apenas 12,17% realizaram enxertia durante a hospitalização. O tempo de permanência hospitalar foi de 12,96 dias e 18,6% dos pacientes utilizaram antibiótico. Vinte e oito por cento dos pacientes apresentaram complicações e ocorreram 3 óbitos, com taxa de mortalidade de 2,56%.CONCLUSÃO: O perfil epidemiológico predominante foi lactente do sexo masculino, procedente da região do Vale do Itajaí, exposto à queimadura por líquidos aquecidos na cozinha do seu domicílio. O número de óbitos mostrou-se pequeno, porém é importante ressaltar que pode haver sequelas metabólicas, funcionais, estéticas e emocionais da vida não somente do paciente, mas também de todas que o rodeiam.

CODIGO DO TRABALHO: 1716

TÍTULO DO TRABALHO: PERFIL ETIOLÓGICO E CONDUTAS ADOTADAS EM PACIENTES COM TRAUMA ABDOMINAIS FECHADOS ATENDIDOS NA EMERGÊNCIA DO INTERIOR DO NORDESTE BRASILEIRO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOSE VALMIR MOURA JUNIOR1; SANDRO RODRIGO VALE DE SOUZA1; DANILO GOIS SOUZA2. 1. HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA, FORTALEZA - CE - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARA, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O trauma abdominal é o sofrimento que resulta de uma ação súbita e violenta exercida contra o abdômen por diversos agentes e cuja incidência vem aumentando progressivamente. Divide-se em trauma abdominal do tipo fechado e do tipo aberto. O trauma abdominal fechado (TAF) ocorre devido à aplicação de uma energia cinética intensa, impacto direto ou desaceleração ou projeção. A gravidade do traumatismo é determinada pela lesão de órgãos ou estruturas vitais do abdômen, principalmente associada a lesões de tórax e crânio. Sendo assim, a etiologia do trauma influencia o tipo de lesão que acometerá a região abdominal, que por sua vez determina a conduta. OBJETIVO: Este trabalho visa determinar as características do perfil etiológico dos TAF?s, identificar a incidência dos órgãos mais acometidos e lesões viscerais associadas e avaliar as condutas adotadas em pacientes atendidos em um hospital de referência do interior do nordeste brasileiro. MÉTODO: Os dados foram coletados através da análise de 357 prontuários baseada em um questionário semi-estruturado abordando perfil etiológico, incidência de lesões viscerais e condutas adotadas. A amostra foi determinada pelos dados obtidos no sistema de gerenciamento de internação do referido hospital no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2014, tratando-se, portanto, de um estudo retrospectivo. O acesso aos dados foi permitido mediante consentimento do hospital por meio de Termo de Fiel Depositário e aprovação pelo Comitê de Ética da universidade local. RESULTADOS: No quesito etiologia, o item acidente automobilístico esteve presente em 202 casos (56,6%), seguido de atropelamento em 101 casos (28,3%) e de outras causas em 54 ocorrências (15,1%); no quesito presença e tipo de lesão visceral, houve presença em 319 casos (89,3%), principalmente de fígado (50,156%), baço (40,752%) e trato gastrointestinal (9,09%); a conduta cirúrgica por laparotomia exploradora foi adotada em 100% dos casos, sendo esplenectomia (37,6%), hepatorrafia (43,88%), enterorrafia (6,26%), drenagem de hematoma (18,88%) e lesão diafragmática (9,40%) as mais comuns.

CODIGO DO TRABALHO: 1124

TÍTULO DO TRABALHO: Perfuração cardíaca traumática: um relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ALEXANDRE FRANCO DO VAL SERAFIM1; KÉVIN DA SILVA SOUZA2; RAILSON CAVALCANTE SILVA1; VICTOR ALEXANDER FIALHO ROCHA2; WESLEY DA COSTA REIS2; LUCAS CRISTOVAM PINA1; PEDRO ANTONIO RODRIGUES DE SOUZA3; JORDANA LOPES COSTA1; LARA SILVA PAIXÃO2. 1. PUC-GOIÁS, GOIANIA - GO - BRASIL; 2. PUC-GOIÁS, GOIÂNIA - GO - BRASIL; 3. HUGOL, GOIANIA - GO - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVO: relatar um caso clínico de perfuração cardíaca traumática em ventrículo esquerdo causada por fratura de terço médio de sexto arco costal aesquerda.MÉTODO: trata-se de um relato de caso baseado na revisão do prontuário de um paciente do Hospital de Urgências de Goiânia ? GO (HUGO) correlacionando a revisão da literatura indexada na base de dados do Scielo e PubMed.RESULTADOS: paciente do sexo masculino, 30anos, admitido no pronto socorro do HUGO, vítima de acidente automobilístico versus artefato rígido. Na internação hospitalar paciente estável, devido atoracocentese de alivio, com Jelco 14 no segundo espaço intercostal esquerdo. Ao exame físico do tórax, crepitações e murmúrios vesiculares abolidos, frequência cardíaca de 111 bpm com saturação de 93%. Realizado de imediato, drenagem torácicafechada em selo d?água drenando 600 ml de sanguevivo. Nas quatro horas de internação, evoluiu comdrenagem toracica contínua de 2200 mL, levando aoquadro clínico de choque hipovolêmico, indicando de imediato toracotomia esquerda de urgência. No intraoperatório constatou fratura no terço médio do sexto arco costal, em topografia anatômica cardíaca resultando em lesão perfuro lacerativa em ventrículo esquerdo de aproximadamente 1,5 centímetros, próximos aos vasos coronarianos esquerdo, sangrando ativamente. Realizada mio cardiorrafia com Poligalactina 910 3-0. Obtendo controle hemostático e estabilidade hemodinâmica dopaciente. Na Unidade de Terapia Intensivapermaneceu por 4 dias recebendo suporte e exames de controle. Em seguida encaminhado a enfermariapor 14 dias, recebendo alta hospitalar, sem repercussões hemodinâmicas.CONCLUSÕES: o trauma cardíaco constitui um desafio para o cirurgião geral. A lesão cardíaca contusa penetrante, ainda apresenta elevada taxa de mortalidade acometendo frequentemente o ventrículo direito. As principais causas de morte incluem choque hipovolêmico e tamponamento cardíaco. O caso em questão confronta as descrições literárias visto que apesar do acometimento de topografia inusitada e da gravidade da lesão em ventrículo esquerdo o paciente evoluiu com vida.

CODIGO DO TRABALHO: 1003

TÍTULO DO TRABALHO: PERITONIOSTOMIA NO TRAUMA: EXPERIÊNCIA DE UMA INSTITUIÇÃO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOYCE MARIANNA CAPOCCI BITTENCOURT; BRUNA PICCININ LAZZARETTI; FRANCO HARITSCH; CAROLINA WELTER. HMSJ, JOINVILLE - SC - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: traçar o perfil de pacientes vítimas de trauma submetidas à peritoneostomia no Hospital Municipal São José, no período de Janeiro de 2013 a Junho de 2016. Métodos: estudo transversal retrospectivo observacional, com base nos dados coletados de prontuários. Resultados: Foram analisados 15 pacientes, com idade média de 35,6 anos. Desses, 73.3% pacientes foram vítima de trauma fechado, 20% de FAB (arma branca) e 6.7% de FAF (arma de fogo). Dentre as lesões abdominais intra-operatórias, o hematoma retroperitoneal foi a lesão mais prevalente, presente em 60% dos pacientes analisados, seguido da lesão hepática 33.3%. A presença de outras lesões associadas foi encontrada em 80% dos pacientes. Em relação ao tempo de realização da peritoneostomia 33,3% pacientes realizaram o procedimento na primeira abordagem, 53,3%, na segunda abordagem e 6.7% na terceira e quarta abordagens. Dos 15 pacientes, 67% foram a óbito, 27% recebeu alta e um paciente foi transferido. Conclusão: A utilização de peritoneostomia na técnica de damage control mostrou um resultado favorável nos pacientes avaliados visto que, dos pacientes que foram submetidos a esse procedimento no primeiro momento, 60% foram a óbito e aqueles submetidos ao procedimento em outros tempos cirúrgicos, 77.7%. As lesões de retroperitônio foram as mais comuns em trauma fechado, sugerindo um mecanismo mais grave e maior suscetibilidade a peritoneostomia. Os cuidados pós operatórios de alguns pacientes não foram realizados em UTI, podendo ter contribuído com o aumento da mortalidade. Kapan, M; Onder, A; Oguz, A, et al. The effective risk factors on mortality in patients undergoing damage control surgery. European Review for Medical and Pharmacological Sciences, 1681-1687, 2013. Zandomenighi, R; Martins, E; Mouro, D. Ferimento por projétil de arma de fogo: um problema de saúde pública. Revista Min. Enfermagem, 412-420, 2011.RENCÜZO?ULLAR?, Ahmet et al. Comparison of early surgical alternatives in the management of open abdomen: a randomized controlled study. Turkish Journal Of Trauma And Emergency Surgery, Istambul, v. 21, n. 3, p.168-173, maio 2015.Shaheen AW, Crandall ML, Nicolson NG, Smith-Singares E, Merlotti GJ, Jalundhwala Y, et al. Abdominal compartment syndrome in trauma patients: New insights for predicting outcomes. J Emerg Trauma Shock 2016;9:53-7.REGNER, Justin L.. Surgical Strategies for Management of the Open Abdomen. World Journal Of Surgery, London, p.497-510, jan. 2012

CODIGO DO TRABALHO: 2222

TÍTULO DO TRABALHO: Pneumotórax Oculto em Trauma Torácico Fechado: Opções Terapêuticas e Suas Consequências

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CASSIO EDUARDO DA SILVA GONTIJO; EDUARDO RISSI SILVA; PEDRO HENRIQUE FERREIRA ALVES; ABEL MURAKAMI; EDIVALDO MASSAZO UTIYAMA; CARLOS AUGUSTO METIDIERI MENEGOZZO; DANILA GOMES; ALEXANDRE SALDIVA ROSENBLATT. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Objetivos: Traçar o perfil epidemiológico da população afetada por pneumotórax oculto (PNTO); verificar o índice de sucesso do tratamento expectante quando em ventilação espontânea ou sob pressão positiva, especificando as causas da necessidade de drenagem; buscar fatores de risco para a falha do tratamento conservador; quantificar a taxa de complicações da drenagem pleural nessa nosologia; averiguar o tempo médio de internação hospitalar em terapia intensiva e até a alta entre drenados e não drenados.Método: Trata-se de estudo retrospectivo em que serão analisados, por meio de revisão de prontuários, casos de vítimas de trauma admitidos na sala de trauma no período de setembro de 2014 a agosto de 2016 que possuam tomografia de tórax e que possuam ou radiografia ou escanograma de tórax. A análise de dados se fará por meio do programa Prismaâ de processamento de dados versão 5.0.Resultados: Até o momento do envio destes dados, foram selecionados 44 PNTO, sendo 30 do sexo masculino (68,1%). A média de idade foi de 38,3 anos (DP=17,4). Vinte e um (47,7%) PNTO foram drenados assim que realizado o diagnostico. Dos 23 que não foram submetidos a drenagem pleural, 4 exigiram a realização do procedimento durante a internação, sendo considerados como falha da terapia expectante (17,4%). Quanto às taxas de complicação da drenagem pleural, registramos apenas uma necessidade de redrenagem por pneumotórax e um empiema pleural (8%). A casuística a a análise final dos dasdos deste estudo será concluída antes de sua apresentação.Conclusões: PNTO é doença frequente em traumas fechados. É passível de tratamento expectante em centro que disponha de cirurgião.Coimbra, R., D. Demetriades, M. A. Demoya, M. J. Wall, G. Fortuna & A. Kirkpatrick (2013) Occult pneumothoraces in critical care: A prospective multicenter randomized controlled trial of pleural drainage for mechanically ventilated trauma patients with occult pneumothoraces DISCUSSION. Journal of Trauma and Acute Care Surgery, 74, 754-755.Langdorf, M. I., C. L. Anderson & R. M. Rodriguez (2016) Prevalence and Clinical Import of Thoracic Injury Identified by Chest Computed Tomography but Not Chest Radiography in Blunt Trauma: Multicenter Prospective Cohort Study Reply. Annals of Emergency Medicine, 68, 134-135.Bayo, H. L., S. M. Vioque, P. Rebasa & S. N. Soto (2016) Results of conservative treatment in patients with occult pneumothorax. Cirugia Espanola, 94, 232-236.

CODIGO DO TRABALHO: 1797

TÍTULO DO TRABALHO: Politrauma abdominal fechado em uma criança de cinco anos de idade na qual foram detectadas lesões hepática, pancreática, esplênica e renal

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DIEGO SILVA BESSA1; GUSTAVO ELIAS CARDOZO NUNES1; SINTIA SILVA BESSA2. 1. UEMS, CAMPO GRANDE - MS - BRASIL; 2. UNEMAT, CÁCERES - MT - BRASIL.

RESUMO:
Introdução:As lesões traumáticas constituem-se na mais importante causa de morte em crianças com mais de um ano de idade em todo o mundo e na segunda principal causa de hospitalização de indivíduos menores de 15 anos de idade (FRANCIOZI,2008). Em comparação com os adultos, as crianças apresentam maior frequência de lesões multissistêmicas. Fato que decorre da escassez do tecido adiposo e da menor elasticidade do tecido conjuntivo, além de os órgãos serem mais próximos entre si (JUNIOR,1999). A grande prevalência de traumatismos abdominais em nosso meio, associado ao grande número de complicações decorrentes de laparotomias não terapêuticas ou negativas, tem colocado em evidência o tratamento conservador, que consiste em tratamento não operatório, em que a clínica é soberana.Objetivo: Relatar um caso de politrauma abdominal fechado em uma criança de cinco anos de idade na qual foram detectadas lesões hepática, pancreática, esplênica e renal através de exame tomográfico computadorizado. O tratamento de escolha foi conservador e a paciente evoluiu para total recuperação.Métodos:Análise do prontuário da paciente durante todo o período de internação hospitalar (29/07/20016-25/08/2016), bem como dos laudos de exames tomográficos, radiográficos e todos os resultados de exames laboratoriais também realizados durante este período.Descrição:O caso foi atendido na santa casa de misericórdia de Anápolis por um cirurgião pediátrico e trata-se de uma menina de cinco anos que sofreu atropelamento por veículo pesado, o que resultou em um politrauma abdominal fechado. A tomografia de abdome mostrou laceração hepática constituindo uma lesão de grau II. Fratura da cauda pancreática (lesão de grau I) e do parênquima esplênico, este último associado a hematoma subcapsular, caracterizando uma lesão de grau II. Rim esquerdo com dimensões reduzidas em relação ao contralateral e sem opacificação pelo meio de contraste sugerindo lesão do pedículo vascular, o que levou à uma avulsão renal esquerda, portanto uma lesão de grau IV. Conclusão:A população pediátrica tem particularidades que a torna distinta da população adulta em relação à epidemiologia e manejo das lesões traumáticas e, mesmo frente a poucos achados ao exame físico se faz necessário atentar-se para o risco de lesões de órgãos internos. Deste modo, os exames de imagem, como tomografia computadorizada, ultrassonografia são indispensáveis para o diagnóstico de tais lesões.

CODIGO DO TRABALHO: 1865

TÍTULO DO TRABALHO: POLITRAUMATISMO FACIAL POR ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PÂMELLA MATTGE LUCHTEMBAG1; THAIANE FERNANDES PEREIRA1; RUTH CAROLINE CANTANHEDE SALLES ROSA1; ILDEFONSO LUIZ DE FEITAS NETO2; DANIELA CAROLINA GABIATTI1. 1. CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO LUCAS, PORTO VELHO - RO - BRASIL; 2. UPA SANTA CATARINA, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVORelatar o caso de urgência de um paciente politraumatizado por acidente automobilístico, discutindo as hipóteses diagnósticas, bem como as técnicas para tratamento e redução das mesmas de forma a minimizar possíveis sequelas e proporcionar resultados estéticos e funcionais plenos. O tempo decorrido do trauma até o tratamento é de suma importância para se evitar complicações tardias.MÉTODOPaciente realizou raios-x e tomografia computadorizada de emergência revelando um politraumatismo de face envolvendo fraturas do tipo Le Fort II, Le Fort III e Lannelongue, além da fratura cominutiva do complexo fronto-naso-órbito-etmoidal (FNOE). Paciente foi submetido à cirurgia sob anestesia geral e intubação orotraqueal, cujos acessos de escolha foram o acesso bicoronal e intraoral, com redução das fraturas e estabilização fixa, além da correção das fraturas nasais, reestabelecendo a linha média, proporcionando menor comprometimento do espaço aéreo nasal. RESULTADOSOs acessos cirúrgicos utilizados nesse estudo são indispensáveis pelo grau de complexidade do trauma. A correção das fraturas nasais previne comprometimento do espaço aéreo nasal, além de apresentar resultado estético satisfatório. A melhor forma de tratamento para esse caso é a redução aberta seguida de fixação interna rígida, com suturas do tipo intradérmica seguida de pontos simples, para uma melhor estética. Após trinta dias, o acesso de escolha apresentava cicatriz recoberta por tecido epitelial íntegro.?CONCLUSÃOA junção das fraturas do presente relato de caso é um desafio para o cirurgião, visto a complexidade das fraturas e do seu manejo. O correto diagnóstico associado à planejamento e tratamento cirúrgico precoce minimiza as sequelas e proporciona um resultado estético e funcional mais previsível. Nas fraturas cominutivas (FNOE) e Le Fort III, o manejo por acesso bicoronal é de suma importância para alcançar os resultados desejados. A avaliação e tratamento de seio frontal é de extrema importância, pois visa prevenção de possíveis processos patológicos tardios.
BIBLIOGRAFIAVu DD, Tiwana OS. Le Fort III and Le Fort II osteotomies. Atlas Oral Maxillofacial Surg Clin N Am. 2016;24:15-25.Vu DD, Tiwana OS. Le Fort III and Le Fort II osteotomies. Atlas Oral Maxillofacial Surg Clin N Am. 2016;24:15-25.Santos R, Sebastiani AM, Todero SRB, Moraes RF, Costa DJ, Rebelatto NLB, et al. Complicações associadas à osteotomia sagital dos ramos mandibulares. Rev Cir Traumatol Bucomaxillofac. 2012;12(1):77-84.

CODIGO DO TRABALHO: 2993

TÍTULO DO TRABALHO: PRESERVAÇÃO DO PÂNCREAS NA ABORDAGEM DO TRAUMA PANCREÁTICO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: KÁCIO DA SILVA MOURÃO1; LEVINDO ALVES DE OLIVEIRA2; AMANDA RODRIGUES PINATTO1; YAGO MAGRINI S. VIEIRA1. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA, BOA VISTA - RR - BRASIL; 2. HOSPITAL GERAL DE RORAIMA, BOA VISTA - RR - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Relatar caso de trauma abdominal contuso com acometimento de cabeça de pâncreas.Métodos: Realizou-se revisão literária em bancos de dados (Scielo e Pubmed) e análise retrospectiva de prontuário.Discussão: apresentarmos o caso de uma mulher, 31 anos, vítima de acidente automobilístico por queda de moto, que procurou atendimento médico 72 horas após o ocorrido, queixando-se de dor abdominal e vômitos. Após realizarmos raio ?x, sem alterações, foi solicitado tomografia de abdome, que evidenciou coleção na retrocavidade dos epíplons e ruptura completa da junção cabeça/corpo do pâncreas. A paciente foi submetida a laparotomia exploradora por incisão xifo-pubiana com abertura por planos até cavidade abdominal, constatando-se presença de grande quantidade de líquido pancreático sanguinolento (aproximadamente 500 ml), presença de processo inflamatório peripancreático em aspecto de pingo de vela, múltiplas aderências e secção completa da junção cabeça/corpo pancreático. Realizou-se rafia da porção distal da lesão da cabeça do pâncreas. Identificou-se o ducto de Wirsung e foi feita cateterização com intracath nº 14, anastomose L-L a 50cm do ângulo de Treitz com grampeador linear, anastomose pancreato-jejunal do corpo do pâncreas em Y de Roux transmesocólico e drenagem da cavidade abdominal. No pós-operatório, a paciente permaneceu internada em UTI por 4 dias, apresentando boa evolução, ferida operatória sem secreção e com debito reduzido pelo dreno de Penrose.Conclusão De acordo com estudos, a lesão pancreática por si só, não contribui de forma significativa na mortalidade imediata ou tardia, entretanto tem alto impacto na morbidade pós-operatória. Desta forma é importante reconhecer precocemente a lesão, instituindo o tratamento correto de acordo com a gravidade e controlar as possíveis complicações.

CODIGO DO TRABALHO: 2185

TÍTULO DO TRABALHO: Prevenção do trauma na infância

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PHILLIPE GERALDO T. DE ABREU REIS1; ADONIS NASR2; FLAVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASICH3; IWAN AUGUSTO COLLACO2; LUIS FERNANDO SPAGNUOLO BRUNELLO4; THAIS TAKAMURA5; CAROLINE LOUISE BALCEWICZ DAL BOSCO6; ANA LUISA BETTEGA5. 1. HOSPITAL ERASTO GAERTNER, CURITIBA - PR - BRASIL; 2. HOSPITAL DO TRABALHADOR, CURITIBA - PR - BRASIL; 3. HC-UFPR, CURITIBA - PR - BRASIL; 4. UFPR, CURITBA - PR - BRASIL; 5. UFPR, CURITIBA - PR - BRASIL; 6. UP, CURITIBA - PR - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: avaliar a percepção das crianças sobre os acontecimentos traumáticos e introduzir uma ação preventiva educativa e custo-efetiva. Métodos: Estudo comparativo prospectivo intervencionista, com crianças de uma escola básica no Sul do Brasil. Um questionário com 8 perguntas de assinalar relacionadas a cenários de tráfego foi aplicado por estudantes de medicina voluntários em maio de 2016, antes e depois de uma palestra educativa sobre prevenção de acidentes de trânsito. Haviam também 20 questões epidemiológicas. Os dados coletados foram comparados entre os pré e pós-testes dos mesmos estudantes. A análise estatística foi realizada utilizando o qui-quadrado para variáveis discretas e teste T-student para variáveis ??contínuas. Resultados: Dentre os 142 alunos responderam os questionários a idade média foi de 11,73 anos. 43,6% relataram que sempre atravessam a rua sozinho, enquanto 8,45% atravessam a rua somente com um adulto. A maioria dos alunos disseram que sempre em atravessam as ruas na faixa de pedestres e olham para os dois lados antes de atravessar (60,71 e 84,9%, respectivamente). Impressionantemente, 14,08% disseram que já dirigir um carro ou uma motocicleta sem contar que 17,60% andam de bicicleta entre os carros. Além disso, 95,07% dos estudantes sentam no banco da frente do carro. Sobre questões de segurança, apenas metade dos pesquisados tem buzinas em suas bicicletas, e menos da metade usa capacete quando vai usar a bicicleta. Ao comparar as suas avaliações, houve um maior número de respostas corretas no pós-teste (5,42 vs 6,33, p = 0,01548). O custo total estimado foi de 45 dólares. Conclusão: Estimular a incorporação de medidas preventivas nos currículos escolares. Educação preventivas tem alto valor custo-efetivo para a difusão do conhecimento médico entre crianças e jovens.

CODIGO DO TRABALHO: 2875

TÍTULO DO TRABALHO: PSEUDO OBSTRUÇÃO PÓS TRAUMA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BRUNA BERNARDES DA SILVA; THIAGO LEÃO SOARES; IZABELA RIBEIRO GRIMALDI; FÁBIO MAGY MENDES FILHO; GUILHERME LEITE ZAMBELLI DE ALMEIDA; FERNANDA LARA BORGES; ROBERTA XAVIER CAMPOS; FLÁVIA MARIA MOREIRA DE OLIVEIRA; LAÍS CHAVES DE SOUZA. HOSPITAL BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
W. M, 51 anos, sexo masculino, com relato de queda de altura de 5 metros. Paciente com múltiplas fraturas. Sem doenças prévias, hígido, com exames laboratoriais dentro da normalidade, encontrava-se em acompanhamento na Unidade de Terapia Intensiva. No sétimo dia de internação hospitalar evoluiu com distensão abdominal, RHA aumentados, abdome doloroso, sem irritação peritoneal. Solicitada Tomografia Computadorizda de abdome e avaliação da Cirurgia Geral.TC evidenciou importante dilatação de alças de delgado, havendo transição abrupta do calibre para íleo distal, sugerindo oclusão/ suboclusão aguda. Paciente então submetido a laparotomia exploradora, a qual evidenciou distensão de ceco maior que 15 cm, com rotação de íleo terminal e distensão de alças de delgado.Realizada colectomia parcial e ileostomia protetora. Paciente em pós operatório necessitou IOT, manteve estabilidade hemodinamica com uso de aminas por 1 semana, manteve curva térmica febril. No sétimo dia de pós operatório foi extubado, manteve estabilidade sem uso de aminas, evoluiu satisfatoriamente, no 27 dia de pós operatório, teve alta para enfermaria e aguarda abordagem das fraturas pela Ortopedia. Uma revisão da literatura do Centro Médico-UCLA, Califórnia, faz um relato de dois casos de pseudo obstrução de cólon em pacientes politraumatizados. Um breve relato do caso retrata um homem de 66 anos, teve queda de altura de 5 metros. História patológica pregressa de DUP, sem sequelas. Exame físico sem alterações, exceto por multiplas fraturas. E exame mostrando sangue oculto nas fezes. Estase de SNG também com sangramento. Paciente foi então admitido com diagnóstico provisório de DUP e politraumatismo. No terceiro dia de internação hospitalar evoluiu com distensão abdominal, indolor, ruídos hidroaéreos diminuídos, sem irritação peritoneal. Realizada colonoscopia, a qual demonstrou ceco alargado, maior que 12 cm. Rx horas depois moStrou evolução da distensão: ceco maior que 14 cm. Laparotomia exploradora demonstrou não haver ponto mecânico de obstrução, ceco foi descomprimido com colostomia. Nessa revisão, devemos enfatizar uma condição clinica potencialmente fatal, que pode iniciar de forma benigna, porém negligenciada. Contudo,o propósito desse relato de caso é alertar médicos a possibilidade dessa condição como uma complicação em pacientes ortopédicos e que o correto diagnóstico e abordagem para diminuição de morbimortalidade.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1226

TÍTULO DO TRABALHO: PSEUDOANEURISMA DE ARTÉRIA HEPÁTICA PÓS-TRAUMA ABDOMINAL CONTUSO TRATADO COM EMBOLIZAÇÃO ENDOVASCULAR: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BRUNO ROBERTO DA SILVA FERREIRA; FERNANDO KENNEDY PEREIRA CHAVES; CAMILO DE ALENCAR DIÓGENES; FRANCISCO MATHEUS TAVARES FERNANDES VIEIRA; VICTOR CAMARÃO PÔRTO; VITOR TEIXEIRA HOLANDA; FERNANDO ANTONIO SIQUEIRA PINHEIRO; JOSE HUYGENS PARENTE GARCIA. IJF, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O pseudoaneurisma da artéria hepática pós-trauma é entidade incomum, aparecendo em aproximadamente 1% dos casos de trauma hepático. A maioria é extra-hepático (80%) e tem início tardio. Embora geralmente sejam assintomáticos, eles devem ser sempre tratados devido ao alto risco de complicações, especialmente a ruptura. Atualmente, o tratamento de escolha é a embolização endovascular. Apresentamos um caso de pseudoaneurisma da artéria hepática pós-traumática que foi tratado com sucesso através de embolização percutânea através da injeção de cianoacrilato. Relato do caso: masculino, 34 anos, foi vítima de trauma abdominal contuso por acidente automobilístico, dando entrada na emergência do Insituto Dr. José Frota, apresentando dor abdominal e sinais de hipovolemia. Indicada abordagem cirúrgica que mostrou laceração hepática extensa em segmentos V e VI, tratada por rafia hemostática. Paciente evoluiu bem no pós-operatório, recebendo alta. Quinze dias depois, paciente retorna à emergência com quadro de dor abdominal persistente. Realizada TC de abdome que mostrou a presença de formação aneurismática em topografia da artéria hepática direita intra-hepática, medindo 3,2x2,5 cm. Diante do achado, foi realizada arteriografia com cateterização da artéria hepática, sendo evidenciado pseudoaneurisma da artéria hepática direita e embolizado com injeção de cianoacrilato com sucesso. Paciente evoluiu bem após o procedimento. Conclusão: Os pseudoaneurismas da artéria hepática pós-trauma são complicações raras do traumatismo abdominal contuso. Os pacientes são geralmente assintomáticos e o diagnóstico é um achado incidental. Ocasionalmente podem ser sintomáticos e as manifestações clínicas mais comuns são dor abdominal, hematêmese, anemia, hipovolemia e icterícia. O tratamento por radiologia intervencionista é efetivo e menos invasivo.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 848

TÍTULO DO TRABALHO: QUEIMADURA EXTENSA EM PACIENTE BARIÁTRICO ? RELATO DE CASO.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LETICIA SOARES GOULART1; MARIA CECILIA REMELLI PESSA2. 1. ESTÁCIO - UNISEB, RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL; 2. CENTRO UNIVERSITÁRIO INGÁ - UNINGÁ, MARINGÁ - PR - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoNos últimos anos, a procura por tratamento de obesidade tem se intensificado, e as cirurgias bariátricas que restringem o tamanho do estômago, ou levam a diminuição da absorção de nutrientes são os mais utilizados (Coelho EM, et al.). Assim, é importante seguir rigorosamente as orientações sobre consumo de suplementos, prevenindo problemas nutricionais e metabólicos, bem como complicações em virtude de futuros traumas.Relato de CasoA.P.F.C, 39 anos, feminina, 2º mês de pós-operatório de gastroplastia com by-pass em Y de Roux por obesidade mórbida, vítima de explosão de gás de cozinha e extensa queimadura.Admitida no hospital com queimaduras de 2º e 3º graus em 60% da superfície corpórea, realizada hidratação vigorosa, limpeza e curativo das lesões com sulfadiazina de prata e tratamento com albumina. Alguns exames coletados: proteínas totais 3,2g/dl, albumina 1,4g/dl, globulina 1,8g/dl e hemograma com normocromia, normocitose e neutrófilos com raras granulações tóxicas.Por conseguinte, paciente estável levada ao centro cirúrgico para realizar desbridamento, evolui com instabilidade hemodinâmica e mantida às custas de aminas e transfusão de plaquetas e sangue.Ao decorrer, novo hemograma relata normocromia, normocitose e neutrófilos com granulações tóxicas. Novamente encaminhada para desbridamento, retornando gravíssima, com relato de sangramento importante.No dia seguinte, após estabilização, realiza novo desbridamento, porém apresenta pupilas midriáticas fixas, não tendo recebido qualquer sedativo, hipnótico ou analgésico, supondo possível sangramento intracraniano.Por fim, a avaliação de novo hemograma relata hipocromia, anisocitose e neutrófilos com frequentes granulações tóxicas, evoluindo para gravíssimo estado geral, e regressão pupilar após retorno da sedação, mantendo-se miótica e bradirreagente, evidenciando morte cerebral.ConclusãoÉ notório que a extensão da queimadura aumenta proporcionalmente a mortalidade, em virtude de maiores complicações na homeostase corporal, tanto pelo desequilíbrio de barreira contra infecções como também pelos distúrbios hidroeletrolíticos gerados. (Borborema CPL, et al.).Assim, como no caso relatado, ocorreram significativas alterações relacionadas a má evolução, como: hipoalbuminemia, alterações no hemograma e distúrbios de coagulação, que por sua vez, são decorrentes da grande queimadura e podem ter sido agravados pela previa cirurgia restritiva e uma possível carência nutricional.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1221

TÍTULO DO TRABALHO: QUILOTÓRAX APÓS TRAUMA TORÁCICO PENETRANTE: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BERNARD COSTA FAVACHO1; FERNANDA VEIGA GONÇALVES2; GABRIELA TRINDADE GÓES2; FELIPE AUGUSTO HAGE SOARES2; GERALDO ROGER NORMANDO JR.3; ALEXANDRE ERNESTO POZZEBON MOURÃO2; HÉLIO FERNANDO MACHADO SILVA2. 1. HOSPITAL OPHIR LOYOLA, BELEM - PA - BRASIL; 2. HOSPITAL OPHIR LOYOLA, BELÉM - PA - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ, BELÉM - PA - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O quilotórax é uma condição rara em que ocorre extravasamento de quilo para o espaço pleural, proveniente do ducto torácico. A ocorrência de quilotórax traumático é extremamente incomum e pode ter complicações devastadoras, principalmente caso seja detectado de maneira tardia. RELATO DE CASO: Paciente masculino, 33 anos deu entrada no pronto atendimento cirúrgico com história de ter sido vítima de ferimento por arma branca em região cervical a direita há quatro horas. Na admissão encontrava-se com vias aéreas pérvias, murmúrio vesicular presente bilateralmente, diminuído em base esquerda, saturação de oxigênio de 99% em ar ambiente, hemodinamicamente estável, Glasgow 15. Apresentava lesão corto ? contusa em região cervical direita, zona II, com enfisema de subcutâneo, ausência de hematoma. Após atendimento inicial, paciente realizou tomografia com contraste de pescoço e tórax, evidenciando hemopneumotórax à esquerda, ausência de lesão vascular. Realizado toracostomia com drenagem pleural fechada a esquerda e saída imediata de ar e 500 ml de sangue. Paciente manteve-se estável hemodinamicamente e no 1º dia de internação hospitalar realizou endoscopia digestiva alta, esofagograma e broncoscopia, sem evidências de lesões do trato gastrintestinal ou respiratório. Nas primeiras 24 horas de internação dreno torácico manteve-se oscilante, sem escape aéreo e com débito de 300 ml, conteúdo serohemático. No segundo dia de internação hospitalar, débito do dreno torácico apresentou mudança de aspecto adquirindo coloração rósea, mantendo drenagem de 350 ml. Iniciado jejum oral, com passagem de sonda nasoenteral (SNE) e dieta enteral com triglicerídeos de cadeia média; solicitado bioquímica do liquido do dreno com DHL de 633 e triglicerídeos de 628. No terceiro dia de internação, débito do dreno manteve-se com aspecto de quilotórax e com débito de 900 ml. Paciente, então, submetido a toracotomia posterolateral direita com ligadura de ducto torácico + drenagem pleural fechada a direita. Paciente evoluiu em bom estado geral, mantendo-se dieta pela SNE. No 7º pós operatório iniciado dieta via oral, sem mudança no aspecto ou débito dos drenos. Retirado drenos e alta hospitalar no 8º pós operatório. CONCLUSÃO: As taxas de sucesso no tratamento conservador variam de 20 a 80%. O momento da abordagem cirúrgica ainda permanece controverso, porém benefícios da cirurgia precoce são claros, o que pode mostrar bons resultados em 90% dos casos.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2101

TÍTULO DO TRABALHO: Radiografia ou Tomografia Computadorizada na abordagem do paciente no trauma

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: THAÍS ROSSANA CRUZ DE SOUZA; NATHÁLIA DIÓGENES FERNANDES; AMÁLIA CÍNTHIA MENESES RÊGO; IRAMI ARAUJO FILHO; TÂMARA RAQUEL LIRA FERNANDES; JULIANY MEDEIROS SANTOS; MARCUS VINICIUS CARNEIRO TORRES DE PAULA; CLEANTO HENRIQUE MEDEIROS DE SOUSA TÔRRES. UNIVERSIDADE POTIGUAR, NATAL - RN - BRASIL.

RESUMO:
Objetivos: O estudo tem como objetivo determinar dentre os métodos de diagnóstico por imagem, Radiografia ou Tomografia Computadorizada (TC), qual apresenta melhor indicação na avaliação de paciente vítima de trauma torácico. Métodos: Trata-se de uma busca bibliográfica nas bases de dados eletrônicas, PubMed e Scopus, para obtenção de artigos sobre o tema. Foram incluídos trabalhos em inglês, desenvolvidos nos últimos 15 anos. Além disso, foram adicionados trabalhos obtidos por meio de busca manual em listas de referências dos artigos selecionados. Resultados: A Radiografia de tórax é o primeiro método de imagem utilizado para a investigação de pacientes vítimas de trauma torácico constituindo-se como importante ferramenta de avaliação, uma vez que pode ser realizado em pacientes em condições críticas e fornece informação rápida. No entanto, a TC de tórax vem aumentando sua importância devido maior sensibilidade na identificação de condições traumáticas ocultas potencialmente fatais, como lesão vasculares. Apesar disso, tem-se demonstrado que a TC é improvável de detectar lesões significativas em pacientes hemodinamicante estáveis com exame físico normal, devendo sua escolha ser baseada em alterações na radiografia de tórax e suspeição clínica, levando-se em consideração o mecanismo do trauma. Além disso, as lesões ocultas detectadas não resultam em significância clínica ou mudança no manejo dos pacientes. Foi demonstrado que achados ocultos na TC de tórax em pacientes com radiografia de tórax normal na admissão foram mais comuns em pacientes com um ou mais fatores de risco, como idade > 30 anos, sexo feminino, pressão sistólica ? 90mmHg e Glasgow ? 12, sugerindo que sua indicação deve ser cautelosa. Outrossim, a realização indiscriminada de TC está associada a exposição a radiação ionizante, nefropatia, maior tempo de internação hospitalar e maiores custos em cuidados de saúde. Conclusão: A radiografia de tórax constitui-se como exame de imagem mais indicado na avaliação de pacientes vítimas de trauma torácico, devido sua maior rapidez e menor associação com complicações. Referências: KEA, Bory et al. What is the clinical significance of chest CT when the chest x-ray result is normal in patients with blunt trauma? The American Journal Of Emergency Medicine, [s.l.], v. 31, n. 8, p.1268-1273, ago. 2013. Elsevier.RODRIGUEZ, Robert M. et al. NEXUS Chest. Jama Surgery, [s.l.], v. 148, n. 10, p.940-946, 1 out. 2013. American Medical Association.

CODIGO DO TRABALHO: 743

TÍTULO DO TRABALHO: RELAO DE CASO: TRATAMENTO NÃO OPERATÓRIO DE FERIMENTO TRANSFIXANTE TÓRACO-ABDOMINAL

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CAROLINA SANTOS DE JESUS; OTTO MAURO DOS SANTOS-ROSA; STEPHANIE SANTIN; JOSE CRUVINEL NETO; ALEXANDRE ZANCHENKO FONSECA; MARCELO AUGUSTO F. RIBEIRO JR.. UNISA, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOO tratamento conservador consiste de avaliação completa do trauma, realização de tomografia computadorizada (TC), monitorização hemodinâmica sem a necessidade de uma intervenção cirúrgica.A incidência de traumas torácicos penetrantes varia geograficamente. Nos EUA 9% de todos os óbitos relacionados à traumas decorrem de causas torácicas. No Brasil os dados são precários, estima-se que em 2014 cerca de 45 mil óbitos por ferimento penetrantes, das quais 94% foram homicídios.A África do Sul consiste em um dos mais avançados centros no tratamento não operatório de Ferimentos por arma de fogo (FAF). Em 2002 MacFarlane elaborou documento para auxiliar no tratamento em casos de FAF. No Hospital Geral do Grajau (HGG) o protocolo consiste na realização do ATLS, eFAST e, quando indicado, TC. Neste trabalho relatamos o caso de paciente admitida por FAF em mama esquerda, onde o eFAST foi positivo e seguiu-se tratamento não operatório.RELATO DE CASOPaciente C.M.S., 59 anos, sexo feminino, procedente de São Paulo, deu entrada no dia 12 de Janeiro de 2016 às 8h da manhã com queixa de FAF em mama esquerda há 30 minutos. Foi realizado ATLS: A: Via aérea pérvia, sem colar cervical, sem prancha rígida. B: Murmúrio vesicular presente bilateralmente, sem ruídos adventícios, frequência respiratória de 20irpm, saturação 98% em ar ambiente. C: estável hemodinamicamente, abdome flácido e indolor, pelve fixa e indolor. D: escala de coma de Glasgow 15, pupila isofotorreagente, sem déficit motor. E: ferimento puntiforme em hemitórax esquerdo no 7º espaço intercostal esquerdo. Fast positivo no espaço pericárdico.A paciente foi estabilizada, ofertado O2, coletados exames laboratoriais, infundido 500mL de Ringer Lactato aquecido. Realizado sondagem vesical de demora (SVD) e RX de Tórax que mostrou projetil em hemitórax direito, em região basal. Optou-se por drenar o tórax à direita, com saída de 100mL de sangue. Foi realizado TC de tórax e abdômen com contraste. A partir do resultado dos exames iniciais adotou-se conduta expectante.A paciente permaneceu internada durante 5 dias, com boa evolução, sem alterações nos parâmetros clínicos e laboratoriais, recebendo alta para acompanhamento ambulatorialCONCLUSÃOA decisão quanto à conduta mais adequada frente a um FAF deve levar em conta a capacidade do hospital em fornecer o suporte necessário para o caso de desestabilização do paciente junto a experiência da equipe de cirurgiões.

CODIGO DO TRABALHO: 1634

TÍTULO DO TRABALHO: Relato de caso : Hernia Diafragmática Traumática

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: OCTAVIO ANTONIO A. DA COSTA FILHO1; RAFAELLY DE FÁTIMA BIUHNA1; HENRIQUE BRAMBILLA DE LUCCA2; ALISSON LUAN DION RODRIGUES DOS SANTOS1; FLAVIA COSTA RORIZ ARRUDA1. 1. SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTA GROSSA, PONTA GROSSA - PR - BRASIL; 2. HOSPITAL UNIVERSITARIO EVANGELICO DE CURITBA, CURITIBA - PR - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO A hernia diafragmática traumática (HDT) trata-se de uma patologia na qual estruturas originariamente abdominais invadem cavidade torácica por meio de uma abertura secundária a um trauma. Sua uma ocorrencia é incomum com incidência de 0,8 a 5,8%, contudo o grau de morbi mortalidade é alto. Atrelado a isso, o diagnóstico comumente demora a ser firmado.As lesões mais frequentes, associadas ao quadro costumam ocorrer em baço, fígado e pelve. Com relação a etiologia, em 75 % dos casos, observam-se traumas contusos associados. Quanto ao predomínio das lesões, em 70% dos casos observam-se lesão à esquerda, mais especificamente em região postero lateral, haja vista maior fraqueza embrionária neste local. O tratamento se dá pela redução do conteúdo herniado tipicamente atraves de laparotomia, embora, em alguns casos, a toracotoia possa ser empregada.RELATO DE CASO Paciente sexo masculino, 44 anos, vítima de colisão lateral esquerda moto x auto. Paciente chega via Samu estável hemodinamicamente, porém queixando-se de dor torácica excruciante. Ao exame físico diminuição de murmurio vesicular a esquerda e dor intensa a palpação abdominal. Paciente saturando 92%. Suspeitado de hemopneumotorax primariamente, paciente submetido a toracodrenagem fechada a esquerda. Sem melhora do quadro álgico mesmo após administração de opióide. Tendo em vista manutenção da estabilidade hemodinamica optou-se por realizar tomografia computadorizada de toraxe abdome. Exame evidenciou hernia diafragmática traumática a esquerda com herniação de conteúdo abdominal para hemitorax correspondente, pneumoperitônio, lesão esplênica grau 2 e fratura/luxação de articulação coxo femoral esquerda. Paciente levado ao centro cirúrgico e submetido a Laparotomia na qual foram reposicionadas estruturas abdominais, sem lesões, e realizada frenorrafia póstero lateral com fio d eprolene 0. Paciente evoluiu bem clinicamente, sendo abordada posteriormente a correção de fratura em região coxo femoral esquerda.CONCLUSÃOA HDT constitui uma patologica de elevado nivel de morbi mortalidade, por esse motivo torna-se necessário um elevado nível de vigilância clínica e suspeita para que estas lesões não passem despercebidas no paciente politraumatizado na emergência ou mesmo nos casos mais tardios. Em casos de dúvida diagnóstica, exames complementares de imagem como raio x e tomografias podem ser perfeitamente solicitados, desde que a hemodinâmica do paciente permita, como foi o do caso relatado.

CODIGO DO TRABALHO: 805

TÍTULO DO TRABALHO: Ressuscitação de controle de danos no trauma: qual a melhor estratégia?

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCUS VINICIUS CARNEIRO TORRES DE PAULA; BÁRBARA NARCISO DUARTE; CLEANTO HENRIQUE MEDEIROS DE SOUSA TÔRRES; ARTUR DE SOUSA LEITE JÚNIOR; ANDREZA LUIZA DE SOUSA LOBATO; JÔNATAS PONTE VASCONCELOS; ALISOM MICHEL CAMPOS AZEVEDO. UNIVERSIDADE POTIGUAR, NATAL - RN - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A ressuscitação de controle de danos (RCD) é uma abordagem inicial que deve ser utilizada em pacientes vítimas de trauma que possuem alta probabilidade de um desfecho fatal por consequência de choque hemorrágico. Duas abordagens são essenciais na RCD: hipotensão permissiva (HP) e transfusão maciça (TM). Objetivo: Revisar as principais indicações de hipotensão permissiva e transfusão maciça no paciente politraumatizado, como devem ser realizados e registrar os resultados dessas abordagens. Métodos: Publicações sobre o tema foram obtidas em bases de dados internacionais (MedLine, Pubmed, Scielo) e manuais. Resultados: Constatou-se que a RCD é uma abordagem eficaz para redução da mortalidade em pacientes vítimas de trauma com grandes hemorragias. A HP demonstrou benefício quando utilizada em pacientes com perda sanguínea menor que 30% do volume sanguíneo corporal. Não existe consenso sobre a meta pressórica ideal, porém a maioria dos artigos indicam que a pressão arterial sistólica não ultrapasse 80mmHg. Estudos mostraram que essa abordagem não deve ser utilizada por longos períodos de tempo (90 ? 120 minutos). O outro pilar da RCD é a TM. Esta deve ser realizada de maneira precoce, utilizando plasma fresco congelado (PFC) e concentrados de plaquetas (CP) e hemácias (CH). A proporção desses componentes ainda é motivo de discussão, mas evidências mostram que uma alta relação, como a 1:1:1 (PFC:CP:CH), são mais seguras comparadas a relações menores, como a 1:1:8. Conclusão: A RCD é uma abordagem eficaz na redução de mortalidade em pacientes vítimas de trauma com grandes hemorragias. Entretanto, mais estudos devem ser realizados para esclarecimento das dúvidas sobre o tema. Bibliografia: KAAFARANI, H. M. A.; VELMAHOS, G. C.. Damage Control Resuscitation In Trauma. Scandinavian Journal Of Surgery,[s.l.], v. 103, n. 2, p.81-88, 28 abr. 2014. SAGE Publications.; POHLMAN, Timothy H. et al. Damage control resuscitation. Blood Reviews, [s.l.], v. 29, n. 4, p.251-262, jul. 2015. Elsevier BV.; HOLCOMB, John B. et al. Transfusion of Plasma, Platelets, and Red Blood Cells in a 1: 1. Jama, [s.l.], v. 313, n. 5, p.471-482, 3 fev. 2015. American Medical Association (AMA).

CODIGO DO TRABALHO: 1135

TÍTULO DO TRABALHO: RUPTURA DE LINFANGIOMA CÍSTICO DE MESENTÉRIO APÓS TRAUMA ABDOMINAL CONTUSO: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BRUNO ROBERTO DA SILVA FERREIRA; VITOR TEIXEIRA HOLANDA; EDUARDO HENRIQUE CUNHA NEVES FILHO; HELADIO FEITOSA DE CASTRO FILHO; PAULO ROBERTO MONTEZUMA SALES; RAPHAEL FELIPE BEZERRA DE ARAGÃO. IJF, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Linfangiomas císticos são tumores benignos raros, com diagnóstico mais freq?ente, em cabeça e pescoço. A incidência varia de 1:200.000 na população adulta e de 1:20.000 em crianças, com uma relação homem:mulher de 1:1. No abdome, ocorrem mais comumente no mesentério, grande omento, mesocólon e retroperitôneo. Apresentamos um caso de linfangioma cístico mesentérico diagnosticado incidentalmente durante laparotomia exploradora em um adolescente vítima de trauma abdominal contuso e revisamos a literatura. Relato do caso: Adolescente de 14 anos, do sexo masculino, deu entrada no departamento de emergência do Instituto Dr. José Frota vítima de trauma abdominal contuso após queda de bicicleta, aproximadamente 1 hora antes da admissão hospitalar. Após avaliação inicial do paciente, anamnese e exame físico, foram solicitados exames radiológicos segundo rotina do ATLS. Radiografias de tórax e abdome normais. USG FAST foi positivo para líquido livre intrabdominal. Realizada tomografia de abdome com contraste que mostrou moderada quantidade de líquido livre em cavidade, sem outros achados. Indicada abordagem cirúrgica. Durante procedimento, foi evidenciado líquido de aspecto citrino em cavidade abdominal, em torno de 500ml, e tumor sólido-cístico em raiz de mesentério, parcialmente roto, aderido à quarta porção duodenal. Foi realizada ressecção completa da massa tumoral, biopsiados 2 linfonodos suspeitos em mesentério, sendo as peças enviadas para análise histopatológica (AH). Paciente evoluiu estável no pós-operatório (PO), indo de alta sem queixas clínicas e com retorno ambulatorial agendado. AH da lesão confirmou linfagioma cístico de mesentério, sem sinais de malignidade na peça e nos linfonodos biopsiados. No seguimento PO, paciente foi avaliado 30 e 60 dias após procedimento, apresentando-se assintomático, ferida operatória com boa cicatrização e com exame físico sem anormalidades. Conclusão: O linfangioma cístico mesentérico é uma rara anomalia intrabdominal benigna com etiologia incerta, ocorrendo predominantemente em crianças. Cistos do mesentério representam aproximadamente 1:20.000 internações hospitalares pediátricas. Quase 60% dos linfangiomas císticos mesentéricos são diagnosticados antes do quinto ano de vida. Parece haver predominância do sexo masculino. No caso do paciente relatado, tratou-se de diagnóstico incidental de tal lesão, fato que acabou por beneficiar o paciente, pela descoberta e tratamento do tumor.

CODIGO DO TRABALHO: 368

TÍTULO DO TRABALHO: SALPINGITE POR CORPO ESTRANHO INTRAVAGINAL

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: NEEMIAS MOREIRA DA SILVA JUNIOR1; ANDY PETROIANU2; KELLY RENATA SABINO3. 1. SANTA CASA DE BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. SANTA CASA BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 3. SANTA CASA, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A presença de corpos estranhos intravaginais corresponde a mais de 10% das causas de corrimento vaginal sanguinolento em adolescentes e é responsável por 4% das consultas médicas nessa faixa etária. Sua principal causa é abuso sexual seguida de distúrbio comportamentais [1]. As manifestações clínicas encontradas em presença de corpos estranhos intravaginais são dor vaginal e pélvica, corrimento sanguíneo, febre, inapetência e recolhimento da adolescente acompanhado de tristeza. Por medo ou vergonha, a adolescente pode esconder essa agressão e permanecer com o corpo estanho por tempo prolongado[2,3,4,5]. Este relato apresenta o caso de corpo estranho intravaginal retido por dois anos. RELATO DE CASO: Uma adolescente de 15 anos, viciada em drogas procurou o serviço médico do da Santa Casa de Belo Horizonte com queixa de dor abdominal, associada a disúria e corrimento vaginal fétido durante o período de dois anos. Nesse tempo, a paciente emagreceu 10 kg. Essas manifestações surgiram após abuso sexual, que a paciente não soube relatar adequadamente, por ter ocorrido enquanto ela estava sob efeito de alucinógeno. Ao exame físico o abdome era doloroso à palpação no hipogástrico, onde era percebida uma massa rígida. Ao toque vaginal, foi diagnosticou-se um corpo estranho semelhante a um copo, com orifício de 2,5 cm de diâmetro e que foi confirmado ao exame especular. O exame ultrassonográfico confirmou o corpo estranho endovaginal e revelou espessamento das tubas uterinas. Desde a introdução do corpo estranho, a paciente foi tratada de infecções urinárias recorrentes e salpingíte crônica por vários médicos, que não a examinaram. Sob bloqueio anestésico raquidiano e após cateterização vesical apenas peroperatória, o corpo estranho foi removido completamente por via vaginal. Constatou-se ser uma tampa de frasco de aerossol. Não houve lesão da vagina, uretra ou útero decorrente do corpo estranho ou de sua retirada. A evolução pós-operatória foi sem intercorrências e a alta foi dada ao final da antibioticoterapia, no sétimo dia. Durante o acompanhamento ambulatorial pelo período de um ano, não foram registradas complicações nem novos episódios infecciosos. CONCLUSÃO : Toda paciente com corrimento vaginal, indepedentimente de sua natureza deve ser submetida a anamnese e exame físico cuidadoso, em qualquer idade. A possibilidade de corpo estranho intravaginal não pode ser descartada, mesmo se a paciente não fornecer indícios de sua existência.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2381

TÍTULO DO TRABALHO: Tamponamento cardíaco tardio por pericardite purulenta: um relato de caso e revisão

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BRUNO JOSE DA COSTA MEDEIROS1; HUGO MARLON DE CASTRO NEGREIROS2; LUIZ DA GAMA PESSOA IV2; AGUINALDO JOSE MENDES DE SOUSA FILHO3; ISABELLE NASCIMENTO COSTA4. 1. ICEA, MANAUS - AM - BRASIL; 2. FUNDAÇÃO HOSPITAL ADRIANO JORGE - FHAJ, MANAUS - AM - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS, MANAUS - AM - BRASIL; 4. UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS, MANAUS - AM - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: a pericardite é um processo inflamatório do pericárdio com múltiplas causas e que pode ser primário ou secundário, pode cursar com ou sem derrame pericárdio e com constrição pericárdica. No presente caso observamos um exemplo de pericardite secundária pós-traumática causada por contaminação do agente agressor (arma branca) e com evolução para uma das piores complicações: tamponamento cardíaco. Métodos: descrever um caso clínico observado em um serviço de cirurgia de urgência e emergência de Manaus-AM e fazer uma breve revisão sobre o tema. Conclusão: o tamponamento cardíaco agudo é uma condição relativamente comum nos casos de ferimento cardíaco, pode ocorrer em 80% dos casos, já os casos de tamponamento tardio são raros. É muito importante ter um alto índice de suspeita das lesões cardíacas e observar que o ultrassom na sala de trauma tem suas limitações com sensibilidade em torno de 56%, e quando necessário o paciente deve ser submetido a janela pericárdica subxifóidea que chega a ter uma sensibilidade de 100% na detecção de lesões cardíacas .

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2406

TÍTULO DO TRABALHO: Toracostomia x toracotomia no trauma torácico

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANDRE GUSMAO CUNHA1; ANA CELIA DINIZ C. BARBOSA ROMEO1; VICTOR DA PAIXÃO GUIMARÃES2; LOHANA SANTANA ALMEIDA DA SILVA2; LORENZA ANDRÉS ALMEIDA DE SOUZA2; GRAZIELE DANTAS VIEIRA2; MATEUS FAGUNDES GÓES2; DANIEL ROCHA PARANHOS2. 1. HOSPITAL DO SUBÚRBIO, SALVADOR - BA - BRASIL; 2. ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, SALVADOR - BA - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Lesões torácicas acometem aproximadamente 60% dos pacientes politraumatizados, sendo responsáveis ??por 25% da mortalidade relacionada ao trauma. Embora frequentes e com indice de mortalidade elevado estudos revelam que a toracostomia isoladamente é suficiente para o tratamento da maioria das lesões torácicas traumáticas. OBJETIVOS: Avaliar os pacientes com trauma torácico atendidos em Hospital de referência em Emergência e Trauma (Hospital do Subúrbio), Salvador-Ba demonstrando os procedimento a que foram submetidos bem como suas complicações, resultados e perfil demográfico. MÉTODOS: Foi realizado estudo retrospectivo baseado na revisão de prontuários de Janeiro de 2014 a Março de 2016, com dados coletados em prontuários eletrônicos na discriminada unidade sendo incluídos pacientes vítimas de trauma torácico, avaliados pela cirurgia geral. RESULTADOS: Foram analisados 159 prontuários, dos quais 137 foram incluídos no estudo. A média de idade dos pacientes foi de 34 anos, variando entre 16 e 89 anos, com predomínio do sexo masculino. O trauma penetrante por arma de fogo foi o mais frequente embora o trauma contuso por mais variados motivos tenham uma ocorrência importante. Os traumas foram diagnosticados como: hemotórax (39,4%), pneumotórax (27%) e hemopneumotórax (32,1%). Todos os pacientes foram submetidos à toracostomia, das quais 19% evoluíram com complicações secundárias ao procedimento, destacando-se as complicações infecciosas e derrame pleural. O tempo médio de realização da toracostomia foi de 34 minutos e o tempo médio da chegada até realização do procedimento foi de 12 horas e 44 minutos. A toracotomia foi realizada em apenas 8,7% CONCLUSÃO: O trauma torácico acomete predominantemente adultos-jovens (34 anos) do sexo masculino e a toracostomia revelou-se tratamento definitivo na maioria dos casos, sendo considerado um método de abordagem seguro nestes pacientes.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1096

TÍTULO DO TRABALHO: Toracotomia abreviada em pacientes com ferimento contuso x ferimento penetrante e suas indicações

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CLEANTO HENRIQUE MEDEIROS DE SOUSA TÔRRES1; AMÁLIA CÍNTHIA MENESES RÊGO2; BÁRBARA NARCISO DUARTE3; CLARISSE SALES GURGEL3; IRAMI ARAUJO FILHO2; MARCUS VINICIUS CARNEIRO TORRES DE PAULA3; TÂMARA RAQUEL LIRA FERNANDES3; THAÍS ROSSANA CRUZ DE SOUZA2. 1. UNIVERSIDADE PORTIGUAR, NATAL - RN - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE POTIGUAR-LAUREATE INTERNATIONAL UNIVERSITIES, NATAL - RN - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE POTIGUAR-LAUREATE INTERNATIONAL UNIVERSITIE, NATAL - RN - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Este trabalho tem como objetivo avaliar as indicações de cirurgia de controle de danos no trauma torácico aberto e fechado. Métodos: Foi feita uma revisão de literatura nos bancos de dados PubMed, MEDLINE, SCIELO e UpToDate, com os seguintes limites de busca: ? chest damage control surgery or thorax damage control surgery or breast damage control surgery?, no título, resumo ou assunto, nos últimos onze anos (2006-2016), em inglês, português ou espanhol. Além disso, buscaram-se as referências dos artigos selecionados, totalizando 16 artigos para a confecção desse artigo. Resultados: A cirurgia de controle de danos inicialmente usada apenas para abdome, atualmente é utilizada para todos os outros campos de trauma, sejam eles abdominais, vasculares, de extremidades ou torácicos, sendo esta também chamada de toracotomia abreviada ou fechamento temporário do tórax. Ainda não existe consenso absoluto sobre a realização ou não da toracotomia de controle de danos (TCD), mas existem vários artigos mostrando diminuição da mortalidade, como no de De Lesquen, o qual exibe uma redução de 59% para 36% nesse critério[1]. A taxa de sobrevida de pacientes que fizeram TCD em trauma contuso e penetrante é, respectivamente, 1,4% e 8,8%[1], segundo estudo de Rhee et al com 4600 pacientes, sendo, portanto indicada apenas sob determinadas situações, como múltiplas fraturas, choque persistente, vazamento de ar maciço, débito de dreno torácico > 1500 ml inicialmente ou >200ml/h por 3 horas em pacientes estáveis, este último não podendo ser avaliado isoladamente. Conclusão: Portanto, a toracotomia abreviada não depende do tipo de trauma, mas das condições do paciente acima referida, que podem ser avaliadas pelo exame físico, exames laboratoriais e outras vezes apenas durante a cirurgia. Referências: 1.De Lesquen H et al. Surgical management for the first 48 h following blunt chest trauma: state of the art (excluding vascular injurie). Interact Cardiovasc Thorac Surg. 2015; 20(3): 399-408. 2.Mackowski MJ et al. Damage control for thoracic trauma. Am Surg. 2014; 80(9): 910-3. 3.Rhee PM et al. Survival after emergency department thoracotomy: review of published data from the past 25 years. J Am Coll Surg 2000;190:288?98. 3.Roberts DJ et al. Indications for Use of Damage Control Surgery in Civilian Trauma Patients: A Content Analysis and Expert Appropriateness Rating Study. Ann Surg. 2016; 263(5):1018-27.

CODIGO DO TRABALHO: 2108

TÍTULO DO TRABALHO: Toracotomia abreviada: é possível? Quais as indicações?

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: THAÍS ROSSANA CRUZ DE SOUZA; TÂMARA RAQUEL LIRA FERNANDES; RIELLY DE SOUSA E SILVA; AMÁLIA CÍNTHIA MENESES RÊGO; IRAMI ARAUJO FILHO; SARAH HULLIANE FREITAS PINHEIRO DE PAIVA; BÁRBARA NARCISO DUARTE; CLEANTO HENRIQUE MEDEIROS DE SOUSA TÔRRES. UNIVERSIDADE POTIGUAR, NATAL - RN - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Este trabalho tem como objetivo avaliar a possibilidade da realização da cirurgia de controle de danos no tórax, assim como suas indicações. Métodos: Foi feita uma revisão de literatura nos bancos de dados PubMed, MEDLINE, SCIELO e UpToDate, com os seguintes limites de busca: "chest damage control surgery or thorax damage control surgery", no título, resumo ou assunto, nos últimos onze anos (2006-2016), em inglês, português ou espanhol, totalizando 3 artigos selecionados. Resultados: A cirurgia de controle de danos inicialmente usada apenas para abdome, atualmente é utilizada para todos os outros campos de trauma, sejam eles abdominais, vasculares, de extremidades ou torácicos, sendo esta também chamada de toracotomia abreviada ou fechamento temporário do tórax. Ainda não existe consenso absoluto sobre a realização ou não da cirurgia de controle de danos no tórax, mas existem vários artigos mostrando redução da mortalidade tanto no trauma contuso quanto no penetrante de 59% para 36%, desde que seja feita sob determinadas indicações: dano fisiológico grave, como hipotermia, acidemia, coagulopatia clínica ou laboratorial ou choque persistente; hemorragia incontrolável por métodos convencionais; necessidade de grande volume para ressuscitação; alguma lesão identificada durante a cirurgia que possa comprometer a estabilidade do paciente; necessidade de reconstrução da parede torácica; múltiplas fraturas; vazamento de ar maciço; débito de dreno torácico > 1500 ml inicialmente ou >200ml/h por 3 horas em pacientes estáveis, este último não podendo ser avaliado isoladamente. Conclusão: Portanto, conclui-se que a toracotomia abreviada não depende do tipo de trauma, mas das condições do paciente acima referidas, que podem ser avaliadas pelo exame físico, exames laboratoriais e outras vezes apenas durante a cirurgia.Referências:De Lesquen H et al. Surgical management for the first 48 h following blunt chest trauma: state of the art (excluding vascular injuries). Interact Cardiovasc Thorac Surg. 2015; 20(3): 399-408.Roberts DJ et al. Indications for Use of Damage Control Surgery in Civilian Trauma Patients: A Content Analysis and Expert Appropriateness Rating Study. Ann Surg. 2016; 263(5):1018-27Roberts DJ et al. Indications for use of thoracic, abdominal, pelvic, and vascular damage control interventions in trauma patients: A content analysis and expert appropriateness rating study. J Trauma Acute Care Surg. 2015; 79(4): 568-79.

CODIGO DO TRABALHO: 2858

TÍTULO DO TRABALHO: TORACOTOMIA DE REANIMAÇÃO: QUANDO REALIZAR?

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FRANCIELLY TERTULINO CUNHA1; ISABELLE FRANÇA BEZERRA1; ISADORA CORREIA LOPES1; LUCIANA EMERENCIANO SILVEIRA1; CAROLINA CHIANCA DOURADO LEMOS1; LUIZ GUILHERME DOS SANTOS PINHEIRO1; RODRIGO DUARTE GALVÃO2; RICARDO LUIZ DOS SANTOS PINHEIRO3. 1. UNIVERSIDADE POTIGUAR, NATAL - RN - BRASIL; 2. INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA AO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 3. FACULDADE REDENTOR, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Revisar as indicações da toracotomia de reanimação (TR) na literatura médica. Metodologia: Pesquisas em bases de dados internacionais (MedLine, Pubmed, Scielo) e manuais. Resultados: O Advanced Trauma Life Suport (ATLS) indica que o paciente com indicação de realizar a TR é aquele vítima de trauma torácico penetrante, sem pulso, mas com atividade elétrica cardíaca e também o paciente vítima de trauma torácico fechado com grande perda sanguínea pelo dreno torácico (>1500ml). O trauma torácico penetrante sem atividade elétrica cardíaca e os traumas contusos torácicos e não torácicos, que desenvolveram a PCR após atendimento são indicações relativas para a realização da TR. O Colégio Americano de Cirurgiões recomenda que além do mecanismo do trauma, sejam levadas em consideração a Escala de Coma de Glasgow e a pressão arterial, alegando que esses índices estão relacionados com altas taxas de sobrevivência. As contraindicações são: vítimas de trauma contuso e de trauma abdominal penetrante que no atendimento pré-hospitalar não apresentavam atividade elétrica cardíaca; vítimas de trauma cranioencefálico grave; e politraumatizados. Conclusão: A decisão de fazer a TR deve ser avaliada individualmente de acordo com cada tipo de acidente, uma vez que cada caso apresenta prognósticos únicos com base em aspectos específicos de cada paciente.Bibliografia:FAIRFAX, Lindsay M.; HSEE, Li; CIVIL, Ian D.. Resuscitative Thoracotomy in Penetrating Trauma. World Journal Of Surgery, [s.l.], v. 39, n. 6, p.1343-1351, 24 out. 2014. Springer Nature.KHORSANDI, M.; SKOURAS, C.; SHAH, R.. Is there any role for resuscitative emergency department thoracotomy in blunt trauma? Interactive Cardiovascular And Thoracic Surgery, [s.l.], v. 16, n. 4, p.509-516, 28 dez. 2012. Oxford University Press (OUP).PUST, Gerd Daniel; NAMIAS, Nicholas. Resuscitative thoracotomy. International Journal Of Surgery, [s.l.], v. 33, p.202-208, set. 2016. Elsevier BVRABINOVICI, R.; BUGAEV, N.. Resuscitative Thoracotomy: An Update. Scandinavian Journal Of Surgery, [s.l.], v. 103, n. 2, p.112-119, jun. 2014. SAGE Publications.

CODIGO DO TRABALHO: 1166

TÍTULO DO TRABALHO: Transecção pancreática completa exclusiva por trauma abdominal fechado. Relato de caso.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ALEX DE ALBUQUERQUE LINS BARBOSA; CAROLINE PETERSEN DA COSTA FERREIRA; DAMILA DE CASSIA FANTOZZI GIORGETTI; JACQUELINE ARANTES G. PERLINGEIRO; JOSE GUSTAVO PARREIRA; JOSE CESAR ASSEF; JOSE LUIZ COLARES LEAO; LUCA GIOVANNI ANTONIO PIVETTA. IRMANDADE SANTA CASA MISERICORDIA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
A lesão pancreática é pouco frequente após traumas abdominais fechados ou penetrantes, tem sido relatada em 0,2 a 12% dos traumas abdominais fechados grave. Está relacionado a uma alta morbidade e mortalidade, com taxas relatadas de 30 a 50% e de 10 a 32%, respectivamente, tornando imperativo o diagnóstico precoce e o tratamento acurados. O objetivo desse trabalho é apresentar a experiência de um caso de transecção pancreática completa exclusiva por trauma abdominal fechado.Paciente do sexo masculino, 23 anos, vítima de colisão de motocicleta versos caminhão com ejeção do veículo, no local apresentava pressão arterial (PA): 100x60, frequência cardíaca de 98bpm, consciente. Deu entrada em nosso serviço instável hemodinamicamente, sem sinais de sangramento ativo, apresentando dor abdominal em região epigástrica sem sinais de peritonite, realizado e-FAST que evidenciou lâmina líquida no espaço hepatorrenal e esplenorrenal, inferiores à 1 cm. Realizadas radiografias de tórax e bacia na sala de trauma que não evidenciaram lesões, paciente apresenta instabilidade hemodinâmica refratária as medidas de expansão volêmica, sendo repetido e-FAST e observado aumento da lâmina líquida nos espaços citados, indicada laparotomia exploradora. Observou-se grande quantidade de sangue supramesocolico, realizado tamponamento com compressas e revisão dos quadrantes, a abertura da retrocavidade demonstrou transecção completa de corpo de pâncreas com lesão dos vasos esplênicos, sendo realizada pancreatectomia corpo caudal com esplenectomia e drenagem de cavidade. Paciente evoluiu bem recebendo alta no pós-operatórioLesões pancreáticas exclusivas, são raras, mas com alta morbimortalidade e de difícil diagnostico, a literatura reporta que o índice de complicações é proporcional a gravidade da lesão pancreática e as lesões concomitantes de outros órgãos intrabdominais. A morbidade pós-operatória independe da quantidade de parênquima retirado nos casos de pancreatectomia corpo caudal, sendo os principais preditivos de morbimortalidade, nestes pacientes, a instabilidade hemodinâmica na entrada e acidose metabólica.

CODIGO DO TRABALHO: 470

TÍTULO DO TRABALHO: TRATAMENTO CONSERVADOR DE FERIMENTO POR ARMA DE FOGO EM TRANSIÇÃO TÓRACOABDOMINAL DIREITO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: IGOR ARANTES DE OLIVEIRA GÓES; CELENE BENEDITI BRAGION; ADRIELI HELOISA CAMPARDO PANSANI; CAROLINA DE CAMPOS SILVA; PAULA CRISTINA STEFFEN NOVELLI; RONALDO NONOSE; MURILO ROCHA RODRIGUES; GABRIELA SILVA SANTOS NATIVIDADE. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O atendimento às vítimas de trauma está em constante aprimoramento e tem como finalidade principal o tratamento adequado do paciente, com o objetivo de diminuir a mortalidade e a ocorrência de sequelas definitivas. Mesmo com o progresso dos métodos diagnósticos por imagem, ainda persistem dúvidas na abordagem e condução dos pacientes com ferimento por arma de fogo (FAF) em transição toracoabdominal. As variáveis são muitas e a possibilidade de ocorrer lesão cirúrgica é ampla. Muitas publicações mostram que 20 a 30% desses pacientes foram submetidos à laparotomias desnecessárias. Relato do Caso: trata-se de um paciente de 19 anos, sexo masculino, atendido em hospital referência em trauma, trazido pelo SAMU, vítima de FAF. Baseado no ATLS (Advanced Trauma Life Support), realizou-se o exame primário evidenciando via aérea pérvia, frequência respiratória de 18 irpm, saturando 98% em ar ambiente, pressão arterial 110x70 mmHg, Frequência Cardíaca 90 bpm, sem sinais de hemorragia aparente. Pupilas isofotorreagentes, Glasgow 15. Após exposição completa do paciente, encontrou-se orifício circular de aproximadamente 3 cm em transição toracoabdominal direita, doloroso à palpação, sem sinais de peritonite. Por se tratar de um paciente estável, foi realizado Rx Tórax (fratura da porção lateral do 9º arco costal direito) e Tomografia Computadorizada (TC) de Abdome (hematoma intraparenquimatoso hepático, grau III, de 11cm no eixo latero-lateral, acometendo os segmentos VIII e IV, com projeteis metálicos adjacentes, ausência de pneumoperitônio). Devido à estabilidade hemodinâmica do paciente, optou-se pelo tratamento não operatório (TNO). Após 6 dias de internação sob constante vigilância, sem intercorrências, paciente recebeu alta hospitalar com seguimento ambulatorial. Conclusão: A abordagem do trauma abdominal está mudando. Sem dúvida um dos grandes dilemas para o cirurgião do trauma, no atual momento, é decidir se o tratamento cirúrgico de rotina é realmente a melhor opção para o paciente com FAF na transição toracoabdominal direita ou se, em condições pré-estabelecidas e bem definidas, o TNO pode ser realizado com segurança. Apesar dos bons resultados conseguidos nos estudos recentes, a opção por TNO nesses casos deve ser visto com cautela e somente ser realizada em serviços com infraestrutura adequada e profissionais qualificados.

CODIGO DO TRABALHO: 2764

TÍTULO DO TRABALHO: TRATAMENTO CONSERVADOR DE PERFURAÇÃO ESOFÁGICA TRAUMÁTICA: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BRUNO ROBERTO DA SILVA FERREIRA1; ÍTALO EUGÊNIO SOUZA GADELHA DE ABREU2; HELADIO FEITOSA DE CASTRO FILHO2; FRANCISCO MARTINS NETO2; GOTARDO DUARTE DUMARESQ2. 1. IJF-CE, FORTALEZA - CE - BRASIL; 2. IJF, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: As perfurações traumáticas do esôfago possuem manejo clínico complexo e requerem condutas individualizadas. O tratamento conservador das lesões relacionadas ao trauma do esôfago permanece um tema controverso. Relatamos aqui caso de paciente com ferimento por projétil de arma de fogo toracoabdominal com lesão de esôfago distal tratado de maneira conservadora. Relato do Caso: Adolescente, 15 anos, deu entrada na emergência de hospital secundário na cidade de Fortaleza/CE, vítima de perfuração por projétil de arma de fogo com orifício de entrada em hemitórax direito (HTD) e alojando-se em parede de hemitórax esquerdo (HTE). Evoluiu com hemopneumotórax bilateral, associado a dor abdominal com sinais de peritonite, sendo submetido a laparotomia explorada e toracostomia fechada sob selo d?água. No terceiro dia de pós-operatório, após início de dieta oral, evoluiu com drenagem de secreção esbranquiçada pelo dreno de tórax esquerdo, semelhante a saliva. Foi realizado teste com azul de metileno após ingestão por via oral, que mostrou saída pelo dreno, confirmando diagnóstico de f?stula esôfago-pleural. Realizada endoscopia digestiva alta que identificou orifício fistuloso de aproximadamente 7,0 mm de diâmetro em esôfago distal a 42cm da arcada dentária superior em parede póstero-lateral esquerda. Dessa maneira, paciente foi transferido para o Instituto Dr. José Frota, sendo realizada tomografia de tórax com contraste e avaliação pela cirurgia torácica. Evoluiu na enfermaria deste hospital com picos febris em uso de antibioticoterapia de largo espectro. Após 1 semana da admissão, paciente evoluiu com diminuição da secreção salivar do dreno torácico, seguida de melhora clínica e laboratorial. O caso foi discutido na sessão clinica da cirurgia geral do IJF sendo mantida a conduta conservadora. Dez dias da admissão, o mesmo apresentava melhora clínica expressiva, diminuição do debito da fístula e melhora laboratorial com retirada de dreno torácico. No décimo quarto dia, a drenagem de saliva cessou e foi confirmada que a fistula fechou por esofagograma, que mostrou o esôfago integro, sem trajetos fistulosos. Paciente evoluiu muito bem, indo de alta. Conclusão: o tratamento das lesões complexas de esôfago envolve uma equipe multidisciplinar, sendo complexo e desafiador para o cirurgião. No caso em questão vale salientar que houve também atraso no diagnostico do paciente, o que poderia ter sido catastrófico.

CODIGO DO TRABALHO: 1122

TÍTULO DO TRABALHO: Tratamento do trauma penetrante da artéria carótida comum por ferimento de arma branca: um relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: WELLINGTON JOSE DOS SANTOS1; VICTOR HUGO OLIVEIRA PONCIANO1; LUCAS VIANA FAISANO1; VICTOR ALEXANDER FIALHO ROCHA2; IVAM SOUSA BARBOSA JÚNIOR2; GIOVANNA CUSTÓDIO DE LIMA ROCHA2; JORDANA LOPES COSTA2; ISABELA SUAVINHA JAYME3. 1. HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE SIQUEIRA (HUGOL), GOIANIA - GO - BRASIL; 2. PUC-GOIÁS, GOIANIA - GO - BRASIL; 3. PUC-GOIAS, GOIÂNIA - GO - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVO: Relatar um caso de traumapenetrante de carótida comum por ferimento de arma branca em paciente admitido no Hospital de Urgências Governador Otávio Lage Siqueira (HUGOL) ? Goiânia-GO, correlacionando à literatura.METODOLOGIA: Trata-se de um relato de caso correlacionado à literatura científica.RESULTADOS: Paciente masculino, 36 anos, vitima de ferimento por arma branca em região supraclavicular esquerda com sangramento ativo, apresentando-se em choque hipovolêmico e levado imediatamente ao bloco cirúrgico sob compressão digital da lesão para exploração vascular da região cervical esquerda. Realizou-seincisão em região subclavicular esquerda e desinserção da clavícula esquerda, permitindo localização de secção total da artéria carótida comum esquerda e realização de clampeamento de seus segmentos proximal/distal, heparinizaçãodo cabo proximal e anastomose primária término-terminal deste vaso. Posteriormente foi feita reinserção da clavícula esquerda, sutura para inserção de musculatura esternocleidomastoidea, peitoral maior, deltoide e platisma e fechamento de planos anatômicos. Foi admitido em UTI no pós-operatório apresentando-se hemodinamicamente instável, em ventilação mecânica e ausculta rude em bases pulmonares. Evoluiu com isquemia cerebral difusa com edema importante e posterior diagnóstico de morte encefálica.CONCLUSÃO: Os traumas penetrantes das artérias carótidas são em sua maioria tratados com a reconstrução arterial. Na maioria dos casos de lesões em carótida interna e comum, a incidência de complicações foi menor no grupo submetido a reconstrução artéria do que em comparação à ligadura da carótida. É dada ênfase na reconstrução arterial no trauma de carótidas devido ao fato da preocupação com edema cerebral ser mais importante que atransformação hemorrágica.

CODIGO DO TRABALHO: 2006

TÍTULO DO TRABALHO: TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE TRAUMAS ARTERIAIS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JADER TAVARES DE MENDONÇA FILHO1; ANDRÉ LUIZ SANTOS DE MORAES2; RURICK CHUMACERO VANDERLEI2; MATHEUS OLIVEIRA FERREIRA2; GUSTAVO JOSÉ CARVALHO DE OLIVEIRA2; JOÃO FELIPE DA LUZ NETO2; ISABELLE MARIA DE OLIVEIRA GOMES2; LORENNA DE SOUSA FONTENELE2. 1. FAMENE, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
Objetivos: Verificar a eficácia de cirurgias endovasculares no tratamento de traumas vasculares. Metodologia: Trabalho de abordagem qualitativa, do tipo documental e aspecto descritivo, baseado na análise de artigos obtidos através da base de dados virtuais Scielo, selecionados a partir dos descritores Trauma vascular e Cirurgia endovascular. Resultados: O cuidado com o paciente vítima de trauma arterial deve começar no local onde ocorreu o incidente, sendo fundamentais o conhecimento do tempo em que ocorreu e lesão e o rápido transporte do paciente ao centro de atendimento para um melhor manejo do paciente e consequentemente um melhor prognóstico. A cirurgia endovascular se destaca como um modo de tratamento para as lesões arteriais por permitir a correção lesões agudas ou crônicas, evitando, assim, uma cirurgia na maioria das vezes difícil, em local onde há alteração das estruturas anatômicas e sangramento intenso. Além disso, injúrias traumáticas das artérias de grande calibre podem ser corrigidas com alta eficácia, em muitos casos por meio de técnicas endovasculares. Esses procedimentos são particularmente atraentes no trauma fechado, especialmente nas regiões entre o tronco e as extremidades, onde o controle do fluxo vascular proximal é difícil. Conclusão: Dessa maneira, se faz fundamental a realização de pesquisas para o aprimoramento das técnicas de cirurgias endovasculares, bem como uma melhor adequação para os centros de atendimento ás vítimas de traumas arteriais, para que esses possam desfrutar de um tratamento minimamente invasivo e, consequentemente, um melhor prognóstico. Bibliografia: MANZATO, Luciano et al. Endovascular treatment of a linguofacial trunk pseudoaneurysm after tonsillectomy. Brazilian journal of otorhinolaryngology, v. 79, n. 4, p. 524-524, 2013.; CAVALCANTE, Leonardo Pessoa et al. Endovascular treatment of late post-traumatic aorto-caval fistula: case report. Jornal Vascular Brasileiro, v. 12, n. 1, p. 75-80, 2013.; JALDIN, Rodrigo Gibin et al. Treatment of an iatrogenic subclavian artery pseudoaneurysm near vertebral artery branch: endovascular approach or open surgery?. Jornal Vascular Brasileiro, v. 12, n. 3, p. 237-242, 2013.; LICHTENFELS, Eduardo et al. Endovascular treatment of iatrogenic penetrating trauma of the carotid artery: case report. Jornal Vascular Brasileiro, v. 13, n. 2, p. 155-158, 2014.

CODIGO DO TRABALHO: 514

TÍTULO DO TRABALHO: Tratamento hemodinâmico e ortopédico em politraumatizado vítima de acidente motociclístico com lesão de aorta torácica descendente e diástese de sínfise púbica.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: VINICIUS RODRIGO BULLA VASCONCELLOS; GUSTAVO FALAVIGNA GUILHERME; ERISVALDO FERREIRA CAVALCANTE JUNIOR; PAULO CESAR ESPADA; RODRIGO FLORENCIO ECHEVERRIA; ROBERTO KAORU YAGI. FAMERP - FACULDADE DE MEDICINA DE SAO JOSE DO RIO PRETO, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Lesões aórticas são a segunda maior causa de mortes em trauma e a primeira em traumas torácicos fechados, apresentando 81,4% de injúrias associadas.O mecanismo de ruptura ocorre em duas etapas: De imediato há a lesão da camada íntima e média sendo que, após um intervalo de duração imprevisível, há a ruptura da adventícia e, consequentemente, total do vaso.Baseado nisso, em situações de múltiplas lesões e comorbidades, pode ser postergado o tratamento aórtico, realizando-o após a correção de outros agravos importantes e estabilização do paciente.Sua terapêutica varia conforme a característica, localização da lesão, e estado hemodinâmico, podendo ser conservador, cirúrgico ou endovascular. Atualmente estudos demonstram menor morbimortalidade quando se utiliza o tratamento hemodinâmico.Relato de caso: R.M.S, 49 anos, masculino, condutor de moto vítima de colisão contra carro, em rodovia.Na sala de trauma: A- ok B- okC- PA: 80 x 40 mmhg (FC: 109 bpm), infundidos 2 litros de ringer lactato em pré-hospitalar.ABC score ? 1 / Index Shock ? 1,36Realizado 1 grama de ácido tranexâmico e duas bolsas de concentrado de hemácias O negativo.FAST - NegativoRX tórax - Alargamento de mediastino e hipotransparência pulmonar a esquerda.RX pelve ? Diástese de 5 cm da sínfise púbica (realizada imobilização pélvica com lençol).D- ECG 14 (Abertura ocular)E- Luxação em ombro esquerdoEm curso de hemocomponentes na sala de trauma, presença de melhora hemodinâmica, sendo realizada tomografia de crânio, abdome (normais) e tórax.TC Tórax ? Hematoma mediastinal, hemotórax a esquerda e lesão em aorta torácica descendente, após iminência de artéria subclávia esquerda.Paciente encaminhado a fixação ortopédica supracetabular de pelve em centro cirúrgico com drenagem torácica (débito de 600ml de sangue).Após, realizada a passagem de endoprótese (Braile 28/130) em lesão aórtica.Em UTI, presença de rabdomiólise, disfunção renal, necessidade de transfusão de hemoderivados, droga vasoativa e bloqueio total atrioventricular, com uso de marcapasso transvenoso.Paciente apresenta melhora clínica, passagem de marcapasso definitivo e alta após os tratamentos ortopédicos (32º dia pós admissão).Conclusão: Na suspeita de sangramento pélvico, inicialmente foi adiado o tratamento aórtico, sendo que as características adequadas para a passagem de endóprotese permitiram tal terapêutica, acarretando num desfecho satisfatório diante de um atendimento integrado ao politraumatizado grave.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 570

TÍTULO DO TRABALHO: Tratamento não-cirúrgico em Trauma Hepático grau IV

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: OSVALDO DE ALCÂNTARA BRAGA AIDAR; RHANIÉLLEN SILVA FERREIRA; AMILCAR ALVES ASSIS; CAROLINA OLIVEIRA PARANAGUÁ DE CASTRO. HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA, BRASILIA - DF - BRASIL.

RESUMO:
O fígado é um dos órgãos mais acometidos durante os traumas abdominais contusos ou penetrantes. As lesões desse órgão são classificadas de acordo com a característica e profundidade das lesões à tomografia computadorizada do abdome. O caso relatado trata-se de paciente admitida no Hospital Regional de Taguatinga ? Brasília/DF com lesão hepática grau IV em que se assumiu tratamento conservador. Durante a internação hospitalar, com necessidade de assistência multidisciplinar em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) mas que não foi executado devido indisponibilidade de leito, paciente foi acompanhada em âmbito clínico, laboratorial e com exames de imagem com intuito de manter a vigilância necessária. Manteve-se hemodinamicamente estável sem necessidade de droga vasoativa e respirando espontaneamente (com necessidade de oxigênio complementar no início do acompanhamento) durante todo o período de assistência intra-hospitalar. Durante conduta não cirúrgica foi necessário drenagem torácica e hemotransfusões, mas sem instabilidade hemodinâmica que justificasse tratamento por laparotomia. Após alta hospitalar, em acompanhamento ambulatorial, não foi verificado complicações orgânicas decorrentes do trauma, como bilioma ou fístulas biliares.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1100

TÍTULO DO TRABALHO: TRAUMA ABDOMINAL ABERTO E FECHADO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO COMPARATIVO DOS ÚLTIMOS 6 ANOS DE PACIENTES LAPARATOMIZADOS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JURANDIR MARCONDES RIBAS FILHO1; RAQUEL JARDIM DE MELO2; FERNANDA CRISTINA MARTINS FIGUEIREDO1; ÁLVARO STECKERT FILHO1; HELOISA IACOMO VIEIRA2; SIMONE DE ALMEIDA STOCCO DA SILVA2; ANA CAROLINA NICARETA SANTOS2; ANDRESSA DE SOUZA BERTOLDI2. 1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO DE CURITIBA, CURITIBA - PR - BRASIL; 2. FACULDADE EVANGÉLICA DO PARANÁ, CURITIBA - PR - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Este estudo visa traçar um perfil epidemiológico comparando pacientes que necessitaram de laparotomia exploradora por trauma aberto e fechado.Metodologia: Estudo transversal quantitativo, retrospectivo, analítico, de revisão de 197 prontuários de pacientes submetidos a laparotomia exploradora por trauma abdominal (penetrante ou fechado) admitidos no Serviço de Cirurgia do Trauma do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba (HUEC) entre janeiro de 2011 e dezembro de 2016, com apreciação e aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Humanos da Sociedade Beneficente Evangélica (Parecer Número 1.715.221).Resultados: O sexo masculino foi predominante (87,3%) com média de idade de 31 anos. Não houve diferença significativa entre os grupos nos quesitos sexo (0,092) e idade (p=0,34). O trauma abdominal aberto foi mais prevalente (75%) do que o fechado (25%). No aberto os principais mecanismos do trauma foram ferimentos por arma de fogo (60,92%) e arma branca (35,09%), enquanto no fechado foram as colisões auto x auto (21,73%) e moto x auto (19,56%). Não houve diferença estatisticamente significante entre os mecanismos relacionados ao dia da semana em que ocorreram os traumas (p=0,33), em ambos, esses foram mais frequentes aos finais de semana. Houve diferença estatisticamente significativa (p=0,014) na avaliação da Escala de Coma de Glasgow (ECG) de entrada dos pacientes, enquanto 62,5% dos pacientes com lesão penetrante apresentavam ECG 15 e 7% ECG 3; 35% dos de lesão contusa apresentavam ECG15 e 40% ECG 3. Houve maior prevalência de vísceras ocas no trauma aberto (53% versus 44% no fechado) e de vísceras maciças no fechado (60% versus 35% no aberto). No trauma contuso houve maior prevalência de cirurgia de controle de danos (21% versus 8%), enquando o penetrante teve mais laparotomias brancas (15% versus). A mortalidade global foi de 15,4% e não houve diferença estatística significante entre o número de óbitos em cada categoria (p=0,48).CONCLUSÃO: No presente estudo, o trauma abdominal aberto foi mais frequente. As vísceras mais acometidas nos dois grupos foram similares; porém, com prevalência maior de vísceras ocas no aberto e maciças no fechado. Os pacientes que sofreram contusão abdominal apresentaram lesões mais graves com menor índice na ECG na admissão e maior ocorrência de cirurgia de controle de danos; contudo, isto não contribuiu para que este mecanismos levassem a maior taxa de mortalidade.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2150

TÍTULO DO TRABALHO: TRAUMA ABDOMINAL FECHADO COM LESÃO EXTENSA DE ESTÔMAGO: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BERNARD COSTA FAVACHO1; ALEXANDRE ERNESTO POZZEBON MOURÃO2; HÉLIO FERNANDO MACHADO SILVA2; FERNANDA VEIGA GONÇALVES2; FELIPE AUGUSTO HAGE SOARES2; GABRIELA TRINDADE GÓES2; MARINA VIEIRA BALLA2; PEDRO AUGUSTO BISI DOS SANTOS FO.2. 1. HOSPITAL OPHIR LOYOLA, BELEM - PA - BRASIL; 2. HOSPITAL OPHIR LOYOLA, BELÉM - PA - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Dentre as lesões encontradas nos pacientes vítimas de traumatismo, destacamos as que acometem vísceras ocas devido a sua alta morbidade e mortalidade, especialmente se o diagnóstico for postergado. As lesões de vísceras ocas produzem sintomas pela combinação de perda sanguínea e contaminação peritoneal, podendo, portanto, demorar várias horas para se manifestar clinicamente. RELATO DE CASO: Paciente sexo masculino, 26 anos deu entrada em pronto atendimento cirúrgico de hospital referência em trauma devido atropelamento por veículo automotor. Estava com colar cervical, em prancha rígida, apresentando respiração irregular, além de rebaixamento do nível de consciência, recebendo pontuação 3 em escala de Coma de Glasgow, sendo então submetido a intubação orotraqueal. Tomografia de abdome evidenciou líquido livre em cavidade abdominal, em moderada quantidade, sendo então indicada cirurgia. No intra-operatório verificou-se contaminação grosseira da cavidade abdominal com restos alimentares e sangue. Encontrou-se lesão em parede anterior de corpo gástrico, de aproximadamente 5 cm, além de outra lesão envolvendo serosa gástrica em grande curvatura e paredes anterior e posterior do estômago medindo 10 cm. Optou-se então por realizar gastrectomia parcial da região desserosada da grande curvatura e gastrorrafia em 2 planos com fio absorvível 3.0 em pontos contínuos e rafia da lesão menor, em dois planos. Paciente foi abordado pela equipe da neurocirurgia, devido traumatismo crânio encefálico grave. No pós operatório (PO) seguiu em leito de terapia intensiva, com alimentação enteral via sonda nasoenteral. Evoluiu a óbito no 23º PO por complicações renais. CONCLUSÃO: A lesão de víscera oca é mais comum no trauma abdominal penetrante do que no trauma fechado, atingindo os seguintes órgãos, pela ordem de freqüência: intestino delgado, cólon, estômago e duodeno. Em lesões grau IV, sem lesões associadas de duodeno, pâncreas ou esôfago é indicada gastrectomia distal com reconstrução à Billroth I, já em casos com lesões associadas de duodeno ou pâncreas há preferência por gastrectomia distal com reconstrução à Billroth II ou gastrectomia total com reconstrução à Y de Roux . A tática cirúrgica para correção definitiva dos ferimentos gástricos depende da gravidade da lesão e da condição geral do paciente.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1902

TÍTULO DO TRABALHO: Trauma abdominal fechado em paciente com Doença Renal Policística

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: REBECA ANTUNES DE OLIVEIRA1; MARCO ANTÔNIO CARVALHO GUEDES2; JÚLIA CAROLINE AZEVEDO REIS3; THIAGO PATTA DA SILVA1. 1. INSTITUTO VIGOR, PORTO VELHO - RO - BRASIL; 2. HOSPITAL DE GUARNIÇÃO DE PORTO VELHO, PORTO VELHO - RO - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA, PORTO VELHO - RO - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoA Doença Renal Policística (DRP) é uma desordem genética (padrão monogênico autossômico dominante ou recessivo) ou adquirida, caracterizada pela expansão progressiva de múltiplas lesões císticas das quais comprometem a função e alteram a estrutura do parênquima renal. Pacientes que passam por diálise peritoneal e hemodiálise podem desenvolver DRP. Geralmente é assintomática, mas poderá apresentar sintomas como infecções do trato urinário, hematúria, dor abdominal e cefaléia, devido à hipertensão, onde a atividade do sistema renina-angiotensina representa um papel crucial na sua regulação. As doenças relacionadas a ela são: aneurisma intracraniano, doença diverticular, anormalidades do tecido conjuntivo, doença cardíaca e trombose de veia cava inferior. A principal causa de morte é por doença cardiovascular. A ultrassonografia é o exame de escolha pelo fato de não necessitar agentes de contraste nem envolver radiação, mas a tomografia computadorizada e a ressonância magnética também podem ser empregadas. Outras possibilidades diagnósticas incluem análises de ligação genética de famílias com histórico da doença e marcadores moleculares. Até o momento não há tratamento específico para a doença.Relato de casoPaciente masculino, 59 anos, com insuficiência renal dialítica devido à DRP e transplante renal agendado. Após trauma evoluiu com infecção do trato urinário e hematúria maciça, sem melhora após administração de ciprofloxacino 500mg/dia durante 7 dias. O laudo do ultrassom confirmou diagnóstico de DRP, relatando rins extremamente aumentados, com suas faces caliciais tangenciando os grandes vasos abdominais, sendo o rim direito com 3 cistos e rim esquerdo com 2 cistos, todos de conteúdo denso, paredes discretamente espessadas e nível em seu interior, o maior medindo 84,2mm e o menor 60,5 mm. Na internação o paciente apresentava-se febril, com queda do estado geral, quadros de hipotensão, distensão abdominal, oligúria e fadiga. Transferido para unidade intensiva sob o uso de amicacina 500mg/dia, cefazolina 2000mg/dia, vancomicina 2g/dia, tazocin 18mg/dia e nausedron 30mg/dia, evoluiu com quadro séptico devido aos abcessos renais e 30 dias depois veio a falecer.ConclusãoA evolução da DRP compreende em crescimento cístico, formação de novos cistos e deterioração da função renal. Pacientes que evoluem com insuficiência renal crônica terminal passam por hemodiálise ou transplante renal e a demora na fila de transplante pode ser fatal.

CODIGO DO TRABALHO: 1715

TÍTULO DO TRABALHO: TRAUMA ABDOMINAL FECHADO: UMA ANÁLISE TEMPORAL ENTRE O ATENDIMENTO INICIAL E A CONDUTA NOS PACIENTES

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DANILO GOIS SOUZA1; JOSE VALMIR MOURA JUNIOR2; SANDRO RODRIGO VALE DE SOUZA2. 1. UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARA, FORTALEZA - CE - BRASIL; 2. HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Agentes mecânicos, químicos e elétricos produzem ações intensas no abdomen que resultam em sofrimento, caracterizando o trauma abdominal, fechado ou aberto. Anualmente, elevam-se as estatísticas de trauma no Brasil e no mundo, aumentando progressivamente os gastos do sistema de saúde, e metade das mortes poderia ser evitada. O tipo fechado é causado geralmente por impacto direto de grande energia em acidentes automobilísticos, quedas e atropelamentos, e a gravidade das lesões depende da intensidade de acometimento dos órgãos abdominais e também de outras estruturas importantes, como o tórax e o crânio. A rapidez no atendimento é fundamental para um desfecho favorável para os pacientes. OBJETIVO: Este trabalho tem como objetivo analisar o tempo entre o atendimento inicial e a conduta tomada para pacientes com trauma abdominal fechado atendidos na emergência de um hospital de referência da região norte do estado do Ceará. MÉTODO: Os dados foram coletados através da análise de 300 prontuários baseada em um questionário semi-estruturado abordando o tempo decorrido desde o atendimento inicial ao paciente até a tomada de uma conduta. A amostra foi determinada pelos dados obtidos no sistema de gerenciamento de informações do referido hospital no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2014, tratando-se, portanto, de um estudo retrospectivo. O acesso aos dados foi permitido mediante consentimento do hospital por meio de Termo de Fiel Depositário e aprovação pelo Comitê de Ética da universidade local. RESULTADOS: Em 26% dos casos, foi inferior a uma hora; em 57% das ocorrências, o tempo decorrido foi superior a uma e inferior a seis horas; em 7% do casos, foi superior a seis e inferior a doze horas; e em 10%, foi superior a doze horas. CONCLUSÃO: Considerando o tempo como fator determinante na recuperação do paciente traumatizado, no que se refere à perda sanguínea, danos a órgãos vitais e presença de seqüelas, observa-se que é necessário otimizar o atendimento e intercurso para a decisão sobre qual conduta tomar, visando o restabelecimento das condições vitais do paciente com o mínimo de prejuízo para sua qualidade de vida.

CODIGO DO TRABALHO: 1142

TÍTULO DO TRABALHO: TRAUMA ABDOMINAL PERFURATIVO COM LESÃO VASCULAR GRAVE EM UMA CRIANÇA: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: THALES VIEIRA GONÇALVES; THIAGO SALDANHA RODRIGUES; EMANUEL FIRMO RODRIGUES; PHELIPE GREGÓRIO COBIANCHI LEANDRO; PATRÍCIA JOIA PERES; TIMOTEO VILELA VERÍSSIMO; VITOR BORDINHON MERCANTE. SANTA CASA DE OURINHOS, OURINHOS - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A LESÃO VASCULAR É A CAUSA PRIMARIA DE MORTE NO TRAUMATISMO ABDOMINAL, APRESENTA MORTALIDADE DE 33% A 66% E PREDOMINA EM POPULAÇÃO JOVEM, URBANA E MASCULINA. É CONSENSUAL QUE A REDUÇÃO DO TEMPO ENTRE A ADMISSÃO E O INÍCIO DA CIRURGIA, O EMPREGO DE PROTOCOLOS AGRESSIVOS DE REANIMAÇÃO NO DOENTE GRAVEMENTE FERIDO E RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ADEQUADOS CONTRIBUEM FAVORAVELMENTE COM A DIMINUIÇÃO DA MORTALIDADE. A INCISÃO MEDIANA XIFOPÚBICA É PRECONIZADA PARA ESSE TIPO DE TRAUMA E SEU TRATAMENTO OBEDECE OS PRINCÍPIOS BÁSICOS DE EXPOSIÇÃO, CONTROLE E REPARO DA LESÃO, PODENDO SER UTILIZADO A COMPRESSÃO MANUAL PARA FACILITAR A EXPOSIÇÃO.RELATO DE CASO: PACIENTE, B.A.C.C, 10 ANOS, VÍTIMA DE QUEDA DE BICICLETA COM TRAUMA ABDOMINAL, DEU ENTRADA NO PRONTO SOCORRO DA SANTA CASA DE OURINHOS, NO DIA 27/09/2016 AS 19:00 HORAS, TRAZIDA PELO SAMU, ENTUBADO, EM VENTILAÇÃO ATIVA COM AMBU, SEDADO, HIPOCORADO 3+/4+, DESIDRATADO 3+/4+, HIPOTENSO (PRESSÃO ARTERIAL DE 80X40 MMHG), ABDOME TENSO E DOLOROSO A PALPAÇÃO, COM ORIFÍCIO EM FLANCO DIREITO, DE DIÂMETRO APROXIMADO DE 4CM, COM SANGRAMENTO ATIVO E EXPOSIÇÃO DE OMENTO, OPTADO POR ENCAMINHAR O PACIENTE IMEDIATAMENTE AO CENTRO CIRÚRGICO, SENDO SUBMETIDO A LAPAROTOMIA EXPLORADORA QUE EVIDENCIOU PRESENÇA DE GRANDE QUANTIDADE DE SANGUE, LESÃO SUBTOTAL DE INTESTINO DELGADO A 8CM DO ANGULO DE TREINTZ E MÚLTIPLAS PERFURAÇÕES DA VEIA CAVA INFERIOR E VEIA ILÍACA ESQUERDA. REALIZOU-SE CONTROLE DO SANGRAMENTO E ENTERECTOMIA COM ANASTOMOSE LÁTERO-LATERAL UTILIZANDO GRAMPEADOR LINEAR E RAFIAS DAS LESÕES VASCULARES, DURANTE ATO CIRÚRGICO FOI REALIZADO TRANSFUSÃO MACIÇA COM INFUSÃO DE 6 CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS E 4 PLASMAS FRESCOS. O PACIENTE EVOLUIU NO 1° PÓS OPERATÓRIO COM TROMBOSE ARTERIAL. NO MESMO DIA EFETUOU-SE EMBOLECTOMIA COM RETIRADA DE EMBOLO ARTERIAL. NO 8° PÓS OPERATÓRIO, PACIENTE RECEBEU ALTA DA UTI PEDIÁTRICA E NO DIA SUBSEQUENTE, ALTA HOSPITALAR. ENCONTRAVA-SE TOTALMENTE ASSINTOMÁTICO AO FIM DA INTERNAÇÃO.CONCLUSÃO: PACIENTE COM TRAUMA ABDOMINAL PERFURATIVO, COM CHOQUE HEMORRÁGICO, FOI ATENDIDO NO PRONTO SOCORRO DA SANTA CASA DE OURINHOS CONFORME O PROTOCOLO DO ATLS E FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO, CERCA DE 20 MINUTOS APÓS ENTRADA NO SERVIÇO, POR MÚLTIPLAS LESÕES DE VEIA CAVA INFERIOR E ILÍACA ESQUERDA, ALÉM DE LESÃO SUBTOTAL DE INTESTINO DELGADO, TENDO ALTA HOSPITALAR NO 9° PÓS OPERATÓRIO COM RESOLUÇÃO TOTAL DO QUADRO.

CODIGO DO TRABALHO: 1098

TÍTULO DO TRABALHO: Trauma cardíaco: quando suspeitar e como manejar?

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CLEANTO HENRIQUE MEDEIROS DE SOUSA TÔRRES1; IRAMI ARAUJO FILHO2; AMÁLIA CÍNTHIA MENESES RÊGO2; THAÍS ROSSANA CRUZ DE SOUZA2; ARTUR DE SOUSA LEITE JÚNIOR3; JOANNA DE ANDRADE CORDEIRO3; MARCUS VINICIUS CARNEIRO TORRES DE PAULA3; BÁRBARA NARCISO DUARTE3. 1. UNIVERSIDADE PORTIGUAR, NATAL - RN - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE POTIGUAR-LAUREATE INTERNATIONAL UNIVERSITIES, NATAL - RN - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE POTIGUAR-LAUREATE INTERNATIONAL UNIVERSITIE, NATAL - RN - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Devido a lesão cardíaca estar associada a traumas de alta energia cinética, muitas vezes tais pacientes desenvolvem danos estruturais cardíacos e outros tipos de lesões traumáticas que, geralmente, não são diagnosticadas a tempo, impedindo seu manejo e levando a uma alta mortalidade. Assim, objetiva-se nesse trabalho identificar quando suspeitar de tais lesões e como conduzi-las. Método: Trata-se de uma revisão de literatura, considerando os materiais disponíveis nas bases PubMed, MEDLINE e SCIELO. Utilizamos os descritores: ?cardiac trauma management?. Os artigos selecionados foram 15 dentre os 20 artigos exibidos como mais relevantes nos últimos 5 anos, não restringindo idiomas. Resultados: Identifica-se que para suspeição inicial a presença de instabilidade hemodinâmica e lesões penetrantes entre a linha hemiclavicular direita até linha axilar-média esquerda e fúrcula esternal até extremidades anteriores do décimo arco costal. Ademais, não se pode excluir lesões contusas cardíacas em traumas de alta energia cinética, devendo-se iniciar investigação nesses casos. Dependendo do tipo de trauma (penetrante/contuso), o manejo do paciente vai ser individualizado. Em traumas contusos, deve-se aventar a probabilidade de arritmias, realizando a investigação eletrocardiográfica e monitorização. No caso de traumas penetrantes, devida associação com rupturas miocárdicas, deve-se avaliar a hemodinâmica do paciente e intervir cirurgicamente (toracotomia ou esternotomia mediana) se evidenciada a lesão. Deve-se atentar, em pacientes estáveis, a probabilidade de tamponamento cardíaco e investigar com o ecocardiograma transtorácico ou USG-FAST. Em caso de indisponibilidade para a realização da toracotomia e havendo evidência de tamponamento cardíaco, pode-se fazer uso da pericardiocentese subxifoidiana de caráter provisório. Conclusão: O trauma cardíaco permanece como um desafio para área, uma vez que o alto grau de suspeição é necessário para fornecer o manejo adequado ao paciente e aumentar sua sobrevida. Sendo assim, as medidas evidenciadas acima são importantes para a diminuição da mortalidade dos pacientes e adequar às condutas e proporcionando decisões rápidas dos profissionais envolvidos.

CODIGO DO TRABALHO: 1468

TÍTULO DO TRABALHO: TRAUMA CERVICAL- UMA ANÁLISE DAS LESÕES: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARIA VITÓRIA CURY VIEIRA SCATIMBURGO1; MARCELINO QUAGLIA MORATO2; CIRO CARNEIRO MEDEIROS2; DECIO LUIZ SILVA MAZZINI2; RODRIGO SADER HECK2; ADRIANE VIDEIRA LOPES2. 1. USF, DOIS CÓRREGOS - SP - BRASIL; 2. USF, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O pescoço é uma região com elevada complexidade anatômica, contendo estruturas vitais pouco protegidas. Os traumas cervicais representam 5-10% das injúrias traumáticas e apresenta uma das mais altas taxas de mortalidade do trauma. Essa alta mortalidade advém do elevado risco de acometimento do trato aerodigestivo e estruturas vasculares, resultando em instabilidade hemodinâmica e/ou respiratória e necessitando assim de reconhecimento precoce e estabilização imediata do paciente. É preconizado atendimento baseado no protocolo ATLS. RELATO: Mulher, 19 anos, vítima de FAB, trazida pelo SAMU, com trauma penetrante em região cervical posterior, zona II, sem colar cervical, imobilizada com head block, com objeto transfixante alojado na vítima, apresentou impossibilidade de IOT no local, devido dificuldade de posicionamento. Chega ao serviço hemodinamicamente estável, em decúbito ventral na prancha rígida, em ventilação espontânea, ECG= 15 e com objeto transfixante entre C4-C5, apresentando enfisema subcutâneo e hemiplegia à esquerda. Procedido protocolo ATLS e levada para o centro cirúrgico. Posicionado inicialmente o fixador de Mayfield, permitindo colocar a paciente em decúbito dorsal e realizar a intubação orotraqueal com sequência rápida e posterior exploração cirúrgica. Para isso, foi necessário cervicotomia bilateral para exposição completa das estruturas, devido à impossibilidade de mobilização da cabeça. Observado lesão puntiforme sangrante em lobo direito da Tireoide, sem acometer estruturas relevantes. Realizada hemitireoidectomia direita e retirada da arma branca, localizada em região supina entre C4-C5 com lâmina voltada para medial superiormente. Paciente foi submetido à abordagem da neurocirurgia que diagnosticou hemissecção medular, sendo realizada derivação lombar externa. Paciente evolui sem sequelas neurológicas e com fístula em orofaringe de baixo débito com resolução espontânea. Permaneceu internada no serviço por 20 dias, recebendo alta hospitalar. CONCLUSÃO: A identificação de lesões cervicais em pacientes traumatizados é de suma importância no atendimento inicial, devido à alta taxa de mortalidade deste tipo de trauma. Os avanços no atendimento do paciente politraumatizado e o diagnóstico e tratamento precoce dos traumas cervicais tem permitido uma melhora nos resultados obtidos. Protocolos pré-estabelecidos, como o ATLS, e o acesso a exames de imagem permitem agilidade e podem reduzir a morbimortalidade nesses casos.

CODIGO DO TRABALHO: 2948

TÍTULO DO TRABALHO: Trauma Contuso em Membro Inferior Direito com Lesão de Artéria Poplítea

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BRUNA ALVES DOS REIS; THAIS GRECO CATALDO MARIA; ADILSON VILAS BOAS JÚNIOR; LUCAS BOMFIM JACÓ MEGDA ROCHA; ANA CAROLINA EMRICH; BIANCA PEREIRA FRESSATO; PEDRO FIGUEIREDO MACEDO; THIAGO DE SOUZA CARVALHO. UNIFENAS - ALFENAS, ALFENAS - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A lesão de artéria poplítea pode ocorrer em trauma contuso dos membros inferiores onde há luxação posterior de joelho. Representa uma patologia grave com risco de perda de membro e óbito. Nas luxações de joelho o acometimento da artéria poplítea pode chegar até 35%.Relato do Caso: Paciente masculino, 39 anos, chegou à sala de emergência trazido pelo corpo de bombeiros, vítima de acidente de moto, apresentava à admissão dor intensa, deformidade, palidez e ausência de pulsos distais em Membro Inferior Direito. Paciente encontrava-se estável do ponto de vista hemodinâmico, consciente e orientado. Demais aparelhos sem alterações. Após o exame primário do atendimento inicial ao politraumatizado já no exame secundário realizou-se radiografia de joelho direito AP + P evidenciando luxação posterior do mesmo. Ao exame de Doppler de ondas contínuas realizado na sala de emergência pelo cirurgião vascular identificou ausência de fluxo em artéria tibial anterior, artéria tibial posterior. Paciente encaminhado à sala de hemodinâmica realizou-se arteriografia em MID que evidenciou um STOP em artéria poplítea abaixo do hiato dos adutores, indicou-se revascularização de emergência do membro afetado. Optou-se por fazer ByPassfêmoro ? tronco tíbio-fibular utilizando veia safena magna reversa do membro contralateral e ao mesmo tempo fixação externa do joelho. Paciente no pós-operatório evoluiu de maneira satisfatória com todos os pulsos distais presentes, com boa perfusão distal, recebendo alta para acompanhamento ambulatorial com cirurgião vascular e ortopedista.Conclusão: As lesões da artéria poplítea, especificamente aquelas que ocorrem abaixo do hiato dos adutores, resultam em um maior risco de amputação do que em outros sítios. Os fatores que pioram esse prognóstico são a demora no diagnóstico e na revascularização, bem como a extensão da lesão de tecidos moles e ósseo associados. Cerca de 70% dos casos de lesão de artéria poplítea manifestam-se pela ausência de pulsos distais, sendo particularmente comuns associações com fraturas. A isquemia distal é a principal manifestação nessas lesões. A reconstrução cirúrgica é essencial e urgente, independente da realização de arteriografia.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2446

TÍTULO DO TRABALHO: TRAUMA DE LARINGE: REVISAO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CAROLINA BARROS DA ROCHA; FELIPE MARTINS DEVAI; HANA RAYSSA MATTOS DE LOSSIO E SEIBLITZ; CRISTHIAN JAILLITA MENESES; MONICA PATRICIA; JOÃO CARLOS FALONE NUNES; CAMILA ABELHA BINATTO; HISASHI AOYAGI. HOSPITAL MUNICIPAL CARMINHO CAMICCHIO, SAO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Resumo: Este trabalho se refere a um caso de trauma lácero-cortante no pescoço provocado por tentativa de suicídio através de faca, em que houve lesão de laringe e traqueia apenas, sem acometimento vascular. No trauma de laringe e traqueia, o paciente pode apresentar, alterações da voz, dispneia, estridor, enfisema subcutâneo podendo evoluir com estenose, aspiração e morte. O relato do caso é importante por ser um trauma corto-contuso extenso, raro e que apesar da gravidade, o paciente conseguiu ser submetido a cervicotomia exploradora que concedeu prolongamento da sua vida, contudo evoluindo a óbito em pós-operatório tardio por sepse de foco pulmonar.Introdução: O trauma de laringe e traqueia é raro, basicamente devido à posição anatômica desta estrutura. O reconhecimento precoce das lesões de laringe requer alto índice de suspeição, com base no mecanismo de trauma e nos achados clínicos identificados durante o exame do pescoço, da coluna cervical e do tórax. Sinais e sintomas clínicos incluem estridores, insuficiência respiratória aguda, dor cervical. Procedimentos diagnósticos como laringoscopia direta, broncoscopia e tomografia computadorizada com angiografia trazem beneficio ao paciente, se suas condições permitirem. A prioridade inicial no atendimento do paciente com lesão traumática é manter a via aérea superior desobstruída e com controle local do sangramento, além da estabilização da coluna cervical. O tratamento das lesões laringotraqueais engloba o manejo não operatório e operatório, ambos preferencialmente conduzidos por um cirurgião do trauma. O tratamento não operatório inclui, ainda administração de antibiótico profilático, inibidores da bomba de prontos, observação rigorosa e follow up com broncoscopia. Há estudos que recomendam cervicotomia exploradora nos traumas de pescoço, independente do quadro clinico, desde de que a lesão tenha ultrapassado o musculo platisma. Considerando-se o mecanismo de trauma e suspeita de lesões associadas, além da experiência da equipe cirúrgica, a escolha do tipo de incisão na cervicotomia pode ser distinta para cada paciente. A maioria dos pacientes possui melhor prognostico quando submetida a intervenção cirúrgica precoce. Óbitos relacionados a lesões laríngeas são reportados em ate 40% e estão diretamente relacionados com o comprometimento das vias aéreas. Portanto, quanto mais precoce o diagnostico e tratamento das lesões, melhor prognostico, diminuído a incidência e gravidade das sequelas pós-trauma.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 801

TÍTULO DO TRABALHO: Trauma de traqueia e brônquio fonte: quando suspeitar e o que fazer?

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BÁRBARA NARCISO DUARTE; MARCUS VINICIUS CARNEIRO TORRES DE PAULA; INGRID NÓBREGA ARAÚJO QUEIROZ; JOANNA DE ANDRADE CORDEIRO; ARTHUR AMARAL DE SOUZA; ARTUR DE SOUSA LEITE JÚNIOR; AMÁLIA CÍNTHIA MENESES RÊGO; IRAMI ARAUJO FILHO. UNIVERSIDADE POTIGUAR, NATAL - RN - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Apresentar as principais características clínicas e radiológicas que nos fazem suspeitar de um trauma de traqueia e brônquio fonte, e como devemos conduzi-lo. Métodos: Trata-se de uma revisão descritiva de literatura nas bases de dados MEDLINE e SCIELO, utilizando os descritores ?trauma de traqueia e brônquio fonte?, ?tracheobronchial injury?, ?airway trauma? e ?treatment?. Foram utilizados artigos nas línguas inglesa e portuguesa, publicados entre 2011 e 2016. Resultados: As lesões traqueobrônquicas são raras e cursam com altas taxas de letalidade. O ferimento penetrante é a principal causa das lesões e 80% delas ocorrem próximos à carina. As características clínicas são inespecíficas, e na presença de outras lesões comumente associadas, passam facilmente despercebidas. O paciente geralmente apresenta-se com dispneia, desconforto respiratório, hemoptise, rouquidão e afonia. À radiografia de tórax são observados, principalmente, o enfisema de subcutâneo, achado mais comum; pneumomediastino e pneumotórax. Achados altamente sugestivos de trauma traqueobrônquico são: o vazamento de ar maciço e a incapacidade de expandir o pulmão após a drenagem torácica; o sinal de Hammam e o sinal do pulmão caído. A broncoscopia é o procedimento de escolha para o diagnóstico definitivo da lesão. O tratamento é desafiador e inclui, predominantemente, a estabilização da via aérea, que irá permitir uma ventilação adequada e, em seguida, a reparação da lesão com um menor impacto sobre a função respiratória e a qualidade de vida dos pacientes. Conclusão: Embora o trauma traqueobrônquico seja altamente letal, um bom resultado pode ser esperado após o tratamento cirúrgico. Os principais fatores que interferem na evolução e prognóstico dos pacientes são o alto grau de suspeição da lesão; recursos hospitalares disponíveis e a experiência do cirurgião em determinar o tratamento mais adequado. Bibliografia: CARRETTA, Angelo et al. Conservative and Surgical Treatment of Acute Posttraumatic Tracheobronchial Injuries. World Journal Of Surgery, [s.l.], v. 35, n. 11, p.2568-2574, 8 set. 2011. Springer Nature. http://dx.doi.org/10.1007/s00268-011-1227-z; PROKAKIS, Christos et al. Airway trauma: a review on epidemiology, mechanisms of injury, diagnosis and treatment. Journal Of Cardiothoracic Surgery, [s.l.], v. 9, n. 1, p.117-125, 30 jun. 2014. Springer Nature. http://dx.doi.org/10.1186/1749-8090-9-117.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1904

TÍTULO DO TRABALHO: Trauma pancreático grave e estratégia de controle de danos: relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARINA SIDER MONTE ALEGRE; RAPHAEL HENRIQUE FERREIRA SANTOS; ANA CARINA OLIVEIRA GUIRRA; SAMARA PONTES SOARES; JULIANA MAMEDE MIRANDA; GUILHERME OLIVEIRA FRANCO; VIVIANE VASCONCELOS TAJRA MENDES; EDUARDO DE BARROS CORREIA. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE RIBEIRÃO PRETO, RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A lesão pancreática é rara no trauma contuso e em geral é indicada cirurgia para lesões de alto grau (? III), presença de lesões associadas, lesões de ducto pancreático principal, instabilidade hemodinâmica e/ou irritação peritoneal. Este é um relato de caso de trauma pancreático grau V em que foi usada estratégia de controle de danos. RELATO DO CASO: Homem, meia idade, morador de rua, vítima de espancamento, deu entrada no hospital 5 horas após agressão. Avaliado segundo o ATLS: confuso, hipotenso, pulsos finos e extremidades frias, abdome rígido com irritação peritoneal. Tórax sem alterações. ABC score 3 (pressão sistólica

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1679

TÍTULO DO TRABALHO: TRAUMA PEDIÁTRICO SOB CUIDADOS ADULTOS: ABORDAGEM E PROGNÓSTICO ENTRE SERVIÇOS ASSISTENCIAIS DE DIFERENTE ENFOQUE

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARINA FANELLI LUCHIARI MILANI; GABRIELLA LUCATO ZUNTA; LUCAS PUGLIESI SMIRNE GOI; ANA CAROLINA TRENTINI IZAR; DANIEL DE CASTILHO DA SILVA. UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: O trauma permanece como a principal causa de morte e incapacidade nos pacientes pediátricos. As particularidades no mecanismo de trauma e na abordagem pós-injúria são fatores que contribuem para tais taxas. Além dos danos físicos, os traumas provocam um desarranjo familiar, distúrbios emocionais, comportamentais e financeiros. Este trabalho visa explanar os pontos diversos e as similaridades entre o trauma pediátrico assistido em serviços voltados para o público pediátrico em comparação a serviços sem tal enfoque e que não possuiem cirurgiões pediátricos (cuidados adultos de média a alta complexidade). Método: Revisão da literatura em artigos publicados no PubMed e Scielo. Resultados: Em comparação com os adultos, as crianças apresentam maior frequência de lesões multissistêmicas. Isto decorre por: maior absorção de energia por unidade de área; tecido adiposo é exíguo; tecido conjuntivo tem menor elasticidade; órgãos são mais próximos entre si; e vias aéreas mais estreitas. Mesmo utilizando o mesmo protocolo e sequência de atendimento do Advanced Trauma Life Support (ATLS) para o atendimento inicial dos politraumatizados pediátrico e adultos, quando as particuliridades infantis são abordadas por serviços de média e alta complexidade voltados para um público adulto e no qual não há disponibilidade de cirurgiões pediátricos, o trauma acaba tornando-se ainda mais oneroso por implicar em um maior tempo de internação e com mais procedimentos invasivos realizados após a primeira abordagem. Em contrapartida, a literatura mostra um mesmo resultado entre as taxas de mortalidade pediátrica pós-trauma entre todos os serviços. Conclusões: O principal impacto a ser abordado no trauma pediátrico é o período entre a injúria e sua resolução, seja ela a alta hospitalar ou o óbito, por tratar-se de um período de diferentes abordagens que podem implicar em uma recuperação mais rápida e menos invasiva quando feitas por especialistas, evidenciando a importância do atendimento voltado ao público infantil.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 909

TÍTULO DO TRABALHO: Trauma pélvico com cirurgia para tamponamento pélvico pré- peritoneal: Relato de caso.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LARISSA SENNA RODRIGUES; JULIANA FERREIRA LIMA; ADRIANA MARTINS RANGEL; RICARDO JÚNIO GARCIA; RAPHAEL LESSA COELHO; FRANCISCO EDUARDO SILVA. HOSPITAL ESTADUAL ALBERTO TORRES - CENTRO DE TRAUMA/ UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO., RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:
Introdução:O trauma pélvico corresponde há cerca de 3% das todas as lesõesesqueléticas com uma mortalidade global de 5 a 16% dos pacientes. A taxade mortalidade dos pacientes com instabilidade hemodinâmica devido afratura pélvica grave é relatada em até 40-60%. A fratura pélvica instável épredominantemente causada por trauma fechado de alta energia cinética eestá associada a um alto risco de mortalidade. Muitos casos de traumafechado de pelve com alta energia cinética podem acometer um alto risco delesões associadas que influenciam no desfecho final da mortalidadecausando impacto nas taxas de sobrevida desses grupo de pacientes. Relato de caso:L.S.F, sexo feminino, 41 anos de idade vitima de acidente automobilístico. Aoexame inicial a paciente apresentava saturação de O2 de 98% em arambiente, 80 Batimentos por minutos e pressão arterial sistólica de 110mmHg, Escala de Coma de Glasgow (ECG) inicial de 7 e fratura de membrosuperior esquerdo. A Tomografia Computadorizada (TC) de abdome e pelvedo atendimento inicial evidenciou hematoma extraperitoneal, fratura deprocesso transverso de vértebra de L2 e L3, fratura de ossos ísquio eiliopúbico esquerdo, fratura de sacro. A paciente apresentava Traumacranioencefálico e fratura de ulna proximal e luxação da cabeça do rádioesquerdos.A paciente evoluiu com instabilidade hemodinâmica e hematúria. Realizadanova TC de abdome e pelve com contraste venoso que evidenciou aumentodo hematoma extraperitoneal e extravasamento de contraste extraperitoneal.Foi encaminhada ao centro cirúrgico onde foi realizada uma cirurgia paratamponamento pélvico pré-peritoneal com 6 compressas cirúrgicas dobradassob anestesia geral e sutura de bexiga por lesão de bexiga que foi observadano ato operatório.Após dois dias da cirurgia para tamponamento pélvico pré-peritoneal apaciente foi submetida a revisão cirúrgica e não apresentava sinais desangramento, foram retiradas as 6 compressas, irrigada a cavidadeextraperitoneal com soro fisiológico à 0,9% morno e colocado dreno à vácuono espaço extraperitoneal. A paciente evolui sem intercorrência e teve altahospitalar 6 dias após a internação.Conclusão: No caso clinico relatado, assim como na literatura mundial, em pacientes cominstabilidade hemodinâmica e fratura de pelve, o tamponamento pré-peritoneal pode ser utilizado como tratamento efetivo e definitivocomplementar a estabilização volêmica para controle do sangramento.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 3126

TÍTULO DO TRABALHO: TRAUMA PENETRANTE TÓRAX COM LESÃO TRAQUEAL: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: VANESSA FERRARI WALLAU1; PATRICIA TRAMONTINI1; BARBARA PEREIRA TITONI1; YASMINE DUARTE ABICHEQUER2; LUCAS DICKEL CANOVA3; PEDRO HENRIQUE LOURENÇO BORGES3. 1. ULBRA CANOAS - RS, CANOAS - RS - BRASIL; 2. ULBRA CANOAS RS, CANOAS - RS - BRASIL; 3. ULBRA CANOAS, CANOAS - RS - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: As lesões da árvore traqueobrônquica são incomuns e muitas vezes, tendo diagnóstico tardio, apresentam alta letalidade. A IOT seletiva do BF íntegro é necessária para manter oxigenação, permitindo postergar a intervenção cirúrgica para quando houver estabilidade hemodinâmica.RELATO: Paciente masculino, 29 anos, vítima de FAF. Admitido em imobilização padrão, sedado, apresentando VA com TOT, dreno de tórax bilateral, curativo 3 pontas em região esternal, acesso venoso bilateral, múltiplos FAFs. Realizou 5L cristaloide no transporte. SV (PA 150x70 mmHg, FC 144 bpm, FR 26 rpm) demonstrando choque grau II. Dreno tórax bilateral drenando conteúdo hemático. Exame físico: AP com MV bilateral diminuído e crepitações difusas;FAF em hemitórax anterior E (1), clavícula E (1), braço D (1) e antebraço D (1). RealizOU TC tórax: moderada câmara de pneumotórax à D e pequeno à E, derrame pleural à D, pequeno pneumomediastino e solução de continuidade no aspecto póstero-lateral D da traqueia em seu terço distal. TOT seletiva à D. TC abdome: sp. Paciente evolui com hipotensão, sendo necessário uso de drogas vasoativas. Foi avaliado pela cirurgia geral, que recomenda encaminhar paciente para UTI para estabilização hemodinâmica. Paciente é admitido em UTI apresentando escape aéreo importante com SatO2 60% evoluindo para 17% (levantado hipótese de possível tração do TOT). Realizada nova seletividade, sem melhora. Encaminhado para toracotomia de urgência. Realizada toracotomia à D (devido grande escape); paciente evolui com PCR, realizada compressão cardíaca direta e toracotomia E. Localização do orifício traqueal (imediatamente acima da bifurcação da traqueia, posicionado mais à D, em V, acometendo aproximadamente 3 aneis cartilaginosos). Realizado rafia traqueal e segmentectomia pulmonar a direita com grampeador; rafia ápice pulmonar E. Paciente apresenta melhora da Sat O2 94% e PA 85/70 mmHg, retornado à UTI. Avaliação neurológica: TC crânio sem alterações grosseiras, demora ao despertar e pouca responsividade devido a provável encefalopatia anóxica. Paciente estável, encaminhado à outro hospital para continuação do tratamento.CONCLUSÃO:Lesões de traqueia são infrequentes e necessitam diagnóstico apropriado. A melhora no atendimento inicial ao traumatizado e os avanços na assistência ventilatória possibilitaram a identificação e o tratamento de um maior número de feridas traqueobrônquicas, evitando complicações associadas ao reparo tardio das lesões.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 791

TÍTULO DO TRABALHO: Trauma renal: qual a melhor abordagem?

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BÁRBARA NARCISO DUARTE; MARCUS VINICIUS CARNEIRO TORRES DE PAULA; TÂMARA RAQUEL LIRA FERNANDES; ANA CLÁUDIA DE SOUZA RODRIGUES GABRIEL FERREIRA; RIELLY DE SOUSA E SILVA; CLARISSE SALES GURGEL; AMÁLIA CÍNTHIA MENESES RÊGO; IRAMI ARAUJO FILHO. UNIVERSIDADE POTIGUAR, NATAL - RN - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Realizar uma revisão literária sobre conduta no trauma renal. Métodos: revisão de literatura nas bases de dados MEDLINE e SCIELO, a partir dos descritores ?renal trauma?, ?abdominal injury? e ?treatment?. Foram incluídos artigos de língua inglesa e portuguesa, publicados entre 2011 e 2016. Resultados: O trauma renal é responsável por 1-5% dos casos de trauma, apresentando significativa morbimortalidade quando relacionada a lacerações no parênquima renal e a lesões renovasculares. O manejo inadequado aumenta o número de nefrectomias indesejadas. Preconiza-se o diagnóstico precoce através do exame físico e história clínica baseada no mecanismo da lesão, atendimento pré-hospitalar e história prévia de doença renal. O sintoma mais importante é a hematúria, e todos pacientes com hematúria macroscópica devem ser submetidos avaliação renal de imagem. A escala de lesão de órgãos da American Association for Surgery of Trauma (AAST) baseada na Tomografia Computadorizada (TC) divide as lesões renais em 4 categorias. A conduta terapêutica fundamenta-se nessa classificação. O tratamento conservador assentado nas medidas de suporte, monitorização, hematócrito seriado e TC em intervalos regulares são indicados para as contusões renais (grau I) e para as lacerações renais (graus II, III ou IV), independentemente do tamanho do hematoma perirrenal, quando houver estabilidade hemodinâmica. O tratamento cirúrgico visa controle vascular precoce e reconstrução renal. Nas lesões irreconstrutíveis nos pólos indica-se a nefrectomia parcial. Nas renovasculares, deve-se ocluir os vasos afetados com um ?clamp?. A nefrectomia está indicada em pacientes clinicamente instáveis com lesões renais graves. Conclusão: A tendência é conduta conservadora, principalmente nas lesões entre graus I e III. Dentre os indicadores cirúrgicos, o principal é a presença ou não de instabilidade hemodinâmica. Bibliografia: SERAFETINIDES, Efraim et al. Review of the Current Management of Upper Urinary Tract Injuries by the EAU Trauma Guidelines Panel. European Urology, [s.l.], v. 67, n. 5, p.930-936, maio 2015. Elsevier BV. http://dx.doi.org/10.1016/j.eururo.2014.12.034.; KAUTZA, B.; ZUCKERBRAUN, B.; PEITZMAN, A. B. ?Management of blunt renal injury: what is new??. European Journal Of Trauma And Emergency Surgery, [s.l.], v. 41, n. 3, p.251-258, 15 abr. 2015. Springer Nature. http://dx.doi.org/10.1007/s00068-015-0516-x.

CODIGO DO TRABALHO: 2449

TÍTULO DO TRABALHO: TRAUMA TORÁCICO FECHADO COM RUPTURA TRAQUEAL EM CRIANÇA: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ENYÁLINE FIRMINO DE VASCONCELOS1; EMYLAINE FIRMINO DE VASCONCELOS1; LAÍS HENRIQUES DE OLIVEIRA1; ANA CAROLINA LOPES RAMALHO BEZERRA VIANA1; EVELYNNE MARIA GOMES GALVÃO DA TRINDADE1; DEODATO ROLIM CARTAXO1; CAIO AUGUSTO RÉGIS PAULO NETO DE ALMEIDA2; KAYO CÉSAR SAMPAIO AMORIM1. 1. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: As rupturas traqueobrônquicas, pós-trauma, são patologias muito graves e em uma proporção importante dos casos são fatais antes que o paciente possa receber atendimento adequado para este tipo de emergência. As rupturas totais são pouco frequentes após trauma fechado, já que a traqueia da criança é muito flexível. Em 80% as rupturas ou lacerações da traqueia torácica ocorrem na porção distal, próximas à carina traqueal. Embora nas crianças os 2/3 da traqueia sejam extratorácicos, ela está mais protegida pela mandíbula e pelo pescoço, que é curto. Relato de Caso: Paciente sexo feminino, 3 anos de idade, vítima de acidente automobilístico, ingressou no hospital de urgência e emergência, com enfisema subcutâneo e insuficiência respiratória aguda devido a uma laceração traqueal pós-trauma torácico fechado. Evoluiu com parada cardíaca sendo realizadas manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP), seguida de drenagem pleural bilateral, da qual resultou grande e persistente fuga aérea. Foi avaliada pelo serviço de cirurgia torácica, onde foi realizada fibrobroncoscopia, que evidenciou uma laceração traqueal sendo submetida à toracotomia lateral direita. Identificou-se laceração de quase 1 cm no 1/3 na junção da traqueia com o brônquio principal direito. Depois de reativadas as bordas, a ferida foi suturada com fio de PDS e recoberta com retalho de pericárdio. A paciente evoluiu favoravelmente da injúria traqueal, mas ficou com sequelas neurológicas como conseqüência do TCE, das quais se recuperou quase completamente. Conclusão: As rupturas traqueobrônquicas em crianças são raras. Os acidentes de trânsito continuam sendo a primeira causa para este tipo de lesões, seguidos por acidentes no esporte e no lar. Se o paciente estiver estável sob drenagem pleural a TC de tórax pode ser realizada. A fibrobroncoscopia diagnóstica está formalmente indicada em todos os pacientes com traumas severos com pneumotórax e que drenados exibem grande fuga aérea. A broncoscopia e a abordagem cirúrgica precoces evitam complicações graves como a mediastinite e o empiema.

CODIGO DO TRABALHO: 1858

TÍTULO DO TRABALHO: TRAUMA TORÁCICO POR GRAMPEADOR: UMA SITUAÇÃO INCOMUM NO TRAUMA PENETRANTE

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: NATHALIA DE OLIVEIRA WESTPHALEN1; MARCOS JOSÉ TARASIEWICH2; MONIQUE DE OLIVEIRA CERANTO3; JOÃO PEDRO HOMSE NETTO1. 1. PUCPR CAMPUS LONDRINA, LONDRINA - PR - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, LONDRINA - PR - BRASIL; 3. UNOESTE, PRESIDENTE PRUDENTE - SP - BRASIL.

RESUMO:
O trauma é uma das principais causas de morte e sua incidência vem aumentando no mundo inteiro. Dentre os diversos tipos de trauma, o torácico está em ascensão devido ao aumento de transporte automobilístico e da violência urbana. Os homens são os mais acometidos e a mortalidade varia de 4-8%, aumentando para 25% quando algum órgão está envolvido. As lesões torácicas podem ser classificadas em traumas abertos (penetrantes) ou fechados (contusos). O trabalho apresenta a conduta frente a um trauma torácico penetrante. O paciente foi admitido no serviço de referência por trauma torácico acidental por grampeador na região periescapular do hemitórax direito. Apresentava-se em bom estado geral e ao exame radiográfico observou-se a presença de pneumotórax à direita e corpo estranho no ápice do pulmão direito. Em seguida, foi realizada a drenagem de tórax em selo d?agua. Na tomografia evidenciou-se a presença de material linear de 5 cm de extensão na parede dorsal à direita, através da porção posterior do 6º arco costal direito com extensão para parênquima pulmonar adjacente. Além disso, foi observada a presença de contusão hemorrágica local e pneumotórax à direita, com dreno posicionado. Paciente evoluiu com febre sendo necessário antibióticoterapia. Após a estabilização hemodinâmica foi realizada a toracotomia exploratória e retirada do corpo estranho. Não foi evidenciada a presença de lesão de estruturas nobres e não houve intercorrências durante o procedimento. Paciente evoluiu de forma estável e teve o dreno retirado após 24 horas sem débito. Recebeu alta hospitalar com retorno ambulatorial e radiografia de controle. Após 6 meses do acidente o paciente apresenta-se sem queixas e com radiografia sem alterações. O atendimento imediato na emergência, desde a admissão até o diagnóstico e conduta terapêutica, foi de grande importância para a evolução satisfatória do paciente. É fundamental que mais casos incomuns de traumas torácicos penetrantes sejam descritos, para que a comunidade médica possa estabelecer um consenso em relação à conduta, a fim de oferecer o melhor tratamento possível aos pacientes.

CODIGO DO TRABALHO: 2648

TÍTULO DO TRABALHO: TRAUMA TORÁCICO POR PAF EVOLUINDO COM EMPIEMA PLEURAL: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DEBORAH MACÊDO RIGONI PRANDINI; YASMIN BIONE DINIZ; PATRÍCIA ALVES MANGUEIRA. INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS, ARAGUAÍNA - TO - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Atualmente, cerca de 25% das mortes em politraumatizados são consequentes ao trauma torácico. As lesões de tórax podem ser classificadas em traumas abertos e fechados, que diferem entre si pela comunicação da cavidade torácica com o meio externo. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de trauma torácico aberto com evolução para Empiema Pleural.CASO CLÍNICO: WNL, 27 anos, masculino, pardo, previamente hígido, proveniente de Araguaína-TO, foi encaminhado a Unidade Hospitalar devido ferimento por arma de fogo (PAF) com orifício de entrada em ápice de hemitórax direito apresentando-se taquicárdico, taquidispneico, sudoreico, com cianose de extremidades. Foi submetido a toracostomia com drenagem pleural fechada em selo d? água à direita com débito de 1300mL de aspecto sanguinolento. No 1º dia de internação hospitalar (DIH) apresentou-se hipocorado, taquidispneico e sem déficit motor, com murmúrio vesicular (MV) diminuído à direita com presença de roncos difusos, drenagem de 800mL de aspecto sanguinolento. Foi realizado Tomografia Computadorizada de coluna torácica e Reconstrução Sagital de Coluna Lombar que evidenciou presença do projétil em T10, porém sem comprometimento do canal espinhal. No 2º DIH, paciente persiste sem déficit motor, MV diminuído, roncos difusos e evolui com quadro de escarros hemoptoicos. No 6º DIH evolui com alteração radiográfica correspondente à hemotórax, mantendo-se estável com persistência dos escarros hemoptoicos por 11 dias. No 13º DIH foi realizado procedimento cirúrgico com evacuação de coágulos, indução de estreptoquinase intrapleural e toracostomia com drenagem pleural fechada à direita, evoluindo com cessação do quadro de escarros hemoptoicos. No entanto, persiste com dor torácica à inspiração, dispneia e débito do dreno entre 100 a 500ml. Por isso, foi submetido à Toracotomia, Decorticação Pulmonar e Drenagem Torácica Fechada Anterior e Posterior à Direita no 16º DIH, onde foi evidenciado no intra-operatório Empiema Pleural. Com isso, iniciou-se antibioticoterapia com Vancomicina e Imipenem e manutenção da Fisioterapia Respiratória. Paciente apresenta boa evolução com melhora clínica, e recebe alta no 23º DIH sem queixas e em bom estado geral.CONCLUSÃO: Embora a incidência de morte nas lesões torácicas ocupe lugar de destaque nas estatísticas, grande parte dos pacientes, pode ser tratada prontamente com suporte ventilatório, analgesia e drenagem pleural, e somente 15-30% necessitarão de uma toracotomia.

CODIGO DO TRABALHO: 2359

TÍTULO DO TRABALHO: Uso da telemedicina na tomada de decisão após lesão por esmagamento

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CAMILA ALOISE CRUZ; MILTON STEINMAN; GUSTAVO FERNANDES DE ALVARENGA; LORRAINE CRISTINA PASSOS MARTINS; FELIPE MARTIN BIANCO ROSSI; PAULO MARCOS LONGUINI MAZILI. HIAE, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução:A decisão entre amputação e preservação de um membro multilado permanece um desafio e a determinação final deve ser feira pelo médico especialista baseado nas condições clínicas do paciente. Entretanto serviços que não dispoem de cirurgião vascular podem se beneficiar de uma interconsulta por telemedicina, principalmente em casos de urgência e paciente grave sem condições de transferência. Relato de caso:Paciente do sexo masculino de 16 anos vitima de atropelamento por ônibus sofrendo esmagamento de membros inferiores foi trazido ao pronto atendimento de hospital secundário orientado e hemodinamicamente estável apresentando extensa ferimento corto contuso em coxa esquerda com perda de partes moles, exposição óssea, palidez, pulsos distais ausentes, anestesia e ausência de motricidade.Avaliado pela equipe de Ortopedia, que indicou cirurgia de urgência após diagnóstico de fratura de fíbula e tíbia direita e fratura exposta de fêmur esquerdo (Gustilo 3C).No intra-operatório identificada secção completa de artéria poplítea esquerda e veia poplítea esquerda sendo solicitada presença da equipe de cirurgia geral que optou por shunt arterial temporário e ligadura venosa.Após melhora da perfusão do pé esquerdo, o término do procedimento ortopédico foi realizado com colocação de fixadores externos.Paciente evoluiu com instabilidade hemodinâmica necessitando de transfusão sanguínea maciça. No primeiro pós operatório, em UTI, mantinha-se grave sem condições de transporte para avaliação externa. Optou-se por discussão do caso pelo serviço de telemedicina, em junta médica virtual formada por cirurgião vascular e do trauma que sugeriram amputação transfemoral esquerda. Foi realizada amputação pela equipe de Cirurgia Geral. O paciente retornou à UTI apresentando melhora gradual e recebendo alta hospitalar no 9º pós operatório. Conclusão:Em virtude do elevado número de casos de esmagamento de membros inferiores considerados limítrofes e com um prognóstico imprevisível, a decisão de amputar ou de salvar um membro deve ser cuidadosamente avaliada. A telemedicina na prática médica proporciona uma avaliação especializada de forma mais rápida, diminuindo o numero de encaminhamentos, reduzindo a vulnerabilidade a erros médicos e aumentando a qualificação médica devido ao compartilhamento de conhecimento, podendo melhorar a qualidade do serviço. Nesse caso descrito a teleconsulta foi fator determinante na evolução e prognóstico favorável desse paciente.

CODIGO DO TRABALHO: 2212

TÍTULO DO TRABALHO: Vacinas recomendadas em estágios práticos e a omissão dentre os estudantes de medicina

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PHILLIPE GERALDO T. DE ABREU REIS1; ADONIS NASR2; FLAVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASICH3; IWAN AUGUSTO COLLACO2; MARCIO CANEVARI FILHO4; MARINA NARDELLI GOES5; PEDRO AUGUSTO DE ASSIS GOES6; EDUARDO LOPES MARTINS FILHO4. 1. HOSPITAL ERASTO GAERTNER, CURITIBA - PR - BRASIL; 2. HOSPITAL DO TRABALHADOR, CURITIBA - PR - BRASIL; 3. HC-UFPR, CURITIBA - PR - BRASIL; 4. UFPR, CURITIBA - PR - BRASIL; 5. UP, CURITIBA - PR - BRASIL; 6. PUC-PR, CURITIBA - PR - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: verificar a adequação da vacinação de estudantes de medicina de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde. Método: Foi realizado um estudo observacional prospectivo descritivo, com o preenchimento de um questionário auto aplicativo pelos estudantes de medicina de Curitiba-PR durante o curso preparatório para a admissão no estagio voluntário de Pronto Socorro no Hospital do Trabalhador. Foram avaliados o perfil epidemiológico dos pacientes e a adequação do calendário vacinal dos mesmos. Resultados: 165 estudantes responderam ao questionário, dos quais a maioria (62,4%) eram mulheres e a média de idade foi de 22,3 anos. Os estudantes estavam em sua maioria cursando o 5º (42,4%) e o 4º (30,9%) período. A Vacinal Tríplice Viral deteve o maior número de estudantes vacinados: 144 (87,27%), seguido pela vacina dT com 107 (64,84%) alunos e da hepatite B com 106 (64,24). Entretanto, 43 (26,06%) dos alunos não tinham conhecimento sobre sua situação vacinal. Conclusão: Apesar de a metade dos estudantes relatarem terem realizado as vacinações de acordo com as recomendações do MS, 26,1% dos estudantes não têm o conhecimento a respeito do seu próprio estado vacinal, o que é preocupante. É, portanto, notável a necessidade de uma ênfase na política de prevenção de doenças infecciosas dentre estudantes de medicina.

CODIGO DO TRABALHO: 310

TÍTULO DO TRABALHO: Variante de incisão trap-door: relato de caso e revisão de literatura.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: REBECA DANIELLY DA FONSECA1; ADRIANO DIAS TRAJANO2; IASMIN FLORÊNCIO DE ARAÚJO SILVA3; FELIPE SIQUEIRA TEIXEIRA1; THALITA FRANÇA PAGELS1; LUCAS DE PAULO ARAÚJO DE ALMEIDA3; NAYYARA MARCIA FERREIRA CARREIRO1; GEORGE PALMEIRA BRAGA1. 1. DISCENTE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA (UFPB), JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. PROFESSOR ORIENTADOR DA LAC-PB. MEMBRO DA CBC. MESTRE EM CIRURGIA PELA UNICAMP, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 3. DISCENTE DE MEDICINA DA FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA (FAMENE), JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Lesões dos vasos subclávios (VS) são incomuns e decorrem, na maioria das vezes, de ferimentos penetrantes, apresentando elevada morbidade e mortalidade. Desse modo, lesões de VS representam um desafio para o cirurgião. São descritas várias incisões para a abordagem dessas lesões de acordo com o local: intratorácica, desfiladeiro ou zona I cervical. Dentre elas a incisão do tipo trap-door, também chamada em ?porta de alçapão? ou ?em livro?, em casos de lesão intratoácica, é a técnica disponível para acesso dos VS. Relato de caso: Paciente masculino, 28 anos, foi atendido no Hospital de Trauma de João Pessoa, Paraíba, vítima de ferimento por arma de fogo em região cervical há cerca de 20 minutos. Apresentava-se falando, MV diminuído à esquerda, saturando 93% com oxigênio, pulso radial ausente e frequência cardíaca de 130 bpm; Glasgow de 15; orifício de entrada em região cervical anterior, zona I, sem orifício de saída. Paciente foi rapidamente encaminhado ao centro cirúrgico, onde foi realizada intubação orotraqueal e drenagem torácica esquerda com saída inicial de 1500 mL de sangue. Foi prontamente realizada toracotomia antero-lateral esquerda ao nível do quinto espaço, com detecção de sangramento ativo dos vasos subclávios à esquerda na sua origem da aorta. Realizado clampeamento dos vasos com pinça de Satinsky, e iniciada reposição volêmica com duas unidades de concentrado de hemácias tipo O. O paciente apresentou piora do estado hemodinâmico com frequência cardíaca de 150bpm e pressão arterial 50/20mmHg. Optou-se, então, por incisão supra-clavicular esquerda, com ressecção do terço medial da clavícula e controle distal dos vasos subclávios. Em virtude da piora dramática do quadro hemodinâmico, realizou-se incisão para-esternal esquerda e abertura da junção costocondral esquerda, variante mais rápida da incisão trap-door ou em livro. Evoluiu para o óbito 12 horas após o procedimento cirúrgico por falência metabólica e coagulopatia. Conclusão: A maioria dos autores recomenda a combinação de incisão clavicular e esternotomia mediana para o acesso aos VS. No entanto, em lesões do segmento proximal dos VS esquerdos, a incisão trap-door apresenta-se como melhor alternativa. No caso relatado, optou-se pela incisão costocondral, em detrimento da esternotomia. A variante promove um acesso mais rápido às estruturas intra-torácicas, já que não requer o uso da da serra de esterno ou faca de Lipski para realização da esternotomia.

CODIGO DO TRABALHO: 1958

TÍTULO DO TRABALHO: VIAS DE ACESSO CIRÚRGICO AO TRAUMA CERVICOTORÁCICO FECHADO ASSOCIADO A LESÕES DE VASOS SUBCLÁVIOS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ERNANN TENÓRIO DE ALBUQUERQUE FILHO; SAYMON FARIAS DE OLIVEIRA; LETÍCIA HOLANDA PESSOA DE ALMEIDA; LABIBE MANOELA MELO CAVALCANTE. UNIT, MACEIÓ - AL - BRASIL.

RESUMO:
Os traumas cervicotorácicos fechados, associados a lesão de artéria subclávia e axilar, constituem cerca de 1 a 5% dos traumas vasculares, ocorrendo acometimento simultâneo de veia subclávia em 20% dos casos. A baixa frequência, experiência clínica restrita, proteção anatômica e dificuldade de acesso a topografia, levam a um diagnóstico de difícil e uma complexa abordagem; apresentando taxa de mortalidade entre 5 a 30%. Assim a escolha da via de acesso cirúrgico dependerá do antímero lesionado: em vasos subclávios à direita, uma esternotomia com extensão cervical anterior direita e ou uma incisão supraclavicular direita devem ser consideradas como via principal. Entretanto a toracotomia ântero lateral alta no 3º espaço intercostal esquerdo, reserva-se preferencialmente para os vasos esquerda, segunda a literatura. Nas situações de lesão de 3º porção da artéria subclávia, sugere-se a incisão supraclavicular, podendo se retirar a clavícula com algum grau de morbidade pós-operatória. Paciente, masculino, 18 anos, vítima de acidente automobilístico, chega com trauma cervicotorácico fechado, associado a hemotórax à direita e sinais de trauma traqueal e enfisema subcutâneo. Realizada cervicotomia exploradora com intervenção da cirurgia geral, o serviço da cirurgia vascular, efetuou prolongamento da cervicotomia exploradora, em direção à fossa supraclavicular ipsilateral. Observou-se lesão contusa em terço distal da fossa supraclavicular direita, em território de transição subclávia-axilar. Após hemostasia, realizada contra-abertura na face anterior-superior proximal da transição da artéria subclávia-axilar ipsilateral para passagem de cateter de Fogarty 4F, com identificação de lesão transfixante da parede posterior da mesma transição. Realizado tratamento da lesão, através de arteriotomia distal e proximal do segmento lesionado e interposição de patch de safena invertido. Uma adequada abordagem cirúrgica traz grande diferença na resolução desse tipo de trauma vascular, sendo a incisão supraclavicular com luxação da clavícula uma boa opção, podendo ser suficiente para a abordagem da lesão. A extensão da lesão vai definir o meio de reparo vascular.

CODIGO DO TRABALHO: 2090

TÍTULO DO TRABALHO: VIAS DE ACESSO NAS LESÕES DOS VASOS SUBCLÁVIOS: QUANDO E COMO?

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANNA LUIZA PORTELA TARGINO1; ADRIANO DIAS TRAJANO2; FLÁVIO DE PÁDUA BRITO DE FIGUEIREDO ALMEIDA1; JENNYFER KELLEN LÁZARO DA ROCHA3; REUDO HELENO AMORIM PEREIRA FILHO4; RAQUEL UCHOA DOS ANJOS DE ALMEIDA1; CRISLANNY REGINA SANTOS DA SILVA1; GABRIELA DA SILVA ARAÚJO1. 1. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. CIRURGIÃO GERAL. MESTRE EM CIRURGIA PELA UNICAMP. MEMBRO ADJUNTO DO COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 4. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVO: O objetivo deste trabalho foi realizar uma pesquisa sistemática sobre as opções de acesso cirúrgico nas lesões dos vasos subclávios. MÉTODOS: Foi realizada uma revisão sistemática considerando como fontes bibliográficas, artigos de periódicos científicos nas bases de dados PubMed, Scielo e Medline, publicados no período de 2012 a 2016. Foram utilizados os seguintes descritores ?lesão vascular?, ?vasos subclávios? e ?trauma?. Os critérios de inclusão foram os artigos que abordavam as vias de acesso cirúrgico das lesões. RESULTADOS: Foram encontrados 42 artigos, dos quais seis (14,6% do total) foram selecionados. A maioria dos artigos considerava que para as lesões dos vasos subclávios à direita, uma esternotomia com extensão cervical anterior direita ou uma incisão supraclavicular direita proporcionava a melhor via de acesso. Para as lesões da subclávia esquerda, a melhor incisão seria uma toracotomia ântero-lateral alta no 3º espaço intercostal esquerdo combinada com incisão supraclavicular. Um artigo considerava a toracotomia em livro aberto, ou seja, uma toracotomia ântero-lateral com esternotomia mediana e extensão supraclavicular esquerda. Também que a cervicotomia com incisão supraclavicular dá excelente exposição dos vasos subclávios à esquerda. Outro artigo mostrou que para doentes hemodinamicamente instáveis fazia-se uma toracotomia anterolateral esquerda transclavicular em lesões à esquerda. CONCLUSÃO: O acesso às lesões dos vasos subclávios depende da estabilidade hemodinâmica do paciente. Para as lesões dos vasos subclávios à direita, uma esternotomia com extensão cervical anterior direita ou uma incisão supraclavicular direita é a melhor opção. Para as lesões à esquerda, a melhor opção seria a incisão em livro aberto.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 398

TÍTULO DO TRABALHO: A Ocorrência Simultânea de Colecistite Aguda e Apendicite Aguda - Relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CLAUDIO FRANCO DO AMARAL KFOURI1; CLEIBE NICACIO DA SILVA2; GUILHERME PAULO CARVALHO DE AMORIM2; CLAUDINEI DA SILVA2; MARIA CLARA FERREIRA NONATO ROMANIA3; YULSEF FERREIRA4; MARCOS ANTONIO MARTON FILHO5; JAICER GONÇALVES ROLO6. 1. FACULDADE DE MEDICINA DE ARARAQUARA, MATÃO - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL CARLOS FERNANDO MALZONI - DEPARTAMENTO DE CIRURGIA, MATÃO - SP - BRASIL; 3. FACULDADE DE MEDICINA DE ARARAQUARA, ARARAQUARA - SP - BRASIL; 4. DOCENTE DA DISCIPLINA DE CLÍNICA MÉDICA DA FACULDADE DE MEDICINA ESTÁCIO RIBEIRÃO PRETO, RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL; 5. DOCENTE DA DISCIPLINA DE CLÍNICA CIRÚRGICA DA FACULDADE DE MEDICINA ESTÁCIO RIBEIRÃO PRETO, RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL; 6. HOSPITAL CARLOS FERNANDO MALZONI - DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA, MATÃO - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO:? Dentre as várias etiologias de abdome agudo inflamatório, a apendicite e a colecistite agudas são as que apresentam maior incidência e prevalência no cotidiano médico-cirúrgico. O relato de caso em questão apresenta a ocorrência simultânea, da evolução clínica, do tratamento cirúrgico à confirmação das mesmas pelo resultado do anatomopatológico, sendo de grande relevância clínico-cirúrgica, já que a concomitância dessas duas condições clínicas são escassas na literatura. Os objetivos são apresentar o caso e a evolução dessas patologias no indivíduo acometido, bem como reforçar a importância do diagnóstico diferencial. Nas buscas em bancos de dados encontrou-se cinco artigos na língua inglesa contendo as patologias simultaneamente, apresentando a mesma evolução, ou seja, após o ato cirúrgico e cuidados clínico-cirúrgicos gerais, os pacientes receberam alta hospitalar. RELATO DE CASO: A.C.C., 68 anos, masculino, chegou pronto socorro do Hospital Carlos Fernando Malzoni referindo dor abdominal difusa. Durante a consulta contou que no dia anterior sua dor localizava-se em hipocôndrio direito e periumbilical e que fora diagnosticado com colelitíase calculosa crônica. Ao exame físico geral, apresentava-se desidratado, descorado e com sinais de sepse. Ao exame abdominal, os ruídos hidroaéreos eram hipoativos, dor à palpação superficial e profunda com presença de dor à descompressão brusca (DB) em todo o abdome com sinal de Murphy positivo. Foram solicitados exames laboratoriais e de imagem que mostraram leucocitose neutrofílica com desvio à esquerda, proteína C reativa aumentada e bilirrubina total dentro da normalidade. O ultrassom revelou vesícula biliar com sinais de colecistite aguda e coleção hipoecogênica em fossa ilíaca direita medindo 7,5 x 4,5 x 4,2 centímetros, suspeitando-se de uma apendicite aguda perfurada formando bloqueio epiplóico. O cirurgião indicou a laparoscopia exploradora que evidenciou os quadros de colecistite e apendicite agudas. A colecistectomia fora realizada pela via laparoscópica e como havia necrose da parede cecal e intenso bloqueio epiplóico, optou-se pela conversão da cirurgia e pela hemicolectomia direita. O paciente evoluiu bem, recebendo alta hospitalar no quinto pós-operatório.CONCLUSÃO: O presente relato e as publicações levantadas trazem à luz a discussão dessas patologias quando simultâneas, tornando o diagnóstico diferencial imprescindível para o bom prognóstico do paciente.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2633

TÍTULO DO TRABALHO: Abcesso hepático por S.aureus resistente à oxacilina

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANA CAROLINE GOMES MORAES; LUCIANO ZOGBI DIAS; SUSI HELIENE LAUZ MEDEIROS; ALUÍSIO NEUTZLING; GUILHERME ALMEIDA. FURG, RIO GRANDE - RS - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Micro-organismos resistentes de origem na comunidade têm sido reconhecidos como patógenos importantes cuja incidência tem crescido mundialmente. Infecções por S. Aureus resistente à meticilina adquirido em comunidade(CA-MRSA) tem chamado a atenção devido sua rápida emergência,aumento na prevalência e potencial para causar infecções graves, como sepse, pneumonia necrotizante, osteomielite/artrite, embolia pulmonar séptica, piomiosite e fasceíte necrotizante. Estudos apontam para a ocorrência destas infecções principalmente em populações saudáveis, bem definidas, vivendo ou expostas a condições de aglomerações e com pouco ou nenhum contato com serviços de saúde. Relato do caso: Paciente sexo feminino, 13 anos, interna em SIRS com queixa de fraqueza e dor abdominal. Apresentava tosse seca e perda de 8 kg. Ao exame físico apresentava taquicardia, taquipneia, múrmurio vesicular abolido em terço médio e inferior de pulmão direito. Parede abdominal tensa e dor à palpação de hipocôndrio direito. Extremidades frias e pálidas. Laboratoriais demonstravam leucocitose. Previamente, procurou a UBSF com as mesmas queixas e foi instituída antibioticoterapia, evoluiu com piora do quadro e febre alta no 5º dia de tratamento. Paciente apresentou furunculose há 5 meses em axila e febre alta. Raio x de tórax evidenciou presença de derrame pleural à D, toracocentese concluiu tratar-se de um empiema. Tomografia de abdome evidenciou uma formação expansiva ocupando segmentos VIII e IV do fígado,heterogênea, com grande área interna hipodensa e paredes espessas, com volume de 449,8cm3, que comunicava-se com outra localizada em situação subdiafragmatica à direita. Foi submetida à drenagem de abcesso, e foi iniciada antibioticoterapia de amplo espectro. O conteúdo do abcesso foi submetido à cultura que identificou crescimento S. Aureus resitente à clindamicina, eritromicina, oxacilina e penicilina G.O antibiótico foi descalonado e a paciente evoluiu com melhora clínica, laboratorial e regressão de imagem de abcesso, após cirurgia.Conclusão: A prevalência de infecções por gemes resistentes adquiridos em comunidade aumentou mundialmente. Essas infecções têm o potencial de causar complicações graves como sepse, endocardite e osteomielite. Para evitar o desenvolvimento de novos padrões de resistência é necessário , por exemplo, que, durante a formação médica, o uso racional de antibióticos seja abordado a fim de reduzir o uso indiscriminado desses fármacos.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1546

TÍTULO DO TRABALHO: ABDOME AGUDO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANA LUIZA SANT ANA DE CARVALHO1; BEATRIZ HELENA MARTINS GONCALVES2; MARCELO CANÇADO FROIS2; TADEU SARTINI FERREIRA2. 1. HOSPITAL ALBERTO CAVALCANTI, BELO HORIZONTE - PA - BRASIL; 2. HOSPITAL ALBERTO CAVALCANTI, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O diagnóstico de abdome agudo cirúrgico é um desafio para cirurgiões que prestam assistência tanto em porta de entrada quanto em assistência em leito de internação. Tal tarefa muitas vezes, há de ser realizada em centros sem grandes recursos imaginológicos, se apoiando em pura semiologia. Este trabalho tem por objetivo demonstrar a necessidade dos profissionais de assistência de dominar conhecimentos em semiologia que tragam resoluções para seus pacientes sem atrasos desnecessários.Resultado: Paciente de 25 anos, internada em pronto-atendimento em 14/10/2016 com quadro de cálculo coraliforme o qual evoluiu com hidronefrose, pielonefrite e pionefrose. Diagnóstico do cálculo há 01 ano, durante gestação, em acompanhamento ambulatorial desde então. Submetida a nefrostomia percutanea em 19/10/16 com drenagem secreção purulenta. Apresentou durante internação dispneia sendo pensado como causa TEP e iniciado enoxaparina 40mg 12/12hrs desde então. Intercorreu com taquicardia (100) e PA limítrofe (90/60), associada a dor abdominal difusa com irritação peritoneal em quadrantes inferiores na madrugada de 09/11/16 para 10/11/16. Submetida a lapratomia explorada na intenção de se realizar nefrectomia à direita de urgência, entretanto, foi evidenciado hemoperitôneo nos quatro quadrantes e muitos coágulos em pelve. Enviado líquido abdominal para cultura a qual se mostrou negativa. Retirado coágulos e encontrado em ovário esquerdo, formação sugestiva de cisto roto. Procedida ooforectomia esquerda e revisão da hemostasia. Optado por não explorar retro-peritonêo em virtude do hemoperitôneo explicar o quadro clínico. Requereu hemotransfusão durante procedimento. Paciente evoluiu bem em enfermaria com ascenção de níveis hematimétricos e mantendo estabilidade clínica e hemodinâmica sem comemorativos infecciosos. Recebeu alta em 25/11/17 para acompanhamento ambulatorial; proposta de cintilografia renal estática para definição de nefrolitotomia ou nefrectomia. Conclusão: O diagnóstico de abdome agudo cirúrgico ainda é fundamentalmente clínico. Embora provas laboratoriais e de imagem fossem demonstrar queda hematimétrica e líquido livre na cavidade, a necessidade de intervenção cirúrgica adequada se amparou apenas em informes clínicos. Decerto, apesar da paciente se encontrar em um centro com recursos limitados a habilidade diagnóstica do cirurgião deve ser capaz por si só de determinar as condutas mais urgentes e resolver casos mais críticos.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2754

TÍTULO DO TRABALHO: ABDOME AGUDO EM GESTANTE NO PRIMEIRO TRIMESTRE DE GESTAÇÃO: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FABIANA CÂNDIDA DE QUEIROZ DOS SANTOS ANJOS; THAYANE CABRAL LOPES; TAIS TEIXEIRA DOS PASSOS BORBA; LARISSA ALVES FRANCO; CARLA PATRICIA FREDERICO GIUVANNUCCI; JÚLIA CYRÍACO; SARAH MARIANA RENOVATO MARTINS; CARIZE REZENDE DE OLIVEIRA. UNIRG, GURUPI - TO - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O abdome agudo e? caracterizado por dor abdominal, de origem su?bita ou progressiva, de intensidade varia?vel. A Apendicite Aguda é a mais frequente causa não-obstétrica de abdome agudo na gestante e necessita de laparotomia de emergência. É rara e de difícil diagnóstico nessa população, visto que achados típicos de febre, náuseas, vômitos, dor abdominal em fossa ilíaca direita (FID) e leucocitose, podem ser alterações fisiológicas da gestação, retardando o diagnóstico. Relato de caso: T.M.S. sexo feminino, 24 anos, G4P3A0, foi admitida, dia 15/03/2012, no Hospital e Maternidade Pública Dona Regina, queixando-se de dor em baixo ventre, acentuada em FID, iniciada há três dias, com piora progressiva. Negou vômito, febre e perdas vaginais. Ao exame físico: Abdome gravi?dico, distendido e doloroso a palpac?a?o, blumberg positivo na FID, toque vaginal sem sangramento e dor a mobilização do colo e anexo à direita. Pressão arterial de 110x70mmHg; temperatura axilar de 36,5°C, frequência cardíaca 66bpm. Foram solicitados exames laboratoriais: leucocitose com 12.300 cél/mm², sem desvio, EAS normal. Permaneceu internada na emergência, com dieta zero e analgesia, com hipóteses diagnóstica de apendicite aguda e gravidez heterotópica. O USG de abdome total, feito no dia 16/03/2012, estava dentro da normalidade. Dia 19/03/2012, evoluiu com piora da dor e sinais de irritação peritoneal, embora afebril, sem sinais de instabilidade hemodinâmica. Foi submetida à laparotomia exploratória, confirmando diagnóstico de apendicite não supurada. Foi realizada apendicectomia, sem intercorrências. USG transvaginal do pós- cirúrgico, evidenciou gestação tópica, única, 10 semanas e 4 dias, embrião presente e vivo. Recebeu alta hospitalar, dia 22/03/2012, sendo encaminhada para Ambulatório de Gestação de Alto Risco. Submetida ao parto cesariana, no dia 29/09/2012, com 40 semanas de gestação, sem intercorrências. Conclusão: No primeiro trimestre o quadro clínico é semelhante ao encontrado em mulheres não-gestantes, pois as alterações fisiológicas ainda são brandas e o útero não expandiu a ponto de deslocar significativamente estruturas abdominais. Portanto, apesar da dor abdominal com Blumberg positivo em FID contribuir para o diagnóstico da apendicite aguda, a ausência de outros comemorativos clássicos dificulta o diagnóstico clínico.

CODIGO DO TRABALHO: 1458

TÍTULO DO TRABALHO: Abdome agudo hemorrágico por ruptura de metástases esplênicas

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: VITOR AUGUSTO DONCATTO; MARIO SALIM KALIL; VICTOR HUGO VIONE SCHWENGBER; ALEM ALBERTO CHEDID. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O tumor de células germinativas (TCG) corresponde a 95% dos tumores testiculares, sendo responsável por 2 % das malignidades humanas; além de ser o tumor sólido mais comum no sexo masculino na faixa etária dos 15 aos 34 anos. Quando metastáticos, normalmente geram implante regional para linfonodos retroperitoniais e mais raramente para fígado, ossos e cérebro. Relato de caso: Masculino, 39 anos, branco, previamente hígido. Busca atendimento em emergência devido à lombalgia de início há um mês com piora progressiva associada à paresia de membros inferiores. Realizada Ressonância Nuclear Magnética (RNM) que apontou lesão expansiva em coluna tóraco-lombar a nível de T12 à L1 associada a lesões sugestivas de neoplasia em rim esquerdo, baço, fígado e pulmão. Submetido à cirurgia de descompressão medular três dias após a internação hospitalar, apresentou melhora da dor lombar e dos sintomas neurológicos. Na evolução, fora constatada lesão pétrea em testículo esquerdo pelo exame físico; além de apresentar aumento de Alfa-feto-proteína (AFP) e de LDH. No oitavo dia de internação, o paciente apresentou dor abdominal súbita em andar superior do abdômen com dor referida em ombro esquerdo. Ao exame físico apresentava dor difusa à palpação, porém ausência de sinais de peritonismo. Devido à melhora parcial com analgesia e à estabilidade hemodinâmica, paciente foi submetido à TC de abdômen, a qual evidenciou grande quantidade de líquido livre na cavidade abdominal e área hiperdensa em parênquima esplênico, sugestivo de hemorragia. Após 12 horas do laudo da TC de abdome, paciente evoluiu com piora do estado geral, sendo submetido a uma esplenectomia de urgência. Ao exame macroscópico de órgão excisado, observou-se massa de aspecto tumoral, friável, com áreas de hemorragia, medindo 8,6x8,5x6,0cm e, distando 4 cm dessa, uma segunda massa com a mesma apresentação, medindo 8,0x7,0x6,2cm, ambas sendo diagnosticadas como neoplasia maligna pouco diferenciada, metastática. Conclusão: Apesar do baço ser o órgão mais vascularizado do corpo humano, este não é um sítio comum de metástases (3,4 % das metástase por carcinoma). A frequência de metástases esplênicas é subestimada pois comumente os pacientes são assintomáticas e ocorrem tardiamente no processo neoplásico. Revisando a literatura, nos últimos 5 anos, não há descrição de metástases esplênicas associado ao TCG. Contudo, demonstramos uma complicação séria e eventualmente fatal de uma metástase para tal órgão.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 949

TÍTULO DO TRABALHO: ABDOME AGUDO INFLAMATÓRIO COMO APRESENTAÇÃO DE DOENÇA DE CROHN: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: SERGIO IBANEZ NUNES1; THAIS BARROS CORRÊA IBAÑEZ2; ESTER ALBUQUERQUE LOURENÇO3; NATHALIA CRISTINNE PEREIRA DE SOUZA3; AUGUSTO FREDERICO MARTINS LOPES OLIVEIRA3. 1. UNIFOA E FAA, VOLTA REDONDA, RIO DE JANEIRO, BRASIL - RJ - BRASIL; 2. UNIFOA, VOLTA REDONDA, RIO DE JANEIRO, BRASIL - RJ - BRASIL; 3. HSJB, VOLTA REDONDA, RIO DE JANEIRO, BRASIL - RJ - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Doença inflamatória crônica que pode acometer qualquer porção do trato gastrointestinal, desde a boca até o anus, a Doença de Crohn, geralmente envolve intestino delgado, 30-40% tem doença no íleo; e 10-20% acomete exclusivamente o cólon, preferencialmente lado direito.Caracteriza-se por início insidioso, com episódios de agudização, com dor abdominal e diarréia, e períodos de remissão. As principais complicações incluem obstrução e perfuração (com abscesso localizado ou peritonite generalizada), situações que exigem intervenção cirúrgica, o diagnóstico definitivo geralmente é obtido no pós-operatório.RELATO DE CASO: HFS, masculino, 28 anos, branco, natural e residente de Volta Redonda; dá entrada no serviço de emergência do Hospital São João Batista, Volta Redonda- RJ, queixando-se de dor em FID, com início há 3 dias, associada a náusea, perda de apetite. Ao exame físico, paciente em regular estado geral, corado, hipocorado +/4+, anicterico, acianótico; Abdome levemente distendido, peristalse diminuída, algo tenso, doloroso há palpação difusamente, principalmente em fossa ilíaca direita, que apresentava sinal de irritação peritoneal e defesa voluntária.Em função da história clinica e da anamnese, associada ao exame laboratorial, que mostrava leucocitose com bastonemia, além de exame de urina, sem alteração, optou-se por realização de laparoscopia, tendo como hipótese diagnóstica, abdome agudo inflamatório, por apendicite,À laparoscopia, foi observada moderada quantidade de secreção pioserosa em pelve e massa em região íleo cecal, endurecida, friável, não sendo possível dissociação do apêndice cecal. Optou-se então pela conversão da cirurgia para laparotomia, com incisão de Davis, onde realizou-se ressecção de segmento de íleo terminal até região proximal de ceco, com margem de segurança, e anastomose primaria.Paciente permaneceu internado, com antibioticoterapia venosa (amicacina e metronidazol), tendo alta em 7 dias com boa evolução clínico laboratorial. O anatomo patológico teve como conclusão, Doença de Crohn em ceco.CONCLUSÃO: Embora a cirurgia não seja curativa e, possa gerar maior morbidade, pode ser, muitas vezes, a opção mais adequada e segura para as complicações da Doença de Cronh, cujo tratamento é eminentemente clinico, e a dificuldade de decisão no ato cirúrgico é grande.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 387

TÍTULO DO TRABALHO: ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO NO PUERPÉRIO PRECOCE

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RAUL EDMO TEIXEIRA AMITI1; JOAO CARLOS NEPOMUCENO GONCALVES2; MARCELA TAGLIARI TUBINO2; RAQUELI PERTEL3; HEITOR SOARES MORAIS3; CLAUDINO BORGES DE LUNA4. 1. UNESC / COLATINA, ITAPERUNA - RJ - BRASIL; 2. UNESC / COLATINA, COLATINA - ES - BRASIL; 3. UNESC, COLATINA - ES - BRASIL; 4. UNESC - CENTRO UNESC DO ESPÍRITO SANTO, COLATINA - ES - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Abdome agudo é um termo geral para doenças abdominais agudas acompanhadas principalmente por dor abdominal súbita. A origem ginecológica do abdome agudo é representada por manifestações semelhantes, destacando dor abdominal, de intensidade variável, podendo estar associada a condições clínicas locais e gerais, oriundas de irritação peritoneal. Relato de caso: Paciente de 17 anos, deu entrada com queixa de dor abdominal intensa, e vômitos. Puérpera, parto normal há 30 dias, informou que 10 dias após o parto, procurou o pronto atendimento por iniciar o quadro de dor abdominal, permanecendo internada por cinco dias, utilizando analgésicos e antibioticoterapia. Dois dias após receber alta, os sintomas persistiram, sendo encaminhada. Nos antecedentes pessoais, nega qualquer patologia. Ao exame físico, encontrava-se em regular estado geral, desidratada, hipocorada, afebril, PA: 130x90mmgh, frequência cardíaca de 123 batimentos por minuto. Em trato gastrointestinal, dor difusa e intensa a palpação superficial, maior em epigástrio, região periumbilical e fossa ilíaca direita. Pela presença deste quadro e a associação com êmese intensa, foi introduzido sonda nasogástrica, revelando estase volumosa. Estava utilizando analgesia, antieméticos e hidratação, mas sem melhora com o tratamento. Exames solicitados: HB: 11,50; HT: 35,20%; HM: 4,71milhões leucócitos: 7.350. Raio X sem alterações. Ao exame ultrassonográfico endovaginal não havia alterações. A tomografia abdominal revelou sinais de distensão de delgado significativa, com presença de líquido no interior das alças e fezes em ampola retal. Com o diagnóstico de abdome agudo, foi submetida à laparotomia exploradora. A abertura da cavidade abdominal revelou presença de moderada quantidade de líquido ascético, citrino, sem sinais de pus, ou infecção. O intestino delgado encontrava-se distendido. Presença de múltiplas aderências intestinais em região de delgado, ceco e pelve. O procedimento cirúrgico consistiu na realização de liberações de múltiplas aderências. No pós operatório foi iniciada antibioticoterapia com Claritomicina, Ceftriaxone e Metronidazol. Após alta hospitalar, evoluiu com boa recuperação do trato gastrointestinal. Conclusão: A emergência cirúrgica abdominal é particularmente perigosa durante o puerpério. O paciente pode esperar dor abdominal considerável e por isso não relatar sua queixa ao médico. Portanto, há uma importância de se reconhecer desvios de um puerpério normal.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2992

TÍTULO DO TRABALHO: ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO POR APENDICITE AGUDA FASE IV: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOSÉ RIOS DE LIMA JÚNIOR; PATRÍCIA ALVES MANGUEIRA; KAROLLYNE CHRISTER SILVA ROCHA. ITPAC, ARAGUAÍNA - TO - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOA apendicite aguda é a causa mais frequente de abdome agudo inflamatório não traumático. Apresenta prevalência 7% da população. A maior incidência é observada na segunda e terceira décadas de vida e esta condição é relativamente rara nas faixas etárias extremas. Contudo, a perfuração é mais comum na infância e nos idosos, períodos durante os quais as taxas de mortalidade são mais altas. A obstrução do lúmen apendicular é causada mais comumente por um fecalito.RELATO DE CASOM.S.N. 72 anos, iniciou com quadro de dor abdominal em cólica, há 8 dias em região mesogástrica irradiada para dorso e região hipogástrica, progressiva, com parada de eliminação de flatos e fezes, associada a vômitos. Nega febre. Nega comorbidades, nega cirurgias prévias, nega alergia a medicamentos, nega etilismo. Ao exame físico: Lúcido, orientado, desidratado (+1/+4), anictérico, acianótico, afebril, hipocorado (+1/+4). Aparelho cardiopulmonar normais. Abdome: Distendido, sem cicatriz cirúrgica, ruídos hidroaéreos negativo, timpânico em quadrantes superiores, maciço em fossa ilíaca direita, doloroso difusamente a palpação profunda, sem irritação peritoneal. Toque retal: ausência de fezes em ampola retal, sem tumoração, próstata dolorosa e aumentada, ausência de sangue em dedo de luva. Rotina radiológica de abdome agudo revelando distensão difusa de alças intestinais, níveis hidroaéreos difusos e sinal da moeda. ECG e exames laboratoriais normais (leucócitos: 8.600). Conduta: Indicada laparotomia exploradora, com incisão infra e supraumbilical, dissecção por planos até adentrar a cavidade abdominal. Exploração da cavidade e identificação de bloqueio em fossa ilíaca direita que foi desfeito, saindo grande quantidade de secreção purulenta fétida. Apendicite fase IV. Ligadura do mesoapêndice. Secção do apêndice e fechamento de coto, sutura em bolsa. Limpeza da cavidade com soro fisiológico aquecido. Drenagem da cavidade. Síntese por planos. Paciente com boa evolução clínica no primeiro DPO em uso de ceftriaxona e metronidazol. Terceiro DPO apresentou evisceração em região de sutura. Foi realizada nova intervenção cirúrgica, com boa evolução e alta no décimo quinto dia de internação.CONCLUSÃOA apendicite aguda em pacientes idosos é uma apresentação rara, portanto de grande importância a exposição do caso a sociedade médica para que quadros semelhantes não sejam negligenciados, possibilitando que diagnósticos sejam realizados precocemente, a fim de reduzir as taxas de mortalidade.

CODIGO DO TRABALHO: 901

TÍTULO DO TRABALHO: Abdome agudo obstrutivo por cálculo biliar: relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CARLOS DIEGO RIBEIRO CENTELLAS; JOSE DE ALENCAR GONÇALVES DE MACEDO; LUCAS SILVA COUTO; LUCAS TOBIAS ALMEIDA QUEIROZ; CAMILA COUTO GOMES; MARCELA REZENDE SALLES; ANTONIO DE CARVALHO JUNIOR; RACHID GUIMARAES NAGEM. IPSEMG, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O íleo biliar é uma complicação incomum da colelitíase. É responsável por cerca de 1 a 4% dos quadros de obstrução intestinal mecânica. Decorrente de um processo inflamatório da vesícula biliar juntamente com efeito mecânico dos cálculos, há a formação de uma fístula colecistoentérica com migração e impactação de cálculos biliares na luz intestinal. Relato: Paciente do sexo feminino, 78 anos, procurou o Hospital Governador Israel Pinheiro BH/MG devido à epigastralgia há um mês associado à hiporexia e um episódio de hematêmese. Sabidamente portadora de colelitíase. Realizado ultrassonografia abdominal que identificou aerobilia e endoscopia digestiva alta que evidenciou abundante resíduo biliar. Evoluiu com distensão abdominal e vômitos incoercíveis, sendo submetida à tomografia abdominal que revelou obstrução mecânica de jejuno distal devido a cálculo biliar intraluminal. Serviço de cirurgia geral foi acionado e indicado laparotomia exploradora. Visto ponto de obstrução intestinal em jejuno, a cerca de 1,5 m da válvula íleocecal, de consistência endurecida. Vesícula biliar bloqueada, com aderências firmes. Prosseguiu-se com enterolitotomia de cálculo biliar de 5 cm e enterorrafia. Diante das condições clínicas da paciente e locais da vesícula, a colecistectomia não foi realizada neste momento. Conclusão: O íleo biliar acomete principalmente idosos, sendo mais comum em mulheres, tal como nossa paciente. Manifesta-se com sintomas de obstrução intestinal, precedidos por sintomas biliares. O diagnóstico é clínico, complementado por exames de imagem que podem mostrar obstrução intestinal, pneumobilia e cálculo biliar ectópico. O tratamento é cirúrgico, podendo-se optar por duas abordagens, a depender do quadro clínico do paciente e das condições inflamatórias da vesícula. Sendo a cirurgia em dois tempos, com a colecistectomia e correção da fístula posteriormente a mais utilizada. No caso relatado, houve um atraso no diagnóstico, visto que a clínica e os exames complementares já apontavam para possibilidade de íleo biliar, mostrando que a sua baixa prevalência acabam o afastando das hipóteses diagnósticas. Além disso, a impactação do cálculo ocorreu em local incomum, no jejuno. Bibliografia: Nuño-Guzmán CM et al. Gallstone ileus, clinical presentation, diagnostic and treatment approach. World J Gastrointest Surg 2016/ Mallipeddi MK et al. Gallstone ileus: revisiting surgical outcomes using National Surgical Quality Improvement Program data. JSR 2013.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2004

TÍTULO DO TRABALHO: ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO POR ENTERITE ACTÍNICA EM PACIENTE DE 34 ANOS COM CÂNCER DE ENDOMÉTRIO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JULIANA CARREIRO CARVALHO1; DÉBORA COELHO DUARTE2; FELIPE GUIMARAES DELGADO2; CAMILA FERNANDA BRINA2; OTÁVIO LIMA DE ARRUDA JÚNIOR3; EDILSON JORGE BORBA SOUSA JUNIOR3; JOÃO VICTOR PEREIRA GOMES2; JESSIKA RODRIGUES TAUHATA2. 1. INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS, IMPERATRIZ - TO - BRASIL; 2. ITPAC/FAHESA, ARAGUAÍNA - TO - BRASIL; 3. HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAÍNA, ARAGUAÍNA - TO - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O abdome agudo obstrutivo é uma das afecções mais importantes na prática médica. Caracteriza-se pelo impedimento de progressão do bolo fecal, seja por causa mecânica ou neurogênica, tendo em 75% as bridas como etiologia. Dentre as causas dessas, encontra-se a enterite actínica em paciente com história de radioterapia prévia em região abdominal. Este relato apresenta um paciente com câncer de endométrio tratado por radioterapia evoluindo com abdome agudo obstrutivo por brida. Relato: Paciente, feminino, 34 anos, deu entrada ao PS com dor abdominal em cólica, difusa, de inicio há +- 30 dias com piora nas últimas 24 horas. Relatava parada de eliminação de fezes há 06 dias, com persistência de eliminação de flatos. Paciente com histórico de neoplasia de endométrio há +/-1 ano e meio, feito quimioterapia e radioterapia, atualmente em acompanhamento ambulatorial. Ao exame apresentava-se REG, LOTE, eupneica, acianótica, anictérica, afebril, hidratada, hipocorada (2+/4+). AP: Murmúrio vesicular presente, sem ruídos adventícios. ACV :RCR 2T, bulhas normofonética, sem sopros. ABD: Distendido, ruídos hidroaéreos presentes, doloroso a palpação superficial e profunda difusamente. Realizado RRAA, evidenciando abdome agudo obstrutivo. A conduta terapêutica utilizada foi a laparotomia exploratória. Descrição cirúrgica: Paciente em DDH sob efeito de anestesia geral, realizado assepsia e antissepsia, colocação de campos estéreis, incisão mediana supra e infraumbilical, evidência de aderência em intestino delgado e presença de abcesso localizado em FIE e necrose de delgado e ceco. Tática cirúrgica: realizado lise de aderência, drenagem de abcesso em FIE, enterectomia segmentar de 80 cm há 2 metros do Ângulo de Treitz com fechamento do coto distal do íleo. Realizado revisão de anastomose e lavagem cavitária com 5000ml de solução fisiológica. Contagem de compressas. Realizado drenagem cavitária com dreno de penrose. Fechamento de cavidade por planos e curativo local. Conclusão: O presente relato aborda um caso típico de enterite actínica pós radioterapia, reafirmando a importância da coleta de dados da história clínica mesmo no atendimento de urgência para uma melhor abordagem e condução desses pacientes e reforça a necessidade de mais estudos na área da radioterapia oncológica para possível redução da morbimortalidade decorrente de complicações desse tratamento.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1368

TÍTULO DO TRABALHO: Abdome agudo obstrutivo por hernia interna pelo ligamento largo uterino; relato de caso.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARIANNA DA GAMA MACHADO1; JULIANO GRUBERT DE ARRUDA2; CAMILA PEREIRA DE OLIVEIRA2; RICARDO DE OLIVEIRA BOERI STAUT3. 1. SANTA CASA CAMPO GRANDE MS, CAMPO GRANDE - MS - BRASIL; 2. SANTA CASA DE CAMPO GRANDE, CAMPO GRANDE - MS - BRASIL; 3. HOSPITAL SANTA CASA DE CAMPO GRANDE, CAMPO GRANDE - MS - BRASIL.

RESUMO:
As hernias internas sao patologias raras e ocorrem quando ha uma protrusao de uma viscera movel intra-abdominal atraves de algum orifcio adquirido ou congenito no peritonio ou mesenterio. Aproximadamente 6% dos casos de obstrucao intestinal sao provocadas por hernias. O ligamento largo uterino consiste em um prolongamento do peritoneo ligando a trompa de falopio, ovario e utero a parede pelvica. Herniacao de visceras abdominais atraves de defeito desta estrutura sao raros e correspondem aproximadamente 4% de todas as hernias internas.Relato de caso de paciente de 52 anos, sexo feminino, com quadro de dor abdominal aguda inicialmente em epigastrio, com migracao para hipogastrio, e evoluindo sintomas obstrutivos intestinais durante periodo de observacao medica no pronto-socorro. Realizado Ultrassonografia de abdome o qual evidenciou imagem sugestiva de salpingite a esquerda, com liquido livre abdominal. Tomografia computadorizada de abdome evidencia distensao de alcas intestinais de delgado, com possivel obstrucao em alca fechada na pelve. Paciente submetida a laparotomia exploradora sendo feito diagnostico de hernia interna de segmento de intestino delgado atraves de orificio no ligamento largo uterino a esquerda no intra-operatorio. Segmento intestinal herniado apresentava com sofrimento isquemico e foi ressecado com anastomose primaria. Realizado salpingoooforectomia esquerda devido a sinais de sofrimento dos anexos. Paciente evoluiu bem no pos-operatorio, recebendo alta hospitalar no quarto dia de pos-operatorio.A hernia interna atraves do ligamento largo uterino é patologia rara e pode mimetizar varias afeccoes pelvicas, como torcao ovariana, salpingite, ate mesmo apendicite aguda. Portanto, torna-se importante conhecer sua existencia e constituir tal patologia como diagnostico diferencial no caso de dor abdominal na urgencia medica.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 624

TÍTULO DO TRABALHO: Abdome Agudo obstrutivo pós-apendicectomia: Relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JULIANA CARREIRO CARVALHO; TÁSSYLLA CAROLINE FERREIRA PEREIRA; RONE ANTONIO ALVES ABREU. INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS, ARAGUAINA - TO - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Aderências intestinais ou bridas são membranas ou autênticos cordões de tecido fibroso que ligam vários órgãos intra-abdominais que normalmente não têm pontos fixos entre si lideram as causas de obstrução intestinal. São responsáveis por mais de 40% de todos os casos de obstrução intestinal e de 60 ? 70% do intestino delgado. Surgem em diversas situações como, por exemplo, após procedimentos cirúrgicos. RELATO DE CASO: Masculino, 26 anos, procedente de Araguaína-TO, HIV positivo, deu entrada no Hospital Regional de Araguaína no seu 11º dia pós-operatório (DPO) de apendicectomia com quadro clinico de dor abdominal difusa, em cólica, parada de eliminação de flatos e fezes há cerca de 5 dias. Apresentava náuseas e vômitos biliosos em grande quantidade, associado a astenia e inapetência intensa. Exame Físico: LOTE, BEG, desidratado (+++/4+), emagrecido, hipocorado (++/4+), abdome globoso, distendido, timpânico, doloroso a palpação difusamente, sem sinais de irritação peritoneal, RHA +, cicatriz cirúrgica de McBurney, lesão vegetantes em região perianal, ausência de fezes ao toque retal. Restante do exame físico sem alterações. Exames laboratoriais: hemograma evidenciando hemoglobina (8,1) e hematócrito (24,5), VCM (78,8), sem leucocitose. Foi submetido à rotina radiológica de abdome agudo, onde evidenciou-se a radiografia, sinal do empilhamento de moedas, múltiplos níveis líquidos, distensão de alças intestinais de delgado. Foi submetido ainda à tomografia computadorizada de abdome total com contraste evidenciando obstrução e dilatação de alça colônica, com sofrimento isquêmico local. Foi realizado, então, laparotomia exploratória e lise de aderências abdominais com enterectomia de íleo e ileostomia terminal. No 1º DPO, paciente LOTE, BEG, estável hemodinâmicamente, sem queixas, com apenas um episódio de vômito. No 2º DPO, paciente LOTE, BEG, sem queixas, náuseas e vômitos ausentes. No 3º DPO, paciente sem queixas ou intercorrências. Paciente evoluiu bem, teve alta hospitalar com retorno ambulatorial. CONCLUSÃO: É perceptível então que a brida é uma patologia frequente, que merece o devido acompanhamento e tratamento correto por parte dos profissionais de saúde, além da técnica cirúrgica adequada para sua resolução. É extremamente importante seu diagnóstico imediato, evitando assim, menores complicações.

CODIGO DO TRABALHO: 2309

TÍTULO DO TRABALHO: ABDOME AGUDO PERFURATIVO EM IDOSA DEVIDO A ESPINHA DE PEIXE: EXÉRESE VIDEOLAPAROSCÓPICA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: THAÍS BARROSO VIEIRA COSTA1; TIAGO BARROSO VIEIRA COSTA2; HERMANO FREIRE BONFIM3; BÁRBARA PONTES AIRES2; CARLOS MAGNO QUEIROZ DA CUNHA1; NESTOR DOS SANTOS VIEIRA COSTA NETO4; FRANCISCO JULIMAR C. DE MENEZES1. 1. UNIVERSIDADE DE FORTALEZA, FORTALEZA - CE - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ, FORTALEZA - CE - BRASIL; 3. CENTRO UNIVERSITÁRIO CHRISTUS, FORTALEZA - CE - BRASIL; 4. HOSPITAL GÊNESIS, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A ingestão de corpos estranhos (CE) é um evento comum. Em cerca de 80% dos casos, os CE passam pelo trato gastrointestinal (TGI) sem causar danos. Complicações possíveis relacionadas à retenção desses objetos são hemorragias, obstruções, fístulas e perfurações. Estas, por sua vez, são menos de 1% dos casos. As espinhas de peixe estão entre os objetos mais comuns a serem ingeridos como CE, mas a perfuração do TGI nessa situação é rara. Relatamos a seguir um caso de perfuração gástrica por espinha de peixe.Relato de Caso: Mulher, 80 anos, deu entrada na emergência com quadro de dor epigástrica, dispepsia e náuseas há 3 semanas, associada a mal estar e adinamia há 4 dias e febre há 1 dia. Portadora de diabetes e dislipidemia. Na admissão, apresentava-se taquicárdica, com abdome tenso, doloroso à palpação, com dor difusa à descompressão súbita e ruídos hidroaéreos ausentes. Apresentava leucocitose (12.830), VHS e PCR elevados. Foi realizada tomografia computadorizada (TC) evidenciando imagem linear com extremidades no estômago e no lobo hepático direito, podendo corresponder a corpo estranho. A endoscopia digestiva alta (EDA) evidenciou lesão de aspecto submucoso inflamatório em antro. Foi submetida à laparoscopia, sendo realizados drenagem de pus e remoção da espinha de peixe. Paciente evoluiu sem complicações, com remissão dos sintomas e alta hospitalar no 3° dia de pós-operatório (PO), não havendo recorrência de dor abdominal ou necessidade de internação.Conclusão: Complicações de CE ingeridos, apesar de raras, devem ser cogitadas em quadros de abdome agudo em que a etiologia não está clara. O exame clínico e os resultados do exames laboratoriais, apesar de pouco específicos, ajudam na propedêutica desses pacientes, como leucocitose e elevação de marcadores inflamatórios. Vale ressaltar que a ingestão de CE (principalmente espinha de peixe ou outros alimentos) pode não estar clara em grande parte dos casos e exames como a radiografia não demonstram esse tipo de objeto. A TC, método de escolha no caso, foi útil ao demonstrar a topografia da lesão e indicar a possível etiologia. Quanto à terapêutica, optou-se pela realização de EDA para maior elucidação diagnóstica e possível resolução. Porém, visto que esta abordagem não foi bem sucedida, recorreu-se à cirurgia. O método laparoscópico foi preferido por possibilitar menor trauma tecidual, menor morbidade e pós operatório mais curto. Os resultados alcançados nessa abordagem foram satisfatórios.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1384

TÍTULO DO TRABALHO: ABDOME AGUDO PERFURATIVO POR INGESTÃO DE PALITO DE DENTE: RELATO DE CASO.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: HENRIQUE VALERIO DE MESQUITA; HERMANO AUGUSTO DE MEDEIROS JÚNIOR; LEANDRO DE SOUZA LEHFELD; TATIANA PASCHOALATO; GUSTAVO DA SILVEIRA TRINDADE; MURILO RODRIGUES DO CARMO; MURILO BARCELOS DE SOUZA; CIRO EDUARDO FALCONE; BRUNO FERNANDO BINOTTO. HOSPITAL RENASCENÇA CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO:A maioria dos casos de ingestão de corpo estranho que chegam ao estômago, o objeto passa livremente pelo trato gastrointestinal, porém objetos pontiagudos e alongados, como o palito de dente, apresentam maior chance de perfuração, o que ocorre em até 1% dos casos.A apresentação clínica é variada e muitas vezes representa um desafio diagnóstico, pois os pacientes geralmente não referem a ingestão de um corpo estranho.Este relato tem como objetivo apresentar caso de abdome agudo perfurativo por ingestão acidental de corpo estranho, com perfuração de intestino delgado por palito de dente.RELATO DE CASO:Paciente masculino, 41 anos, portador de deficit cognitivo, deu entrada no pronto socorro com quadro de dor abdominal principalmente em região de mesogastrio, de início há 2 meses, acompanhado de febre intermitente e alterações do hábito intestinal. Ao exame físico de entrada apresentava-se em bom estado geral, estável hemodinamicamente com abdome pouco doloroso difusamente, principalmente em região periumbilical, com presença de plastrão palpável, sem sinais de irritação peritoneal.Tomografia de abdome evidenciou espessamento das paredes da alça de delgado, densificação da gordura mesentérica e gás na cavidade peritoneal limitado ao ponto de perfuração de alça, sendo indicada laparotomia exploradora. Durante a cirurgia evidenciada pouca quantidade de líquido seroso na cavidade abdominal, presença de perfuração puntiforme em parede de jejuno, bloqueada, não sendo possível visualização do lumen da alça, sendo evidenciado na palpação corpo estranho intra-jejunal. Retirado palito de dente de 4 cm, sendo realizada sutura de delgado. Introduzida dieta após 48 horas da cirurgia, com boa aceitação. Evoluindo sem intercorrências, recebendo alta hospitalar no quinto dia pós-operatório.CONCLUSÃO:Apesar da baixa incidência de perfuração intestinal por ingestão de palito de dente, esses objetos devem ser considerados potencialmente perigosos, por suas características de serem pontiagudos e alongados.A tomografia permite detectar corpos estranhos, localizar a perfuração e orientar o tratamento. Os achados que sugerem perfuração são espessamento das paredes de um segmento intestinal, edema da gordura mesentérica e, menos frequentemente, gás na cavidade peritoneal, muitas vezes limitado ao ponto da perfuração.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1360

TÍTULO DO TRABALHO: ABDOME AGUDO POR TORÇÃO OVARIANA DIREITA ASSOCIADA A TERATOMA MADURO OVARIANO BILATERAL EM GESTANTE ? RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANA LARISSA BRASIL MESQUITA1; BRENDA FABIOLA DELGADO TABOADA2; EDUARDO LOUZADA PURCELLI1; RAFAELA SPERANDIO FARIA1; ANA PAULA LANGER MULLER1; FELIPE DEPOLI MALANQUINI1. 1. HOSPITAL IPIRANGA - UGA II, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL IPIRANGA - UGA II, SÃO PAULO - PERU.

RESUMO:
INTRODUÇÃO:Os teratomas correspondem a 10-20% dos tumores ovarianos. Os císticos maduros, mais comuns, são benignos e geralmente assintomáticos, porém podem cursar com torção ovariana. O tratamento é cirúrgico, idealmente com preservação de tecido gonadal em mulheres férteis. O diagnostico da torção ovariana é difícil e geralmente tardio, necessitando remoção do anexo.Assim, é necessário sua suspeita no diagnóstico de pacientes com abdome agudo, principalmente na presença de massa anexial.RELATO DO CASO:Paciente feminina, 30 anos, sem co-morbidade, gestante (IG=10s1d, G2P1cA0), admitida no PS por dor abdominal em baixo ventre há 1 dia, associada a hiporexia e náuseas/vômitos. À admissão apresentava abdome gravídico com AU=15cm e DB + à palpação em FID, afebril, exame vaginal sem alterações e BCF fetal inaudível. Exames apontaram leucocitose (17.600 s/ desvio), BHCG + e USG de abdome/obstétrico com imagem tubiliforme em FID com 4,9cm de comprimento, espessada, associada a liquido livre local, sugestiva de apendicite, além de massas anexiais bilaterais de 331cm³ à direita e 989cm³ à esquerda e feto vivo em cavidade uterina com IG=10s5d pela biometria. Indicada laparotomia exploradora. Achados intraoperatórios: lesão tumoral ovariana cístico-hemorrágica de 15x8x7cm em anexo direito, causando torção e isquemia do mesmo; moderada quantidade de líquido hemático em pelve; apêndice cecal sem sinais flogísticos; útero de volume aumentado e aspecto normal; anexo esquerdo com lesão cística endurada volumosa, sem sinais de inflamação/hemorragia/torção. Realizada anexectomia direita e apendicectomia tática. Anatomia patológica diagnosticou teratoma cístico maduro em ovário direito, congestão de tuba uterina e hiperplasia linfoide reacional de apêndice cecal. A paciente evolui satisfatoriamente com alta no 3°PO e seguimento ambulatorial pré-natal com programação de intervenção no teratoma ovariano esquerdo após término gestacional.CONCLUSÃO: Trata-se de um caso de torção ovariana devido a teratoma ovariano maduro, diagnóstico diferencial de demais causas de abdome agudo, com indicação de cirurgia de urgência. O tratamento conservador da torção anexial é seguro para preservar a função ovariana. Contudo, no caso, devido à isquemia anexial e a presença de teratomas, foi optada pela anexectomia direita, apendicectomia tática e preservação total anexial esquerda para evitar intercorrências gestacionais, sendo indicada a exérese do teratoma esquerdo após o término da gestação.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1269

TÍTULO DO TRABALHO: ABDOME AGUDO VASCULAR POR TROMBOSE INTESTINAL

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DAVID SUCUPIRA CRISTINO; CAMILA PACHECO E SOUZA DA SILVA; CAYETANO MESTRES MERCADER NETO; CASSIANA PESSOA KOTZIAS; MAURICIO ANDRADE AZEVEDO. COMPLEXO HOSPITALAR DO MANDAQUI, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
A isquemia mesentérica é causada por fluxo sanguíneo insuficiente para suprir as necessidades de vísceras abdominais, sendo a severidade e o território intestinal isquemiado dependentes dos vasos afetados e da extensão da oclusão dos vasos acometidos. A obstrução arterial é a causa mais comum de isquemia mesentérica (60-85%) sendo a aterosclerose a principal causa, entretanto a trombose venosa mesentérica, ocorre em cerca de 5-15% dos casos, podendo estar relacionado a trombofilias, traumas ou inflamação. Casos cirúrgicos são reservados para pacientes em estado crítico e com quadro clínico deteriorativo. Relatamos um caso de uma paciente de 43 anos, em uso recente de anticoncepcional oral, que deu entrada no pronto-socorro do Hospital do Mandaqui com quadro de choque hipovolêmico, instabilidade hemodinâmica e queixas de dor abdominal progressiva, associado a enterorragia. Após estabilização hemodinâmica a paciente foi submetida a AngioTomografia na qual foi evidenciado uma lesão trombótica no sistema porto-mesentérico. Foi submetida a laparotomia exploradora, com achados de liquido livre e isquemia de intestino delgado acometendo apartir de 30 cm do ângulo de Treitz até 120 cm da válvula íleo cecal, sendo realizada enterectomia deste segmento e anastomose com sutura mecânica. Paciente foi mantida em peritoniostomia, em unidade de terapia intensiva. Reabordada em 4 dias, tendo evidenciado mais 40 cm de processo isquêmico e realizado nova enterectomia, sendo mantida em peritoneostomia para nova reavaliação cirúrgica. A mesma foi realizada após 4 dias sem evidencias de novos processos isquêmicos, sendo então optado pelo fechamento da parede abdominal. Durante toda a internação, a paciente teve acompanhamento multidisciplinar de equipe médica, enfermagem, nutrição, fisioterapia, sem maiores complicações, evoluindo estável até a alta no 20o PO, em uso de warfarin. Hoje apresenta-se em acompanhamento ambulatorial, ainda em uso de anticoagulante oral e com ganho de peso considerável. Concluímos que a isquemia mesentérica é uma patologia que merece um diagnóstico precoce, sendo necessário um acompanhamento multidiscilpinar diário, pois até a resolução do processo tromboembólico o paciente pode ser submetido a mais de um procedimento cirúrgico. Apesar de raras, as ressecções intestinais podem ter consequências como a síndrome do intestino curto e má absorção de nutrientes, levando à uma grande morbi mortalidade pós operatórias.

CODIGO DO TRABALHO: 2356

TÍTULO DO TRABALHO: Abdômen agudo obstrutivo devido à hematoma de parede jejunal

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GUILHERME MARTINELLI VIEIRA1; GABRIEL AUGUSTO GEROMEL2; RICARDO ALESSANDRO TEIXEIRA GONSAGA2; HUGO CONTATORE FRACASSO3; MATHEUS VICENTE MAYORQUIM1. 1. FACULDADES INTEGRADAS PADRE ALBINO, CATANDUVA - SP - BRASIL; 2. FACULDADE INTEGRADAS PADRE ALBINO, CATANDUVA - SP - BRASIL; 3. FACULDADES INTEGRADAS PADRE ALBINO, CATADUVA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Masculino, 63 anos, tabagista, sem outras comorbidades prévias, em uso de varfarina há um mês devido a TVP em membro inferior esquerdo. Deu entrada no PS com quadro de dor abdominal em região epigástrica, distensão abdominal e vômitos de início há um dia. Apresentava um hemograma com 16200 leucocitos e 5 bastões, amilase de 45, INR> 120 (incoagulável). Realizado TC de abdômen total com contraste na qual foi visualizado: espessamento parietal segmentar do jejuno com obliteração de planos gordurosos adjacentes e realce heterogêneo por meio de contraste endovenoso e engurgitamento de ?vasa recta? . Realizado Plasma fresco congelado para adequação do INR e submetido a laparotomia exploratória com achado cirúrgico de presença de 100 mL de sangue livre na cavidade abdominal, hematoma significativo em parede de jejuno (a 20 cm do ângulo de Treitz) com comprometimento de 60 cm de intestino delgado (sendo este inviável), hematoma em mesentério não expansivo. Durante a cirurgia foi realizado a enterectomia segmentar (sendo retirado o segmento inviável) com anastomose primária com sutura mecânica. Paciente teve alta no quinto dia pós-operatório, em uso de rivaroxabana e acompanhamento ambulatorial.

CODIGO DO TRABALHO: 1633

TÍTULO DO TRABALHO: Abordagem cirúrgica de hérnia inguinal estrangulada

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: HELOIZA ARRAIS BANDEIRA TAVARES LEITE1; RODRIGO KOUZAK MAYER2; GABRIEL BROM ANDRADE2; VINICIUS ALVES FONSECA2; JENIFFER EVANGELISTA DE OLIVEIRA2; ALBITON DA SILVA BORGES2; MAISA HELENA DE ABREU SILVA SANTOS2; KATHARINNE INACIO VAZ LAURIANO2. 1. HRG, BRASÍLIA - DF - BRASIL; 2. HRG, BRASILIA - DF - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOConceitualmente, segundo FRANKLIN et al. hérnia é a protrusão de um órgão ou parte dele através de um orifício natural patológico ou constituído, podendo também ocorrer devido enfraquecimento de parede.Em um cenário onde 10 % das hérnias inguinais irão encarcerar devemos nos atentar que as mesmas poderão evoluir ao estrangulamento subitamente. Caso o encarceramento exceda 12 horas, em geral, necessitará de intervenção cirúrgica imediata devido aos riscos de lesão vascular do intestino, podendo levar à perfuração e à peritonite. Segundo TANAKA et al., a cirurgia realizada até 12 horas do início dos sintomas é um fator prognóstico muito importante em doentes com hérnias encarceradas. O diagnóstico e o tratamento precoce são, portanto, necessários em tais pacientes.RELATO DO CASOPaciente do gênero masculino, 62 anos, sabidamente portador de hérnia inguinal foi transferido para o HRG devido quadro súbito de encarceramento há mais de 8 horas. Apresentava-se agitado, referindo parada de eliminação de flatos e fezes, com intensa dor e um abaulamento inguinoescrotal com cerca de 17 cm de largura irredutível com sinais de sofrimento vascular.Foi submetido à hernioplastia e laparotomia exploradora de urgência, onde foi evidenciado a presença de alças intestinais desvitalizadas (60cm de extensão) e isquemia de meso há 20cm da válvula ileocecal. Sendo necessário, após pesquisa cautelosa do limite viável/inviável, a enterectomia e anastomose primária. Segundo da correção da hérnia inguinal direita com técnica de Liechtenstein.A recuperação pós-operatória foi satisfatória, havendo apenas quadro diarreico autolimitado após reintrodução da alimentação. CONCLUSÃOO objetivo do presente trabalho é estudar a possíveis condutas e medidas terapêuticas a cerca da hérnia encarceirada e estrangulada. Haja vista que se trata de condições

CODIGO DO TRABALHO: 497

TÍTULO DO TRABALHO: ABORDAGEM CIRÚRGICA PRECOCE EM RUPTURAS DE CORDAS TENDÍNEAS PÓS ENDOCARDITE INFECCIOSA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: THALITA JUAREZ GOMES; KARINA GALLI CARDOSO MELLO; ANY CAROLINE ALJONAS PIVA; FLÁVIO MESQUITA SAMPAIO GIOVANNINI; MARCELO GUIMARÃES MIRANDA. UNOESTE, PRESIDENTE PRUDENTE - SP - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Descrever achados clínicos, etiológicos, diagnósticos e terapêuticos da endocardite infecciosa encontrados na literatura e correlacioná-los com os achados de um caso de ruptura de cordas tendíneas pós endocardite infecciosa com necessidade de abordagem cirúrgica precoce. Método: Estudo de relato de caso, qualitativo, observacional, descritivo, baseado na revisão do prontuário de um paciente atendido em hospital de alta complexidade do interior do Estado de São Paulo, levando em consideração os preceitos bioéticos de sigilo profissional, analisado por meio de 13 artigos científicos indexados em bases eletrônicas entre 1995 e 2013. Resultados: Paciente de 29 anos, do sexo masculino, usuário de drogas ilícitas injetáveis, deu entrada na emergência em estado grave, com rebaixamento do nível de consciência e intubação orotraqueal, em presença de hemoptise e insuficiência respiratória aguda. Após abordagem inicial foi feito o diagnóstico de ruptura de cordas tendíneas em válvula mitral. O paciente foi classificado com dois critérios maiores de Dukes, tendo o diagnóstico etiológico da doença valvar de endocardite infecciosa. Devido as condições de instabilidade foi indicado o procedimento cirúrgico para correção da lesão e colocação de prótese valvar. O tratamento antibiótico foi efetivo para a endocardite enquanto que o pós-cirúrgico evoluiu sem intercorrências. Conclusões: A análise do relato de caso permitiu inferir sobre a patogenia da moléstia, assim como realizar uma atualização quanto à sistematização do diagnóstico essencial à antibioticoterapia que pode não ser suficiente e evoluir para tratamento cirúrgico, melhorando o prognóstico do paciente.

CODIGO DO TRABALHO: 2601

TÍTULO DO TRABALHO: ABORDAGEM VIDEOLAPAROSCOPICA DE ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO: UM RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: VICTOR HUGO OLIVEIRA PONCIANO1; LUCAS VIANA FAISANO2; REINALDO NEVES JUNIOR1; LEANDRO CAMPOS DONA1; WELLINGTON JOSE DOS SANTOS1; MATEUS QUARESMA MENDONÇA1. 1. HUGOL, GOIANIA - GO - BRASIL; 2. HUGOL, GOIÂNIA - GO - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO:Abdome agudo obstrutivo consiste em uma condição clínica que tem como principal sintomatologia a dor abdominal aguda em cólica, associada à distensão abdominal, náusea e vômitos, diarreia paradoxal e parada da eliminação de flatos e fezes, podendo ainda evoluir com desidratação, distúrbios hidreletrolíticos, peritonite fecal, comprometimento hemodinâmico, sepse de foco abdominal e óbito.Dados americanos sugerem que cerca de 15% de todas as admissões em emergências por dor abdominal são causadas pela síndrome obstrutiva.Pode ser didaticamente classificada de algumas formas como: mecânica ou funcional; obstrução alta (delgado) ou baixa (cólon); obstrução parcial(suboclusão) ou completa; simples ou complicada.RELATO DE CASO:V.V., masculino, 61 anos, hipertenso, renal crônico não dialitico, admitido com queixa de dor e distensão abdominal associado à vômitos biliares, oliguria e parada da eliminação de flatos e fezes, há aproximadamente 7 dias. Colecistectomia e cistostomia prévia há 6 anos. TC de abdome evidenciando: ?moderada dilatação de alças intestinais delgadas por conteúdo líquido, formando níveis hidroaéreos?. Inicialmente elucidado o diagnostico de abdome agudo obstrutivo, descartado causas metabólicas, foi submetido ao tratamento clínico por 36h, sem melhora do quadro, evoluiu com vômitos fecaloides, sondagem nasogástrica com debito maior que 1,6L/24h, piora progressiva da função renal com necessidade dialítica (ureia: 218, cr: 4,9), anuria e confusão mental. Optado devido descompensação clínica por abordagem cirúrgica da forma menos invasiva possível.Realizado abordagem videolaparoscópica para lise de bridas, com evidencia intraoperatória de ponto de aderência firme entre alças do intestino delgado e parede abdominal em topografia de hipocôndrio direito (colecistectomia prévia), realizado lise das aderências e inventário da cavidade via laparoscópica, sem outros achadosPaciente evoluiu satisfatoriamente, tendo eliminação de flatos já no 2º PO, fezes em grande quantidade no 3º PO com alívio completo dos sintomas e alta cirurgica no 5º PO, obteve melhora da função renal no 15º POCONCLUSÃO:A síndrome de obstrução abdominal pode vir acompanhada de comorbidades ou descompensações metabólicas que prejudicam o tratamento tanto clínico quanto cirúrgico, portanto a escolha do tratamento cirúrgico deve ser a menos invasiva possível (videolaparoscopia), visto a diminuição drastica da morbimortalidade pós operatória, e o tempo de internação hospitalar

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1006

TÍTULO DO TRABALHO: ABSCESSO ESPLÊNICO COMO COMPLICAÇÃO DE APENDICECTOMIA: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ROBSON DAVID DE ARAÚJO LIAL1; LUCAS ALCOBAÇA GOMES MACHADO2; WELLIGTON RIBEIRO FIGUEIREDO3; DIEGO COIMBRA ALENCAR1; GUILHERME MEIRELES FERREIRA3; HELDER DE MELO SÉRVIO4; GERMANO DE SOUSA LEÃO4; DJALMA RIBEIRO COSTA5. 1. FACULDADE INTEGRAL DIFERENCIAL, TERESINA - PI - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ, TERESINA - PI - BRASIL; 3. HOSPITAL GETÚLIO VARGAS, TERESINA - PI - BRASIL; 4. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ, TERESINA - PI - BRASIL; 5. HOSPITAL INFANTIL LUCÍDIO PORTELA, TERESINA - PI - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O abscesso esplênico é uma particularidade clínica atípica que resulta através de uma disseminação hematogênica relacionada a uma patologia de base. Normalmente a terapêutica se baseia em extração cirúrgica do segmento orgânico (baço). A morbimortalidade é elevada mesmo com o tratamento médico precoce. RELATO DE CASO: Homem, 32 anos, admitido no Hospital de Urgências de Teresina em setembro/2016 referindo dor abdominal, febre e calafrios. Um mês antes do quadro referia cirurgia devido a uma apendicite supurativa com alta hospitalar no 2° dia de pós operatório sem intercorrências. Sem outros comemorativos associados ao quadro clínico. A tomografia computadorizada (TC) abdominal revelou aumento representativo de baço juntamente com áreas de densidades diferentes no referido órgão e derrame pleural bilateral. Os exames laboratoriais ? hemograma, velocidade de hemossedimentação (VHS), proteína C reativa (PCR), gasometria arterial com lactato, uréia e creatinina ? evidenciaram leucocitose com desvio à esquerda, aumento de VHS e PCR, acidose metabólica com aumento do lactato e aumento de excretas nitrogenadas. Após isso foi sucedida internação hospitalar com diagnóstico de sepse em foco abdominal (abscesso esplênico) acrescida de tratamento clínico intensivo em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) com antibioticoterapia de largo espectro. Sete dias após desestabilização clínica optou-se por laparotomia de urgência com consequente esplenectomia e lavagem da cavidade abdominal. Três dias após procedimento cirúrgico paciente evoluiu com insuficiência renal aguda pré-renal, hipocalemia, elevação de excretas nitrogenadas, aumento do lactato e piora da leucocitose com desvio à esquerda. No dia posterior o mesmo foi a óbito. CONCLUSÃO: Mesmo com diagnóstico e tratamento rápidos, o abscesso esplênico continua a apresentar mortalidade.Bibliografia:BON, Thiago de Paula et al . Comparativo entre pacientes com diagnóstico de apendicite aguda atendidos em unidades de pronto atendimento e hospital de emergência. Rev. Col. Bras. Cir., Rio de Janeiro , v. 41, n. 5, p. 341-344, Oct. 2014 . Available from . access on 12 Feb. 2017. http://dx.doi.org/10.1590/0100-69912014005008.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1312

TÍTULO DO TRABALHO: Abscesso esplênico em paciente com pielonefrite aguda: relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BRUNO AMANTINI MESSIAS1; FERNANDA BOARIN PACE2; LEDA BARUQUE DIOGO2; POLLYANA ARDAVICIUS E SILVA3; LEONARDO MARQUES SILVEIRA3; CAROLINA NOGUEIRA FERRAZ TREMONTE3; VITORIA CASTRO MARCOS3; PAULA DE JULIO MATHEUS1. 1. HOSPITAL GERAL DE CARAPICUIBA, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 3. HOSPITAL GERAL DE CARAPICUIBA, CARAPICUIBA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O abscesso esplênico é uma patologia incomum, com incidência entre 0,14% a 0,7%, tendo como fatores de risco: neoplasia, imunodeficiência, trauma, infecção, infarto esplênico e diabetes. Os microrganismos mais associados são as bactérias aeróbias, principalmente Streptococcus sp e Echerichia coli, sendo esta última relacionada a história de infecção urinária ou de complicação de câncer de colón. Os principais sintomas são febre e dor no quadrante superior esquerdo com ou sem esplenomegalia. O diagnóstico comumente é tardio devido sua clínica ser inespecífica. O tratamento mais indicado é a esplenectomia associado ou não a antibioticoterapia, mas a drenagem percutânea quando possível é factível em alguns casos. Relato do Caso: Paciente de 17 anos, feminina, previamente hígida, procurou o serviço com dor em região dorsal bilateral, cefaleia e febre. Referia tratamento prévio para infecção urinária há 6 meses. Foi internada com diagnóstico de sepse de provável foco urinário. A conduta inicial foi antibioticoterapia. No 2º dia de internação a paciente evoluiu sem melhora do quadro inicial. No exame físico apresentava Giordano positivo a esquerda e dor à palpação abdominal profunda. A ultrassonografia de rins e vias urinárias constatou dilatação pielocalcinal à esquerda sugerindo pielonefrite aguda. Sem melhora da dor foi submetida a tomografia de abdômen e pelve que revelou rim de tamanho aumentado com provável cálculo à esquerda e presença de imagem hipodensa em polo superior do baço sugestivo de abscesso, hematoma ou cisto. Com dor presistente realizou-se uma nova tomografia de abdome que revelou o crescimento da lesão esplênica. Equipe optou por indicar esplenectomia e realização de fragmentação esplênica associada a fixação desses fragmentos no grande omento (auto transplante esplênico). Paciente evoluiu com melhora clínica e alta hospitalar no 3º dia de pós-operatório. No 21º dia pós-operatório a paciente retorna ao ambulatório com a vacinação em dia contra germes encapsulados e sem qualquer alteração do estado geral. Conclusão: A infecção urinaria é uma patologia que pode ter como complicação o abscesso esplênico, sendo que o diagnostico geralmente é feito por exame de imagem devido a sua clinica inespecífica. De acordo com a literatura ainda não há um consenso sobre o tratamento mais adequado, porém a esplenectomia mostra-se como a melhor opção atual. A evolução clínica do caso apresentado corrobora com essa perspectiva.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2302

TÍTULO DO TRABALHO: ABSCESSO ESPLÊNICO: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DANIEL DE MORAIS TAVARES1; FERNANDA NEIVA RIBEIRO2; VALTER FABRICIO FERREIRA DARI2; DYEGO DOS SANTOS QUEIROZ2; LUANA ARRUDA2; HUGO SAMARTINE JUNIOR2; LUCIANO CRUANES GULLO2; BRUNO DE OLIVEIRA ARAUJO SOUSA2. 1. PUC-SP, SOROCABA - SP - BRASIL; 2. COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI, CAMPINAS - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O abscesso esplênico, apesar de doença pouco frequente, teve nos últimos anos sua incidência aumentada. Tal fato pode ser creditado ao maior acesso a exames de imagem, permitindo diagnóstico adequado, além de um maior número de pacientes com algum grau de imunossupressão, importante fator de risco para seu desenvolvimento. Sua sintomatologia pode apresentar-se como um abdome agudo e seu diagnóstico permanece um desafio, sendo na maioria das vezes elucidado através de exames de imagem ou no próprio intraoperatório. O tratamento padrão ainda consiste na esplenectomia, porém apresenta risco de sepse grave por germes encapsulados, reduzido através da vacinação. Caso tratada adequadamente em tempo hábil possui um bom prognøestico. RELATO DO CASO: Paciente ACSL, 34 anos, sexo feminino, profissão autônoma, escolaridade 1º grau incompleto, tabagista e etilista social. Procurou unidade de pronto atendimento do Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi, Campinas ? SP, em agosto de 2014. Apresentava dor abdominal, mialgia, astenia, náuseas e febre de 38º e exames laboratoriais evidenciando pancitopenia (Anemia discreta Hb: 10,8; Plaquetopenia de 76.000 e Leucipenia de 3.300 com desvio para esquerda). Radiografia de tórax da entrada com derrame pleural à esquerda. E ao exame físico notou-se uma hepato-esplenomegalia grau III, com dores em hipocôndrio esquerdo porém sem sinais de irritação peritoneal. Realizado tomografia computadorizada de abdome que evidenciou lesão de aspecto cístico com presença de septos internos, levantando a hipótese de abscesso esplênico. Iniciado antibioticoterapia, segundo orientação da CCIH, com Oxacilina, Gentamicina e Rifampicina, na tentativa de tratamento não cirúrgico para preservação do órgão. Paciente evoluiu no sexto dia de internação hospitalar com sinais de peritonite difusa sendo submetido a laparotomia evidenciando conteúdo purulento em toda cavidade por ruptura do abscesso. Realizado então lavagem exaustiva de cavidade seguido de esplenectomia. Paciente ainda durante internação recebe vacinação para pneumococo, meningococo e haemophilus influenza. CONCLUSÃO: O abscesso esplênico, embora incomum, deve estar entre as hipóteses diagnósticas mediante um quadro de abdome agudo, principalmente em pacientes imunodeprimidos. O diagnóstico e tratamento precoce diminui a morbimortalidade desses pacientes, que devem ser acompanhados ao longo da vida quanto sua vacinação contra germes encapsulados.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1578

TÍTULO DO TRABALHO: ACHADOS TOMOGRÁFICOS DA APENDICITE COMPLICADA E ESCORE DE ALVARADO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CHRISTIAN SPINA; OTTO MAURO DOS SANTOS-ROSA; ANA PAULA MARCONI IAMARINO; NAYARA MARJA GIL; ORLANDO CONTRUCCI FILHO; MARCELO AUGUSTO F. RIBEIRO JR.. UNISA, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O diagnóstico de apendicite aguda ainda é um desafio e o atraso na realização da apendicectomia aumenta o risco de perfuração do apêndice, elevando a morbidade e mortalidade. Objetivos: Correlacionar os achados tomográficos dos pacientes com diagnóstico de apendicite aguda com o Escore de Alvarado. Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo, interseccional e retrospectivo de todos os casos de apendicite aguda internados no período de junho de 2014 até junho de 2015, no Hospital Geral do Grajaú ? SP. A análise estatística foi realizada utilizando-se o software Epi-Info 7 . Resultados: Dos 152 (63,33%) pacientes submetidos a TC, em 126 (82,89%) evidenciou apêndice espessado, 92 (60,93%) evidenciou borramento de gordura, em 50 (32,89%) havia presença de líquido livre, em 39 (21,19%) comprovou-se espessamento de parede, apendicolito foi visto em 23 (15,13%), gás extraluminal em 6 (3,97%), espessamento do ceco em 4 (2,65%) e massa inflamatória em 3 (1,99%) dos pacientes. Conclusão: Há associação positiva entre EA positivo e a presença de achados tomográficos, com Odds Ratio (OR) de 1,665 e P=0,1805, assim como, a associação entre EA positivo e fase perfurativa.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2230

TÍTULO DO TRABALHO: Adenocarcinoma de apêncice cecal: relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PATRÍCIA JOIA PERES; ALEXANDRE DA SILVA NISHIMURA; EVELYN CRISTINA DA ROSA GRANJA BATALINI; THIAGO SALDANHA RODRIGUES; THALES VIEIRA GONÇALVES; VITOR BORDINHON MERCANTE; TIMOTEO VILELA VERÍSSIMO; JEFFERSON BAGATIM. SANTA CASA DE OURINHOS, OURINHOS - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução:O adenocarcinoma de apêndice cecal é uma neoplasia bastante rara, sendo encontrado apenas em cerca de 0,01 a 0,2% das apendicectomias, e representa aproximadamente 4% de todos os tumores malignos primários do apêndice. Apresenta maior incidência entre a quinta e sexta década de vida, sem preferência pelo sexo.Relato de caso:Paciente LAS, masculino, 61 anos, deu entrada no PS da Santa Casa de Ourinhos encaminhado devido suspeita de apendicite aguda. Paciente relatava dor em FID há 5 dias com irradiação para região escrotal, associado a náuseas e febre de início há 1 dia. Ao exame físico, apresentava abdômen flácido, dor á palpação em FID e DB negativo. Hemograma e a urina I colhidos na origem apresentavam-se sem alterações. Realizou ultrassom de abdômen que evidenciou presença de imagem ovalada hipoecóica e heterogênea localizada em FID, com cerca de 4 cm de diâmetro, associado à borramento da gordura mesentérica adjacente, podendo estar relacionado a processo inflamatório, sendo então indicada cirurgia. Foi optado por realização de incisão mediana devido o tempo de evolução da doença e achados ultrassonográficos. No ato cirúrgico, foi evidenciada massa friável em ceco de 15 cm de extensão, ocupando íleo terminal e cólon ascendente, com grande bloqueio local, presença de moderada quantidade de secreção purulenta na cavidade e pouca quantidade de líquido livre, sendo então realizado hemicolectomia direita com grampeador linear 75mm e enteroanastomose latero-lateral. Paciente evolui bem no pós-operatório, sem queixas, sendo introduzida a dieta no 2º PO com boa aceitação, sem dor abdominal, sem náuseas e vômitos, e recebe alta no 6º PO. No retorno ambulatorial, foi verificado resultado de anatomopatológico que evidenciou adenocarcinoma moderadamente diferenciado originado em apêndice cecal e envolvendo o ceco, sem metástase linfonodal. Paciente foi encaminhado ao serviço oncológico de referência para seguimento clínico.Conclusão:Podemos concluir que o adenocarcinoma de apêndice é uma afecção de difícil diagnóstico, na maioria das vezes o paciente apresenta sintomas semelhantes ao quadro de apendicite aguda, sendo diagnosticado adenocarcinoma somente com o anatomopatológico. Neste caso, foi optado por hemicolectomia devido intenso processo inflamatório e inviabilidade do ceco e cólon direito, porém muitas vezes é realizada apenas apendicectomia, sendo avaliada a necessidade de hemicolectomia no retorno ambulatorial após o resultado histológico final.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 3037

TÍTULO DO TRABALHO: ADENOCARCINOMA INVASIVO DE INTESTINO GROSSO ? RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANDRESSA PECHE TOCHETTO1; VICTOR SCHUMACHER FREIRE1; GABRIEL CABEDA SPALDING ALVES1; PATRÍCIA MACHADO VICENZI1; JULIANA DE OLIVEIRA FIGUEIRÓ1; RAFAELA CARLINI ANGONESE1; ALANA DUSO1; ROGERIO FETT SCHNEIDER2. 1. ULBRA, CANOAS - RS - BRASIL; 2. HOSPITAL PRONTO SOCORRO DE CANOAS, CANOAS - RS - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Globalmente, o adenocarcinoma de cólon é o terceiro câncer mais comumente diagnosticado em homens e o segundo em mulheres, com 1,4 milhões de novos casos e quase 694.000 óbitos estimados em 2012. A idade é um importante fator de risco, a incidência aumenta significativamente entre 40 e 50 anos de idade e as taxas de incidência específicas da idade aumentam em cada década sucessiva. A cirurgia é a única modalidade curativa para o câncer invasivo, no qual tem por objetivo a remoção completa do tumor, do pedículo vascular principal e da drenagem linfática do segmento colônico afetado.RELATO DO CASO: M. L. G. P., feminino, 67 anos, natural e procedente de Canoas ? RS, iniciou quadro de constipação, dor abdominal difusa, distensão abdominal e vômitos. Procurou o Hospital de Pronto Socorro de Canoas (HPSC) seis dias após o início do quadro. A paciente apresentava regular estado geral, mucosa desidratada, abdome distendido, depressível, indolor à palpação, com ruídos hidroaéreos aumentados, sem sinais de irritação peritoneal. A tomografia computadorizada de abdome evidenciou acentuada distensão de alças colônicas e de segmentos de alças do delgado, com formação de níveis hidroaéreos, achados que sugerem quadro oclusivo/suboclusivo. A paciente foi encaminhada para laparotomia exploradora, na qual foi identificada massa tumoral, então foi realizada liberação do cólon sigmoide e do cólon descendente até o ângulo esplênico, ligadura do mesocólon com seda 2.0 suturapak e colostomia. A peça anatômica retirada, medindo 34,5cm de comprimento e 7,0cm de diâmetro, foi enviada ao anatomopatológico obtendo-se o diagnóstico de adenocarcinoma invasivo do intestino grosso, ulcero-infiltrante, com invasão do tecido adiposo circunjacente, presença de invasão linfática, limites livres, metástase de adenocarcinoma em três de quatorze linfonodos examinados. Estadiamento pT3 pN2.CONCLUSÃO: O câncer de cólon afeta 5% da população e 10% desses tumores envolverão estruturas adjacentes, principalmente aqueles situados no sigmóide e reto. Os pacientes com câncer colorretal (CCR) apresentam sinais e sintomas inespecíficos, o que dificulta a identificação da doença. O tratamento de escolha para o CCR em questão foi ressecção alargada com margens cirúrgicas livres. Neste caso, o fato de ter comprometimento linfonodal piora o prognóstico. Há alta taxa de mortalidade nesse tipo de câncer, logo, sua suspeita requer investigação adicional imediata.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1541

TÍTULO DO TRABALHO: ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS SUSPEITAS DE ABDOME AGUDO ADMITIDAS NA EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO DO INTERIOR DO CEARÁ NO PERÍODO DE UM ANO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CLARA QUEIROZ DOS SANTOS1; CARLOS ALEFE SOUSA NASCIMENTO1; LORENA ALVES TRAJANO1; FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES2. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, SOBRAL - CE - BRASIL; 2. INSTITUTO DOUTOR JOSÉ FROTA, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Traçar o perfil epidemiológico dos 157 casos com suspeita de abdome agudo, admitidos na emergência de um hospital de referência do norte do Estado do Ceará, nos meses de janeiro a dezembro do ano de 2013. Considerando-se variáveis, como sexo, idade, classificação na triagem e conduta. Método: Foi realizado um estudo epidemiológico com caráter transversal, analítico e observacional. Os dados foram coletados a partir e uma plataforma gerada pelo Setor de Tecnologia da Informação do hospital, a qual continha os dados referentes a todos os 38.890 atendimentos da emergência durante o ano de 2013. Dessa forma, foram dispostos em uma planilha todos os 157 atendimentos a suspeitas de abdome no período de 12 meses. A partir daí, utilizou-se filtros, como sexo, idade, classificação na triagem e conduta tomada. Resultados: Pode-se inferir que no ano de 2013, foram admitidos 157 casos com suspeita de abdome agudo na referida unidade terciária, uma média de 13 atendimentos mensais. Desse montante, 86 (54,78%) eram homens e 71 (45,22%) mulheres. A faixa etária mais acometida foi a acima de 60 anos, com 29,29% (46) do total. Ademais, 17,19% (27) dos pacientes com suspeita tinham idade entre 0-10 anos; 15,28% (24) entre 11-20 anos; 10,19% (16) entre 21-30 anos; 9,55% (15) entre 31-40 anos; 10,19% (16) entre 41-50 anos; 8,28% (13) entre 51-60 anos. No que se refere à classificação na triagem, 27,38% (43) foram classificados com a cor verde, 71,97% (113) com amarelo, 0,65% (1) com vermelho. A conduta tomada para 53,5% (84) dos casos suspeitos de abdome agudo foi alta ainda na emergência, 43,31% (68) deles foram para internação, 1,27% (2) evadiu-se, também 1,27% (2) receberam alta a pedido, por fim, um único caso foi transferido para outra unidade de saúde. Conclusões: Ao delinear o perfil de atendimentos a suspeitas de abdome agudo, percebe-se que uma investigação minuciosa, com história, exames físico, exames laboratoriais e de imagem, faz-se necessária. Uma vez que mais da metade das suspeitas, 53,5% receberam alta ainda na emergência, o que nos leva a pensar nas causas não cirúrgicas de abdome agudo, como endócrinas e metabólicas, hematológicas e por toxinas e drogas. Entretanto pode haver uma falha na triagem dos pacientes, imputando de gravidade casos que não assumem tal denominação, como exemplo é a disparidade de 114 casos em amarelo ou vermelho e 68 internações. Bibliografia: Sabiston, et al. Tratado de Cirurgia. 19ª Edição. New York: Elsevier, 2012.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1829

TÍTULO DO TRABALHO: Análise retrospectiva das colectomias direita na urgência

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: HEITOR FERNANDO XEDIEK CONSANI1; MARILIA COLTURATO CLETO2; YASMINE HENRIQUES DE FIGUEIREDO REBECCHI2. 1. CENTRO CIRURGIA DA HÉRNIA E UNIDADE REGIONAL DE EMERGENCIA - CHS, SOROCABAANA - SP - BRASIL; 2. UNIDADE REGIONAL DE EMERGENCIA - CHS, SOROCABA - SP - BRASIL.

RESUMO:
A colectomia direita(CD) na urgência é um procedimento relativamente comum em nosso meio, tendo como principal causa na literatura a obstrução .O objetivo deste estudo é avaliar as causas e os resultados das CD em nosso serviço.Métodos: Foram analisados retrospectivamente os prontuários dos pacientes atendidos na Unidade Regional de Emergência do Conjunto Hospitalar de Sorocaba (URE-CHS) no período de janeiro de 2015- dezembro 2016. A CD é definida com a resseção da região anatômica compreendida entre o ileo terminal e o colon ascendente , a CD de urgência em nosso serviço foi definida como critério de inclusão neste estudo como a ressecção sem preparo do colon.Foram avaliados o tempo de obstrucao , causa, cirurgia realizada e complicacoes pos operatoriasResultados: Um total of 52 patientes, média de idade 63 anos (variando, 19-90 anos), foram submetidos a CD de urgencia no periodo estudado. Neoplasia foi a mais frequente seguido de apendicite complicada e doenca diverticular em 46.4% 29,1 % e16,7%, respectivamente.Obstrução intestinal obstruction (442.4%) e perfuração (23.6%) foram as 2 principais indicações. Cinco obitos sendo 3 por complicacoes relacionadas a cirurgia , 1 por infarto e outro por pneumonia. Foram 4 deiscencias de anastomose sendo que todas foram tratadas cirurgicamente.Conclução: A CD de urgência é um procediemento comum em nosso service apresentando distribuicao semelhante a apresentada na literatura,devido suas caracteristicas apresenta morbidade e mortalidde elevadas, o conhecimento das causas , caracteristicas da doenca asssociado a protoloco devem melhorar os resultados

CODIGO DO TRABALHO: 2341

TÍTULO DO TRABALHO: Aneurisma roto de artéria esplênica: Relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MONIQUE RAQUEL BARBOSA DE QUEIROZ FONSECA; DECIO LUIZ SILVA MAZZINI; MARCELLO CAMACHO CAMPIONE; MURILO ROCHA RODRIGUES; BRUNO MIRANDOLA BULISANI; BEATRICE SOARES BARTASEVICIUS. UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A incidência de aneurismas da artéria esplênica(AAE) é desconhecida. É observada baixa incidência de 0,1% da população, que aumenta para cerca de 1% de hipertensos e atinge 10,4% dos idosos. A hipertensão porta também eleva essa incidência, sendo encontrados cerca de 7,1% de AAE em estudos pós-morte. O risco de ruptura aguda é de 2%. Vários são os fatores relacionados como aterosclerose, multiparidade, hipertensão porta. A angiografia permanece como padrão ouro, permitindo o tratamento concomitante em alguns casos. A mortalidade dos pacientes tratados com ruptura de AAE é de cerca de 10%. A abordagem terapêutica se dá por cirurgia aberta, videolaparoscópica ou endovascular. Esse trabalho tem o objetivo de relatar um caso raro de AAE para mostrar sua importância clínica e diagnóstica. Relato de caso: Mulher, 44a, quadro de dor súbita em região epigástrica há 10 horas com piora há duas horas com irradiação para hipocôndrio direito e região dorsal. Nega dor prévia. Nega episódios de náuseas ou vômitos. Nega febre. Nega icterícia. Nega comorbidades, cirurgias prévias ou uso de medicações. Na entrada REG, taquicardica, hipotensa, afebril. Ao exame: abdome flácido, db negativo, com dor a palpação em epigástrio mais localizada em HD. Realizada estabilização clinica com 1500ml de volume e solicitado exames que evidenciavam hb 8,6 e ht 25,3 e TC abdome mostrando extenso hemoperitôneo com maior componente envolvendo as superfícies parietais, fundocorporal gástrica e insinuando-se pela retrocavidade dos epíplons comprimindo anterior e posteriormente o estômago e pâncreas. Indicada LE que evidenciou 2500ml de sangue e hematoma em zona 1 em expansão. Realizado empacotamento com compressas para cessar sangramento e evidenciado hematoma peripancreático e sangramento ativo em hiloesplênico por aneurisma de artéria esplênica. Realizado ligadura artéria esplênica e esplenectomia propriamente dita. Mantida em cuidados intensivos se mantendo estável sem queda de hb ht com alta hospitalar no 4º po. Realizada angioTC de controle na alta hospitalar sem evidenciar outros aneurismas associados. Conclusão: os aneurismas de artéria esplênica devem ser tratados prevenindo-se a rotura e, sempre que possível, protegendo a viabilidade do órgão. Nos casos de rotura aguda, apesar de raro, devem ser lembrados como diagnóstico diferencial importante na sala de urgência e sua abordagem cirúrgica pode ser discutida sem, no entanto, postergar a conduta.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2984

TÍTULO DO TRABALHO: APÊNDICE COMO CONTEÚDO HERNIÁRIO EM HÉRNIA UMBILICAL ENCARCERADA: RELATO DE CASO.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FERNANDO ANTONIO MARTINS BERMUDES; LUIS ALBERTO VALENTE LAUFER. HOSPITAL ESTADUAL DR JAYME SANTOS NEVES, VITÓRIA - ES - BRASIL.

RESUMO:
Relatamos neste artigo o caso bem sucedido de uma paciente de 50 anos com quadro subagudo de dor abdominal em região umbilical, em que foi constatado hérnia umbilical encarcerada cujo conteúdo herniário era o apêndice.Sexo feminino, 50 anos, apresentava dor abdominal há 3 dias, de início em região umbilical, tornando-se difusa. Referia náuseas associadas a dor. Hipertensa e diabética. Ao exame físico estava afebril, abdome globoso, com presença de peristalse, doloroso à palpação superficial e profunda em região umbilical, onde se observou tumefação não redutível de cerca de três centímetros, com calor e rubor. Compatível com hérnia umbilical encarcerada. Apresentava 11.750 leucócitos, sem bastonetes. Paciente foi encaminhada ao centro cirurgico: feita incisão mediana transumbilical e dissecado anel herniário. Dissecado e aberto o saco herniário e observado a presença de ponta de apêndice com sinais de isquemia. Realizado, então, apendicectomia, com hemostasia e sutura do anel e saco herniários. Finalizado com sutura da parede e pele abdominal. O procedimento ocorreu sem intercorrências e a paciente recuperou-se satisfatoriamente, sendo liberada para casa no segundo pós-operatório sem intercorrências.Hérnias são a terceira causa mais comum de obstrução intestinal, contribuindo para 10% de todos os casos, e as encarceradas são as principais causas de complicações relacionadas à obstrução intestinal. O encarceramento do apêndice é um evento raro, mais frequente em hérnias femorais ou inguinais (denominadas hérnias de Garengeot e Amyand, respectivamente), podendo aparecer também em hérnias umbilicais e incisionais. Há poucos relatos na literatura sobre o assunto e, portanto, esta condição representa um desafio diagnóstico pela baixa incidência, apresentação clínica indistinguível e imagens ambíguas quando utilizados exames de imagem. Sendo assim, a cirurgia é geralmente diagnóstica e terapêutica. A apendicectomia aparenta ser a conduta mais adequada para todo tipo de encarceramento de apêndice.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 528

TÍTULO DO TRABALHO: APÊNDICE EM FERRADURA: UM RELATO DE CASO RARO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RAPHAEL CASTIGLIONI NASCIMENTO1; DAIANA DE SOUZA FAVARIS1; LOREN ROSETTI REBELLO1; ELAINE CALIMAN VERGNA1; LUIZ TADEU OLIVEIRA2. 1. UNIVERSIDADE VILA VELHA, VILA VELHA - ES - BRASIL; 2. HOSPITAL ESTADUAL ANTONIO BEZERRA DE FARIA, VILA VELHA - ES - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO. A duplicação apendicular (DA) foi descrita pela primeira vez em 1892 por Picolli em uma mulher que também apresentava outros tipos de duplicação no cólon e órgãos genitais. Alguns casos de DA foram relatados na literatura, mas apenas quatro (4) casos de apêndice em ferradura foram descritos até o momento. Apresenta-se, portanto, neste artigo o quinto (5º) relato. A prevalência exata da DA é desconhecida, mas acredita-se que ocorra uma variação de 0,004% a 0,009%. A classificação da DA foi proposta em 1936 por Cave e modificada em 1963 por Wallbridge, sendo conhecida como Classificação Cave-Wallbridge, atualizada em 1993. RELATO DE CASO. Homem, 48 anos, hipertenso, admitido em hospital público de Vila Velha/ES com dor intensa em fossa ilíaca direita e flanco direito havia 11 horas, sem irradiação. Negava náuseas e vômitos, referia inapetência. Ao exame físico: afebril, normotenso, taquicárdico, hipocorado 1+/4+, com sinal de Blumberg duvidoso em ponto McBurney. Exames laboratoriais: hemoglobina 14,40 g/dl, hematócrito 44%, leucócitos 15,800mm3 (com 83 mm3 segmentados), plaquetas 100,000/mm3, uréia 29mg/dL, creatinina 1,1 mg/dL. EAS sem alterações. Indicada apendicectomia, realizada por incisão oblíqua (McArthur-McBurney), sem intercorrência. Durante o procedimento foi observado que o paciente apresentava um apêndice do tipo D de acordo com a Classificação Cave-Wallbridge (dois apêndices inseridos no ceco comum, em forma paralela e separada por vários centímetros que se unem distalmente para formar um apêndice comum. O apêndice duplo em adultos é uma condição rara, sendo geralmente um achado acidental durante laparotomia por uma causa diferente. Por outro lado, o apêndice duplo em crianças requer investigação adicional mais meticuloa, pois muitas vezes representa uma manifestação de anormalidades intestinais, geniturinárias ou vertebrais mais complexas. Após indicação de apendicectomia, o cirurgião está sujeito, durante o procedimento, a se deparar com uma variação anatômica do apêndice, devendo estar apto a diferenciá-lo. CONCLUSÃO. O apêndice em ferradura, tipo de DA, é uma variante anatômica rara. Provavelmente a maioria dos cirurgiões nunca irá depara-se com tal achado. Porém, o reconhecimento e classificação intra-operatória do apêndice pelo cirurgião é fundamental para a indicação de análise histológica do patologista que definirá um diagnóstico mais completo, afastando outras patologias associadas mais complexas.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2390

TÍTULO DO TRABALHO: APENDICECTOMIA EM IDOSO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: HELOIZA ARRAIS BANDEIRA TAVARES LEITE1; VITOR VARJAO CHIANG2; MARIANO FERNANDO SOARES DE ARAÚJO2; RAFAELA DE ASSIS RAMOS LIMA2; ISABELA FERREIRA DUTRA2; DANIELLA SILVA MENA3; MAISA HELENA DE ABREU SILVA SANTOS3. 1. HRG, BRASÍLIA - DF - BRASIL; 2. FACIPLAC, BRASILIA - DF - BRASIL; 3. HRG, BRASILIA - DF - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO:A frequência de cirurgias nos idosos está aumentando devido à maior expectativa de vida e aos progressos da medicina. Uma das emergências abdominais mais comuns é apendicite. A manifestação inicial nessa população pode ser de massa dolorida ou obstrução intestinal por aderências de perfuração apendicular não detectada previamente. Portanto, a apendicite aguda deve ser considerada como diagnóstico diferencial de dor abdominal em pacientes idosos. Por possuírem uma apresentação tardia e atípica, há um diagnóstico e intervenção tardios, aumentando a chance de uma apendicite complicada e um pós-operatório com risco de infecções da ferida, abscesso intra-abdominal, sepse e óbito. RELATO DE CASO: L.G.J , 76 anos, sexo masculino, negro, deu entrada ao pronto socorro cirúrgico referindo dor abdominal há 8 dias. Dor tipo cólica em hipogástrio, associada à parada de evacuação há 7 dias, hiporexia, vômitos pós prandiais e fecaloides, oligúria e perda de peso recente. Ao exame físico o abdome estava distendido, com ruídos hidroaéreos aumentados, timpânico, doloroso à palpação profunda, sem visceromegalias e sem sinais de irritação peritoneal. À radiografia abdominal havia sinal de empilhamento de moedas, distensão de alças e níveis hidroaéreos. Tem histórico hipertensão arterial e neoplasia de bexiga, sendo realizada neobexiga há 8 anos. Foi submetido à laparotomia exploradora que constatou apendicite vermiforme necrosado, roto, com extravasamento de secreção entérica e aderido à parede abdominal, gerando semioclusão intestinal e necrose de íleo proximal, sem acometimento de neobexiga. Foi realizado hemicolectomia direita e ileotransversostomia.CONCLUSÃO: Diante do quadro observa-se uma apendicite aguda em idoso, faixa etária pouco comum, ou seja, um abdome agudo cirúrgico com mais fatores de risco e quadro clínico silencioso se apresentando inicialmente como uma obstrução intestinal em decorrência da perfuração apendicular, associada à necrose de íleo. A cirurgia de emergência tem um risco de morbi-mortalidade cerca de 20% a mais que os procedimentos eletivos devido aos fatores inatos a este grupo, como a baixa reserva energética, dificuldade de reverter distúrbios e pelas doenças de base. O tratamento de escolha foi apendicectomia, hemicolectomia à direita, ileostomia, antibioticoterapia adequada, supervisão da nefrologia e suporte da terapia intensiva para minimizar os riscos de complicações.

CODIGO DO TRABALHO: 2653

TÍTULO DO TRABALHO: APENDICECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA: 10 ANOS DE EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO DE URGÊNCIA DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: YILON LIMA CHENG; FRANCISCO DE ASSIS COSTA; JOÃO IVO XAVIER ROCHA; FRANCISCA GIORDANA VASCONCELOS DE OLIVEIRA; VALDENOR NEVES FEITOSA JUNIOR; LUCAS BRUNO BORGES; LUCAS DE OLIVEIRA LIMA; JEFFERSON MENEZES VIANA SANTOS. HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: avaliar o perfil clínico e cirúrgico dos pacientes tratados no Serviço de Urgência do Hospital de Geral Fortaleza que foram submetidos a apendicectomia videolaparoscópica no período entre janeiro de 2006 e março de 2016 e verificar a continuidade do tratamento realizado com foco nas complicações mais comuns e no acompanhamento ambulatorial.Método: estudo retrospectivo tipo epidemiológico de casos de apendicectomia videolaparoscópica proposta que procuraram atendimento no Hospital Geral de Fortaleza, no período de janeiro de 2006 a março de 2016. Os dados foram obtidos por análise de prontuários baseado num protocolo de coleta de dados. O protocolo de coleta incluía 35 variáveis dispostas em 5 categorias referente a: identificação, quadro clínico, tratamento clínico, tratamento cirúrgico, complicações e follow-up.Resultados: foram estudados 121 casos de apendicectomia videolaparoscópica no período proposto, sendo 71% do sexo feminino com média de idade de 32,3 anos e 80,16% eram provenientes da zona metropolitana de Fortaleza. 58,4% dos pacientes tiveram o diagnóstico auxiliado por ultrassonografia, 34,6%, por tomografia e em 6,6% nenhum método radiológico auxiliar foi empregado. O tempo médio entre a admissão no hospital e a entrada na sala de cirurgia foi de 18 horas. 71,6% das cirurgias foram realizadas durante o plantão noturno. Complicações foram observadas em 7 pacientes, dentre eles, 1 edema agudo de pulmão no pós-operatório imediato, 4 reoperações por abcessos intraabdominais, 1 óbito e 1 fístula do coto apendicular. Nenhum relato de complicação de ferida operatória foi descrito. A média do tempo de internação foi de 48,5 horas. Somente em 23,4% dos paciente estudados houve algum registro em prontuário de atendimento pós-operatório.Conclusão: No presente estudo foi reconhecido predominância de adultos jovens do sexo feminino. Exames radiológicos foram usados em mais de 30% dos casos. Houve baixo índice de complicações (0,05%) e o tempo de permanência hospitalar foi pequeno. A baixa taxa de registro pós-operatório é alarmante.Bibliografia: Jaschinski T et. al. Laparoscopic versus open appendectomy in patients with suspected appendicitis: a systematic review of meta-analyses of randomised controlled trials. BMC Gastroenterol. 2015;15:48 Lima, AP et al . Perfil clínico-epidemiológico da apendicite aguda: análise retrospectiva de 638 casos. Rev. Col. Bras. Cir., Rio de Janeiro , v. 43, n. 4, p. 248-253, Aug. 2016

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2474

TÍTULO DO TRABALHO: APENDICECTOMIAS EM UM HOSPITAL SECUNDÁRIO DA GRANDE SÃO PAULO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MONICA DE OLIVEIRA MELO; MAURO HENRIQUE DE SA ADAMI MILMAN; MARCIO JOSE CARDOSO AMARAL; LUCAS CARTAFINA BARBOSA DE SOUSA; ROGERIO APARECIDO ESTEVES NEVES; JOSE ROBERTO MELCHIORI BUCCO. HOSPITAL REGIONAL DE COTIA, COTIA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Objetivos: descrever o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes submetidos àapendicectomia em hospital secundário. Materiais e Método:estudo observacional retrospectivode prontuários eletrônicos de pacientes submetidos a apendicectomia no período de abril de 2014 a abril de 2015.Resultados:a apendicectomia foi realizada em 108 pacientes, 61,1% foram do gênero masculino.A média de idadeno gênero masculino foi de 30 anos (DP= 15 anos) e no feminino foi de 36 anos (DP= 14 anos), sendo significante esta diferença (p= 0,028). A apendicite foi classificada como fase 0 em 9% dos casos; fase 1 (edematosa) em 17%; fase 2 (flegmonosa) em 28%; fase 3 (necrótica) em 25% e fase 4 (perfurativa) em 21% dos casos. O tempo médio entre admissão hospitalar e realização de exames de imagem foi de 9 horas, já o intervalo médio entre a admissão e início da cirurgia foi de 25 horas. O tempo médio de internação foi de 3,7 dias, sendo de 3,4 dias, 1,8 dia, 2,1 dias, 3,4 dias e 7,8 dias nas fases 0, 1, 2, 3 e 4, respectivamente (p Conclusões: as apendicectomias foram mais frequentes em homens jovens, predominando apendicites grau 2. O tempo de internação é maiornas fases avançadas de apendicite. Os acessos cirúrgicos laterais predominaram. As complicações graves foram incomuns. Bibliografia:1. SAMMALKORPI etal.A new adult appendicitis score improves diagnostic accuracy of acute appendicitis ? a prospective study. In BMCGastroenterology 2014, 14:114; 2. BORGES, Ricardo Salgueiro et al. Relevância da ultrassonografia no diagnóstico pré-operatório da apendicite aguda. Rev. Med. Res. Curitiba; 3. PAAJANEM, Hannu et al. A prospective randomized controlled multicenter trial comparing antibiotic therapy with appendectomy in the treatment ofuncomplicated acute appendicitis (APPAC trial). BMC Surgery. 2013. 13:3.27.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 354

TÍTULO DO TRABALHO: Apendicite aguda como manifestação primária do cistoadenoma mucinoso de apêndice

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CARLOS EDUARDO DE ARAÚJO PINHEIRO; VICTOR BANDINI VIEIRA; CIBELLE MARION BERTOLLI; ANDRÉ PEREIRA TORRES; ALLISON TAKEO TSUGE. HOSPITAL DE CLÍNICAS DR RADAMÉS NARDINI, MAUA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O cistoadenoma mucinoso de apêndice cecal é uma patologia rara, observada em 0,07 a 0,3% das apendicectomias realizadas. Considerada uma neoplasia benigna, caracteriza-se pelo preenchimento da luz do apêndice por substância mucóide e histologicamente por um certo grau de atipia celular, além de displasia epitelial. O diagnóstico pré operatório é raro e o tratamento cirúrgico adequado é usualmente curável. A mucocele ? termo inespecífico utilizado para descrever a dilatação obstrutiva do apêndice vermiforme acompanhado por acúmulo de material mucinoso ? foi descrito inicialmente por Rokitansky em 1842 e denominada por Feren em 1876. Objetivo: apresentar um caso raro de cistoadenoma de apêndice. Materiais e métodos: análise de prontuário, entrevista do paciente e familiares, acesso a exames, registros fotográficos do procedimento e peça cirúrgica, além de revisão de literatura médica pertinente. Resultados: paciente feminino, 59 anos de idade, procedente de Mauá ? São Paulo. Apresentava-se sintomática havia 03 dias da admissão no pronto socorro, com quadro de dor abdominal bem localizada em fossa ilíaca direita (FID), forte intensidade, não irradiativa, com piora a flexão do tronco, associada a febre de 39,8ºC, náuseas, vômitos, diarréia sem sangue, muco ou pus e hiporexia. Ao exame físico apresentava abdome com ruídos hidroaéreos presentes e propulsivos, flácido, porém doloroso a palpação em FID e ausência de peritonismo. Exames laboratoriais mostravam hemoglobina 13,1g/dL; leucócitos totais 7.500/mm3 sem desvio; proteína C reativa 251mg/dL; amilase 40U/L. A tomografia computadorizada de abdome e pelve mostrava apêndice vermiforme aumentado de tamanho, em contato com o ceco, com imagem hipoatenuante, de conteúdo líquido, que apresenta discreto realce após injeção de contraste iodado, podendo corresponder a mucocele de apêndice. Com o diagnóstico sindrômico de abdome agudo inflamatório, a paciente foi submetida a laparotomia exploradora, e o achado intraoperatório foi de apêndice aumentado de tamanho, medindo 15cm de comprimento e 07mm de diâmetro com processo inflamatório de aspecto endurecido. Realizado apendicectomia com sutura da base em 02 planos. A anatomia patológica confirmou tratar-se de cistoadenoma mucinoso do apêndice, associado a apendicite aguda, com margens livres. Conclusão: este relato demonstra um caso raro de cistoadenoma mucinoso de apêndice, mimetizando quadro de apendicite aguda em mulher na quinta década de vida.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2279

TÍTULO DO TRABALHO: Apendicite aguda complicada: Relato de caso em paciente idoso.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOÃO ANTONIO VERONESE LEME1; MARCOS VINICIUS TAVARES ROLIM2; CAROLINE NISHIMURA3; VALTER MAGALHÃES DE SOUZA FILHO3; RAPHAEL AUGUSTO BRAGA NUNES2; CLAUDINEIA FERNANDES DA SILVA4; ANDRÉ NAZÁRIO DE OLIVEIRA3. 1. FACIMED-FACULDADE DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE CACOAL-RO, CACOAL - RO - BRASIL; 2. COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DE CACOAL/SESAU, CACOAL - RO - BRASIL; 3. FACIMED-FACULDADE DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE CACOAL, CACOAL - RO - BRASIL; 4. HOSPITAL REGIONAL DE CACOAL - HRC, CACOAL - RO - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOA apendicite aguda (AA), dentre as patologias abdominais, é a principal cirurgia não eletiva realizada. O risco do desenvolvimento da doença no decorrer da vida é estimado em 5 a 20%1, com elevada incidência em adolescentes e adultos jovens, porém, incomum antes dos 5 e após os 50 anos2. O diagnóstico de AA é eminentemente clínico alcançando precisão de 60 a 90%, dependendo da idade e do gênero, sendo feito com base nos sintomas e sinais clínicos mais frequentes: dor epigástrica e periumbilical, náuseas e/ou vômitos, dor na fossa ilíaca direita, febre e sinais semiológicos1,3. Contudo, existem diretrizes que combinam achados clínicos e laboratoriais para o diagnóstico e manejo de pacientes com suspeita de AA. Estudos mostram um pior prognóstico em pacientes mais idosos e com doenças associadas. Pode se manifestar em diferentes fases evolutivas: inflamado; com necrose; perfurado com secreção localizada; perfurado com abscesso regional; perfurado com peritonite difusa[1].RELATO DE CASOJF masculino, 66 anos, hipertenso, residente em Cacoal deu entrada no Pronto Atendimento local com quadro de dor abdominal difusa há cerca de 15 dias com piora há 5 dias. Relatou febre anterior não mensurada, inapetência, náusea, porém sem vômitos ou diarreia, nega piora dos sintomas ao se alimentar. Ao exame físico apresenta pressão arterial de 160/90 mmHg, frequência cardíaca de 100 bpm e abdome doloroso á palpação, sem outras alterações evidenciadas. Foram solicitados exames laboratoriais; raio x de tórax e abdome; tomografia de abdome. Aos exames, visualizou pneumoperitônio; sinal de empilhamento de moeda; nível hidroaéreo, distensão e liquido fora de alça; leucócitos 16.350/mm³; segmentados 13.244/mm³; fosfatase alcalina 147 U/L; gama GT 154 U/L; proteína C reativa 1:4 e 1:32 mg/L em um 2º tempo. Sendo assim realizado laparotomia exploratória, evidenciando presença de grande quantidade de liquido livre em cavidade abdominal, fibrina e conteúdo purulento, ceco necrosado, com bloqueio hepático e polo renal. Realizando assim, tiflectomia total e confecção de colostomia em dupla boca. Paciente evolui com bom prognóstico e sem complicações.CONCLUSÃOConclui-se em diversos estudos que a AA nos pacientes mais idosos tem uma incidência menor e tende a apresentar evolução mais grave. Tendo o médico uma grande responsabilidade em fazer o diagnóstico nas primeiras horas do início do quadro clinico, sendo o tempo um quesito fundamental na evolução do quadro e seu prognóstico.

CODIGO DO TRABALHO: 1326

TÍTULO DO TRABALHO: APENDICITE AGUDA: AVALIAÇAO DE 1120 CASOS OPERADOS NA URGENCIA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: WELLIGTON RIBEIRO FIGUEIREDO1; ROBSON DAVID DE ARAÚJO LIAL2; ÁLISSON DUARTE MARTINS2; CARLA MARIANA GONÇALVES CARVALHO E SILVA3; SABRINA JALES CUNHA BRANDAO2; LAÍS KRISTYNA ROCHA DE OLIVEIRA2; CARLA CECILIA DA COSTA ALMEIDA2; ARISTIDES SILVA PINHEIRO FILHO2. 1. HOSPITAL GETULIO VARGAS, TERESINA - PI - BRASIL; 2. FACID, TERESINA - PI - BRASIL; 3. NOVAFAPI, TERESINA - PI - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A apendicite aguda é a principal causa de abdome agudo cirúrgico na criança, no adolescente e no adulto. É uma doença cujo tratamento é cirúrgico e imediato e possui evolução satisfatória desde que prontamente diagnosticada e tratada. OBJETIVO: Caracterizar o perfil do paciente submetido ao tratamento cirúrgico da apendicite aguda em um hospital público de referência no estado do Piauí, bem como determinar a mortalidade e tempo de internação desses pacientes. MÉTODO: Foi realizado um estudo retrospectivo no Hospital de Urgências de Teresina onde os dados foram coletados através de revisão de 1120 prontuários de todos os pacientes submetidos à apendicectomia, no período de 01 janeiro de 2010 a 31 de dezembro de 2011. Foram analisadas as seguintes variáveis: idade, gênero, procedência, taxa de mortalidade, de reoperações e tempo de internação. Os dados foram coletados e inseridos em um protocolo de pesquisa e submetidos a posterior análise estatística. RESULTADOS: Observou-se que a maioria dos pacientes era do sexo masculino (64%), adultos jovens (50%), provenientes do interior do Piauí (55%), com tempo de internação médio de 3,4 dias, taxa de mortalidade pós-cirurgia de 0,44% (5 óbitos), 1,16% (13 casos) de reoperações. CONCLUSÃO: A apendicite aguda é uma doença mais prevalente em homens adultos, a apendicectomia possui um curto período de internação, baixa taxa de mortalidade e baixo índice de reoperações, quando comparado a outras cirurgias de urgência.

CODIGO DO TRABALHO: 1501

TÍTULO DO TRABALHO: APENDICITE AGUDA: ESTUDO DA ESCALA DE ALVARADO EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JURANDIR MARCONDES RIBAS FILHO; IGO ALMEIDA DE AMORIM. FACULDADE EVANGELICA DO PARANA, CURITIBA - PR - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Avaliar o Escore de Alvarado nos pacientes submetidos à apendicectomia em um hospital universitário, assim como as correlações entre o escore e os dados epidemiológicos e sintomatológicos, em virtude do baixo custo desta escala e da escassez de recursos financeiros em hospitais universitários. Métodos: Trata-se de um estudo transversal prospectivo analítico realizado em um Hospital Universitário no período entre maio e agosto de 2016. Incluíram-se indivíduos de qualquer idade e gênero com diagnóstico presuntivo de apendicite aguda firmado pelo serviço de cirurgia geral. Foi aplicado protocolo de coleta e obteve-se através do prontuário eletrônico os componentes da Escala de Alvarado, dados epidemiológicos e sintomatológicos dos pacientes. A apendicectomia foi realizada em todos os participantes e o resultado anatomopatológico foi obtido. Realizou-se análise descritiva da prevalência segundo idade, gênero, Escore de Alvarado, grau de inflamação apendicular e ocorrência de apendicite aguda complicada. Os participantes foram divididos em grupos de acordo com o escore obtido: 0 a 4 (baixo), 5 a 6 (médio) e 7 a 10 (alto). Resultados: Foram avaliados 82 pacientes, 42 (51,2%) do gênero masculino e 40 (48,8%) feminino. A idade média foi 28 anos. O Escore de Alvarado médio foi 4,9 pontos com predomínio da faixa 0 a 4 (50%), seguida de 5 a 6 (34,1%) e 7 a 10 (15,9%). Em relação ao grau de inflamação apendicular, o grau I (45,6%) foi o mais frequente, seguido pelo do grau II (34,2%), grau III (11,4%) e grau IV (8,9%). A Apendicite Aguda complicada foi observada em 16 (20,3%) casos, enquanto não complicada em 63 (79,7%) casos. Houve relação estatísticamente significativa entre o Escore de Alvarado e as variáveis grau de inflamação apendicular (p=0,08) e complicação apendicular (p=0,04).Conclusão: A escala de Alvarado é uma ferramenta de auxílio diagnóstico de baixo custo que apresenta utilidade em Hospitais Universitários como forma de triagem dos pacientes com diagnóstico presuntivo de Apendicite Aguda.REFERÊNCIASTHOMPSON, N. A. Asociación entre Escala de Alvarado y diagnóstico de apendicitis aguda complicada y no complicada según anatomía patológica en el Centro Médico Naval. Horizonte Medico, v. 12, n. 2, p. 12-17, 2015. DE CASTRO, S. M. M. et al. Evaluation of the appendicitis inflammatory response score for patients with acute appendicitis. World Journal of Surgery, v. 36, n. 7, p. 1540-1545, jul. 2012.

CODIGO DO TRABALHO: 2419

TÍTULO DO TRABALHO: Apendicite Crônica: Relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOAO PEDRO LINS MENDES DE CARVALHO; CARLOS AUGUSTO METIDIERI MENEGOZZO; LUIZA BARBOSA OLIVEIRA; FERNANDA PRADO LOGIUDICE; MARCOS TULIO MARTINO MENICONI; CELSO DE OLIVEIRA BERNINI; EDIVALDO MASSAZO UTIYAMA. HOSPITAL DAS CLÍNICAS, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A apendicite aguda é a patologia cirúrgica mais prevalente entre adolescentes do sexo masculino. No entanto, a inflamação crônica do apêndice é uma entidade incomum de difícil diagnóstico e que traz prejuízos à qualidade de vida e à funcionalidade dos pacientes devido ao diagnóstico tardio e ao consequente atraso na abordagem terapêutica definitiva.Relato de Caso: Paciente FLS, 14 anos, masculino, deu entrada no pronto socorro com queixa de dor abdominal intermitente há 6 meses, agudizada há 1 dia. Há 6 meses vinha apresentando quadros recorrentes de dores em epigástrio associado a náuseas, sem vômitos, e que motivou diversas visitas a unidades de pronto socorro e faltas frequentes na escola, porém sem definição diagnóstica. No período, não realizou nenhum tratamento específico, apenas sintomático. Na admissão referia recorrência da dor há 1 dia, com migração para fossa ilíaca direita (FID) há algumas horas da admissão, associado a náuseas, sem febre. Veio encaminhado de outro serviço, com suspeita de apendicite aguda e Escore de Alvarado de 5. À entrada, foram solicitados ultrassonografia de abdome total (laudo dentro dos padrões da normalidade, porém apêndice cecal não foi visualizado) e exames laboratoriais (leucocitose sem desvio, sem elevação de PCR). Prosseguida investigação com tomografia computadorizada de abdome, que mostrou apêndice cecal na fossa ilíaca, com calibre e espessura da parede aumentados, e densificação da gordura periapendicular. Paciente foi então submetido a apendicectomia videolaparoscópica e recebeu alta 36h após cirurgia. A análise anatomopatológica da peça cirúrgica evidenciou infiltrado linfomononuclear crônico com hiperplasia linfoide reacional, compatível com processo inflamatório crônico.Conclusão: Descrevemos um caso de um adolescente com quadro de apendicite crônica, diagnosticado e tratado após 6 meses do início do quadro. O caso descrito apresenta-se em concordância com a literatura, confirmando que a inflamação crônica do apêndice cecal é uma patologia de difícil diagnóstico para o qual se exige alto grau de suspeição. Portanto, tal diagnóstico deve sempre ser suspeitado nos casos de dor abdominal crônica em adultos jovens, com agudizações mimetizando apendicite aguda. O tratamento definitivo eficaz melhora a qualidade de vida dos pacientes e reduz ausências escolares e no trabalho

CODIGO DO TRABALHO: 2638

TÍTULO DO TRABALHO: Apendicite em hérnia epigástrica encarcerada: um relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BÁRBARA DA SILVA OLIVEIRA FONSECA; JOSÉ REINALDO RIBEIRO DE QUEIROZ JUNIOR; RODRIGO LOIOLA DE GUIMARAES; LUCAS AZEVEDO FARIA; GUILHERME AUGUSTO NUNES CORREA LIMA; LUIS GUSTAVO ORIGA; THIAGO ASSIS LISBOA; FABIO PIMENTEL MARTINS. SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BELO HORIZONTE, BELO HOROZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: As hérnias epigástricas são definidas como defeitos na linha média abdominal entre o umbigo e o processo xifóide. O encarceramento e o estrangulamento são raros. Aquelas que envolvem um saco peritoneal, geralmente contêm apenas omento e raramente intestino delgado.A freqüência de hérnia epigástrica é estimada em 3 a 5 por cento na população geral e é mais comum em homens (masculino: feminino= 3:1). É mais diagnosticada na meia-idade.Apendicite dentro do saco herniário tem sido relatada na região inguinal (hérnia de Amyand) e femoral (hérnia de Garengeot); Contudo, sua presença na hérnia epigástrica é extremamente rara e após uma pesquisa vasta da literatura, foi encontrada somente a citação de um caso em revista Turca, de 1965, sem versão digitalizada.O objetivo do artigo é relatar um caso de apendicite aguda tratada com sucesso em uma hérnia epigástrica encarcerada, no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, correlacionando com a literatura atual.Relato de caso: Paciente, sexo feminino, obesa, 72 anos, portadora de hérnia epigástrica há 20 anos, evoluindo há 1 mês, com quadro de dor local e encarceramento, com piora há 6 dias da internação.Submetida a laparotomia mediana, que evidenciou saco hérniário epigástrico com lesão tumoral em ceco, com secreção purulenta local. Realizada então, colectomia direita com linfadenectomia e anastomose término-lateral, além de hernioplastia epigástrica. Paciente apresentou boa evolução, com alta no oitavo dia pós operatório. Anatomopatológico evidenciou ulceração e perfuração intestinal com periapendicite aguda supurativa.Conclusão: Apendicite em hérnia epigástrica é uma apresentação rara, com citação de apenas um caso antigo na literatura, que não foi digitalizado.Ainda não está claro como o ceco e o apêndice podem mobilizar livremente para a região epigástrica e se apresentarem dentro do saco de uma hérnia epigástrica. Tem sido sugerido que em 10% da população, pode haver uma variação anatômica e mobilidade anormal do ceco, referida como síndrome do ceco móvel. Outra explicação em tais circunstâncias é a apendicite como resultado de pressão extrínseca, estrangulamento e necrose dentro do defeito da hérnia. No entanto, é difícil estabelecer qual processo fisiopatológico (ou talvez ambos) poderia ter atribuído a esta apresentação rara.

CODIGO DO TRABALHO: 1429

TÍTULO DO TRABALHO: Avaliação da incidência de tumor carcinoide em apendicectomia de emergência em um hospital secundário

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GIOVANNA RICCITELLI DO COUTO; BRUNO AMANTINI MESSIAS; PAULA DE JULIO MATHEUS; POLLYANA ARDAVICIUS E SILVA; CAROLINA NOGUEIRA FERRAZ TREMONTE; VITORIA CASTRO MARCOS; LEONARDO MARQUES SILVEIRA; MATHEUS BARTOLOMEI DE SIQUEIRA CORRADI. HOSPITAL GERAL CARAPICUIBA, CARAPICUIBA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Verificar a incidência de tumor carcinoide em apendicectomias de urgência em um hospital secundário correlacionando com os dados da literatura.Métodos: Realizada uma análise retrospectiva dos prontuários de pacientes que realizaram apendicectomia de urgência no serviço entre 2011 e 2015. Obtido um total de 457 pacientes, com posterior verificação do anatomopatológico.Resultado: Dos 457 pacientes selecionados, 38 (8, 31%) não foram encontrados no sistema do serviço e em 66 (14, 4%) não foi possível localizar o exame anatomopatológico, portanto, estes foram excluídos do estudo. Nos demais 353 casos, os resultados obtidos foram: 5 (1, 41%) apêndice cecal normal, 26 (7, 36%) apendicite aguda em fase inicial, 29 (8, 21%) apendicite aguda flegmonosa, 188 (53, 25%) apendicite aguda purulenta, 55 (15, 58%) apendicite aguda gangrenosa, 1 (0, 28%) apendicite aguda perfurada, 46 (13, 03%) hiperplasia linfoide reacional, 1 (0, 28%) obliteração fibrosa, 1 (0, 28%) tuberculose apendicular e 1 (0, 28%) de tumor carcinoide.Conclusões: As neoplasias apendiculares são raras, correspondem a menos de 1% das biópsias pós apendicectomias de urgência. O tumor carcinoide é o que tem a maior incidência. Detectados mais comumente em pacientes na 4 ou 5 década e mulheres. Em sua maioria são descobertos incidentalmente em material de apendicectomias feitas por outras razões. Em alguns casos os pacientes precisam retornar a sala cirúrgica para complementar a ressecção cirúrgica previa. Observado nos dados obtidos no presente estudo, uma porcentagem de tumor carcinoide de 0, 28%, inferior ao observado na literatura. O paciente portador do tumor encontrava-se dentro do padrão epidemiológico esperado (sexo feminino, idade adulta).Referencias: 1-Connor SJ, Hanna GB, Frizelle FA. Appendiceal tumors: retrospective clinicopathologic analysis of appendiceal tumors from 7,970 appendectomies. Dis Colon Rectum 1998; 41:75.2-Ito H, Osteen RT, Bleday R, et al. Appendiceal adenocarcinoma: long-term outcomes after surgical therapy. Dis Colon Rectum 2004; 47:474.3-Hinson FL, Ambrose NS. Pseudomyxoma peritonei. Br J Surg 1998; 85:1332.4-Hamilton DL, Stormont JM. The volcano sign of appendiceal mucocele. Gastrointest Endosc 1989; 35:453.5-Mizuma N, Kabemura T, Akahoshi K, et al. Endosonographic features of mucocele of the appendix: report of a case. Gastrointest Endosc 1997; 46:549.

CODIGO DO TRABALHO: 1937

TÍTULO DO TRABALHO: CESARIANA PERIMORTEM

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ISABELA RIBEIRO BIGLIASSI; ANA FLÁVIA PEREIRA MARTINS SILVA; BRUNA MARIA AREDE PACHECO; GIOVANNA GIULIA MILAN PELLICCIOTTA; BÁRBARA MARIA TARRAF MOREIRA; PAULO EDUARDO ZERATI MONTEIRO; CARLOS DARIO DA SILVA COSTA; RAPHAEL RAPHE. FACERES, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVO: Revisar aspectos da cesariana perimortem (CPM) e discutir sua indicação, estimulando uma prática mais consistente da mesma. MÉTODO: Revisão sistemática a partir de um levantamento bibliográfico nas bases de dados eletrônicas Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline) e PubMed. RESULTADOS: Foram selecionados nove artigos. Todos eles indicam a CPM apenas se a gestação for superior a 20 semanas e se não houver retorno da circulação espontânea materna após quatro minutos de ressuscitação cárdio-pulmonar (RCP). Três artigos indicam a intervenção multidisciplinar como a ideal para o tratamento do feto e da gestante. Dois estudos relatam não haver necessidade de transferência para centro cirúrgico (CC) ou de indução anestésica para proceder a CPM. Dois artigos propõem incisão mediana opondo-se a outro que conclui a incisão mais adequada ser aquela na qual o médico é mais hábil. Avaliando-se o tempo entre o início da cirurgia e o nascimento do bebê, cinco artigos indicam que seja até de um minuto. Entretanto, em um dos estudos esse tempo foi, em média, 16 minutos. Outro, revela que 90% dos partos durante a CPM demoram mais de um minuto. Isso é corroborado por outros dois indicando que 29% e 17% das equipes realizam o nascimento em 5 minutos. Referente ao acompanhamento do neonato, dois artigos indicam a necessidade da presença de equipe neonatal para conceptos maiores de 22 semanas. Um artigo aconselha indução de hipotermia entre 33,5°C e 34,5°C em neonatos maiores que 36 semanas com encefalopatia hipóxico-isquêmica moderada ou grave. CONCLUSÃO: As indicações da CPM são idade gestacional superior a 20 semanas e ausência de retorno da circulação espontânea da mãe por 4 minutos após o início da RCP. Recomenda-se que a CPM seja realizada em 1 minuto pois sabe-se que quanto menor o tempo do procedimento, maior a taxa de sobrevida neonatal sem sequelas neurológicas. Essa meta é muito difícil de ser alcançada, no entanto. A CPM deve ser executada pelo médico mais experiente na sala de emergência, sem anestesia, através de incisão na qual o médico está mais habituado. Por fim, a abordagem deve ser multidisciplinar. Caso obtenha-se sucesso na ressuscitação, a paciente deve seguir para um centro de tratamento intensivo e o neonato, idealmente, deve ser assistido por uma equipe especializada.

CODIGO DO TRABALHO: 943

TÍTULO DO TRABALHO: CISTO OVARIANO HEMORRAGICO VOLUMOSO EM GESTANTE, COM MANUTENÇÃO DA GESTAÇÃO: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: SERGIO IBANEZ NUNES1; THAIS BARROS CORRÊA IBAÑEZ2; ESTER ALBUQUERQUE LOURENÇO3; NATHALIA CRISTINNE PEREIRA DE SOUZA3; AUGUSTO FREDERICO MARTINS LOPES OLIVEIRA3. 1. UNIFOA E FAA, VOLTA REDONDA, RIO DE JANEIRO, BRASIL - RJ - BRASIL; 2. UNIFOA, VOLTA REDONDA, RIO DE JANEIRO, BRASIL - RJ - BRASIL; 3. HSJB, VOLTA REDONDA, RIO DE JANEIRO, BRASIL - RJ - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Os cistos de ovário são uma patologia muito prevalente, que podem complicar com hemorragias e, se muito volumosos podem cursar com dor pélvica ou torção, gerando quadro de abdome agudo.Em gestantes, tais cistos podem significar gravidez ectópica que evolui geralmente para ruptura. Na gestação tópica os cistos normalmente ficam restritos à corpos lúteos que são pequenos e não complicam.Cistos hemorrágicos volumosos na gestação são pouco freqüentes e, quando complicam, principalmente no primeiro trimestre, o aborto é frequente, normalmente, quando necessária a laparotomia.RELATO DE CASO: JAG, feminina, 19 anos, gestante de 10 semanas, da entrada no Hospital São João Batista, Volta Redodna- RJ, com história de dor abdominal de início súbito, associada a náuseas. O exame físico evidencia dor abdominal de forte intensidade, mais em fossa ilíaca direita, com descompressão dolorosa positiva. Avaliada pela obstetrícia que descartou patologia obstétrica, com feto viável, toque vaginal sem dor à mobilização do colo.Foi realizada ultrassonografia que evidenciou massa em fossa ilíaca direita, heterogênea. Levada à laparotomia onde foi encontrada massa, medindo 15 cm no maior diâmetro, bem delimitada não aderida em topografia de ovário direito que não foi visualizado; apêndice normal, útero aumentado de volume, compatível com a gestação. Realizada ressecção da massa, preservando o ovário esquerdo A paciente evoluiu bem no pós-operatório recebendo alta no quinto dia de pós-operatório, em controle de 30 semanas paciente seguia com gestação viável, sem complicações. O anatomopatológico da massa concluiu tratar-se de ovário, com volumoso cisto hemorrágico, sem sinais de malignidade ou teratoma, hipótese cirúrgica.CONCLUSÃO: O diagnóstico de cisto ovariano hemorrágico de ovário é raro em grávidas, principalmente quando volumosos e muitas vezes levam à interrupção da gravidez, principalmente quando manipulados cirurgicamente. O diagnóstico diferencial com apendicite por causa da limitação diagnóstica própria da gravidez deve ser considerado, o que leva à laparotomia como no caso apresentado.

CODIGO DO TRABALHO: 2337

TÍTULO DO TRABALHO: Comparação dos resultados de colecistectomia nas colecistites agudas com o protocolo de Tókio.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANTONIO DE CAMPOS SICA ANDREOTTI; MARCELO CRISTIANO ROCHA; ADILSON COSTA RODRIGUES JR; ADRIANO RIBEIRO MEYER-PFLUG; EDIVALDO MASSAZO UTIYAMA; CARLOS AUGUSTO METIDIERI MENEGOZZO; JEAMMY ANDREA PEREZ PARRA; LUCAS AFONSO DAIA. HC-FMUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Objetivos Analisar a morbi/mortalidade dos casos de colecistite aguda (CA) tratados no PSC-HCFMUSP.MétodosRevisão retrospectiva de uma base de dados de todos os pacientes diagnosticados com CA no pronto socorro do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em 22 meses.ResultadosForam incluídos 52 pacientes. Trinta e dois (62,7%) do sexo feminino, com média de idade de 70,5 ±7,63 anos. Em 26 casos (51%), o tempo de história foi de até 3 dias, sendo no exame físico o sinal de Murphy presente em apenas 17 pacientes (32,7%). A contagem de leucócitos apresentou uma média de 13.650 ± 4.982, sendo que houve desvio para a esquerda em somente 2 pacientes (3,8%). A dosagem da Proteína C Reativa (PCR) teve como média 182,9 ±144,7. Os pacientes foram classificados conforme o protocolo de Tokyo (2013), sendo 23 pacientes grau A (47,9%), grau B 12 (25%) e grau C 13 (27,1%). Os achados mais comuns no ultrassom de abdome na entrada foram vesícula hiperdistendida em 41 (87,2%), paredes espessadas em 36 (76,6%) e colelitiase em 42 (89,4%). A via de acesso foi predominantemente videolaparoscópica exclusiva, contabilizando 48 casos (94,1%). Os achados intraoperatórios mais frequentes foram os mesmos aos encontrados no USG: 47 (94%), 44 (88%) e 45 (90%) respectivamente. Somente em um caso foi alitiásico (2%). A técnica de Torek foi utilizada em 4 casos (7,7%), nos demais foi realizado colecistectomia. Em nenhum dos casos houve lesão de via bilar e a drenagem da cavidade foi indicada em 32 (62,7%). Dos 52 pacientes, 9 pacientes (17,3%) necessitaram mais do que 3 dias de internação em unidade de terapia intensiva e o tempo médio de internação na enfermaria foi de 3 ±3,46 dias. 39 pacientes (79,6%) fizeram uso de antibiótico terapêutico. Em relação às complicações, segundo o protocolo de Clavien-Dindo, 3 (5,7%) apresentaram complicações graus IIIb e IVa. Apenas 2 (3,8%) pacientes evoluíram a óbito durante a internação.ConclusãoA indicação de colecistectomia nos pacientes com CA, independente do grau segundo o protocolo do Tokyo é segura, uma vez que não aumenta o risco de lesão de via biliar ou a taxa de complicações.Bibliografia1. Takada T. et al. TG13: Updated Tokyo Guidelines for the management of acute cholangitis and cholecystitis. J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2013; 20(1):1-72. Asai K. et al. Changes in the therapeutic strategy for acute cholecystitis after the Tokyo guideline were pulbished. J HepatobiliaryPancreatSci. 2013; 20:348-355.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1548

TÍTULO DO TRABALHO: Comparação entre Escores diagnósticos de Apendicite Aguda

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: EDMUNDO VIEIRA PRADO NETO1; ORLANDO DE CASTRO E SILVA2; SAMUEL AZENHA GREGORIO1. 1. UNIVERSIDADE DE MARÍLIA (UNIMAR), MARÍLIA - SP - BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (FMRP-USP), RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVO: Visando ao diagnóstico clínico-laboratorial mais acurado de apendicite aguda, este trabalho pretende comparar os escores diagnósticos. MÉTODOS: Revisão sistemática de trabalhos primários utilizando a estratégia de busca ?adult AND acute appendicitis AND score AND diagnostic accuracy? nas bases de dados Pubmed e Embase com 157 artigos encontrados. Após seleção de título/resumo e critérios de exclusão/inclusão, 16 textos foram lidos na íntegra. RESULTADOS: 10 artigos foram incluídos. Compararam-se escores criados pelos autores, escores Tzanakis, Lintula, Ohman, Ripasa, MESH e Alvarado. O último apresentou menor acurácia em 9 artigos; em 1 estudo, houve acurácia semelhante ao grupo-controle (Lintula). O escore mais abordado com resultados positivos foi Ripasa, seguido por Tzanakis e MESH, respectivamente.CONCLUSÃO: O escore de Alvarado é o mais utilizado na prática clínica, mas pode ser substituído ou reforçado por outros escores visando ao diagnóstico mais acurado de Apendicite Aguda, o que reduz o uso de exames de imagem. BIBLIOGRAFIA:Ahn, S., Lee, H., Choi, W., Ahn, R., Hong, J. S., Sohn, C. H... & Kim, W. Y. (2016). Clinical Importance of the Heel Drop Test and a New Clinical Score for Adult Appendicitis. PloS one, 11(10), e0164574.Alnjadat, I., & Abdallah, B. (2013). Alvarado versus RIPASA score in diagnosing acute appendicitis. Rawal Medical Journal, 38(2), 147-151.Erdem, H., Çetinkünar, S., Da?, K., Reyhan, E., De?er, C., Aziret, M., ... & ?rkörücü, O. (2013). Alvarado, Eskelinen, Ohhmann and Raja Isteri Pengiran Anak Saleha appendicitis scores for diagnosis of acute appendicitis. World Journal of Gastroenterology: WJG, 19(47), 9057.Nanjundaiah, N., Mohammed, A., Shanbhag, V., Ashfaque, K., & Priya, S. A. A Comparative Study of RIPASA Score and ALVARADO Score in the Diagnosis of Acute Appendicitis NC03-NC05.Sammalkorpi, H. E., Mentula, P., & Leppäniemi, A. (2014). A new adult appendicitis score improves diagnostic accuracy of acute appendicitis-a prospective study. BMC gastroenterology, 14(1), 114.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 567

TÍTULO DO TRABALHO: Complicação gástrica pós-hiatoplastia em Gestante - um Relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: TAYNARA CRISTINA FELÍCIO1; FELIPE JOSE KOLESKI2; ANA CAROLINA DE AVILA1. 1. UNIVERSIDADE REGIONAL DE BLUMENAU - FURB, BLUMENAU - SC - BRASIL; 2. HOSPITAL SANTA CATARINA BLUMENAU, BLUMENAU - SC - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A presença de sinais e sintomas de doença do refluxo gastrointestinal (DRGE) em gestantes é comum (até 83,4%). Os mecanismos hormonais e mecânicos da gravidez explicam a alta prevalência destes sintomas, mas complicações desta condição clínica são raras.Relato de caso: Paciente feminina, 32 anos, G4P2A1, apresentou abdome agudo por hérnia hiatal estrangulada 2 meses após hiatoplastia e fundoplicatura laparoscópica. Paciente evoluiu com sepse abdominal pós-laparotomia de urgência realizada em outra unidade de saúde, momento em que foi recebida pela equipe de saúde deste trabalho. Foi submetida a nova laparotomia de urgência, na qual se realizou gastrectomia parcial com drenagem de coleção subfrênica esquerda, correção da hérnia diafragmática e drenagem torácica esquerda fechada. Apesar de complicações pós-cirúrgicas, o desfecho da paciente foi satisfatório, recebeu alta hospitalar no 31º do pós-operatório e não houve prejuízo ao crescimento fetal. Realizou cesárea com 38 semana de idade gestacional. O recém-nascido não apresentou complicações.Conclusão: A revisão bibliográfica revela que a primeira linha de tratamento de DRGE em gestantes é medicamentosa, porém quando se trata de um caso de estrangulamento de vísceras, a cirurgia de urgência deve ser a primeira medida. Apesar da alta mortalidade do procedimento cirúrgico em gestantes, estudos mostram que de 10 óbitos em gestantes que apresentaram este caso clínico, 7 não foram submetidas a tratamento cirúrgico. Por fim, percebeu-se que a realização da cirurgia foi importante para o prognóstico da paciente e questiona-se a realização de cirurgia de correção de hérnia hiatal em mulheres em idade fértil.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2288

TÍTULO DO TRABALHO: CONDUTA FRENTE A UM DIVERTICULO DE MECKEL

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DANIEL DE MORAIS TAVARES1; LUANA ARRUDA2; JOÃO PAULO ISSAMU TAKATA2; EDUARDO LOPES DIAS2; FERNANDA NEIVA RIBEIRO2; THEAGO ARRUDA ESPÍRITO SANTO2; DYEGO DOS SANTOS QUEIROZ2; VALTER FABRICIO FERREIRA DARI2. 1. PUC-SP, SOROCABA - SP - BRASIL; 2. COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI, CAMPINAS - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O divertículo de Meckel é a anomalia congenital mais comum do trato gastrointestinal, afetando cerca de 4% da população. Representa um divertículo verdadeiro resultante da involução incomplete do ducto onfalomesentérico. Afeta ambos os sexos na mesma proporção, porém suas complicações acometem maioritariamnete o sexo masculino, em qualquer idade. Possui uma mortalidade de 6%, justificando-se o tratamento cirurgico. RELATO DO CASO: Paciente A. J. G., sexo masculine, 73 anos, natural de carangola ? MG, residente em campinas há 23 anos, porteiro, casado. Atendido no pronto Socorro do Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi relatando dores crônicas abdominas com piora súbita nas ultimas 24h. Dor se intensificou em fossa iliaca direita associado com nauseas e hiporexia. Ao exame fisico notado em abdomen sinal de Blumberg positivo e radiografia evidenciava alça fixa em fossa ilíaca direita. Levantado hipótese de abdome agudo inflamatório e submetido o paciente a procedimento cirurgico. Realizado incisão transumbilical e identificado a 70cm da valvula íleo-cecal um divertículo de meckel, hiperemiado e aderido a alças de delgado. Optado por ressecção do divertículo, enterectomia segmentar, e anastomose termino-terminal em dois planos. CONCLUSÃO: Devido a possibilidade de complicações e malignidade ao longo da evolução de um divertículo de meckel é mandatório sua ressecção durante abordagem cirurgica ou no diagnóstico incidental.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1420

TÍTULO DO TRABALHO: CORDOMA SACRAL: RELATO DE CASO DE RARA NEOPLASIA ÓSSEA MALIGNA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANA FATIMA MINEIRO1; NOELLE NOGUEIRA CARBONIERI1; BRUNO AMANTINI MESSIAS2; VITORIA CASTRO MARCOS2; RITCHELI NAYARA MORAES DE CARVALHO1; MELANIE NOGUEIRA CARBONIERI3. 1. CUSC, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. HGC, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 3. FACERES, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Cordoma é um tumor ósseo maligno originário de remanescentes embrionários da notocorda e por isso se localiza no esqueleto axial. É raro, corresponde à 1 - 4% dos tumores malignos primários dos ossos, porém é a neoplasia primária mais comum da região sacral. É mais frequente no sexo masculino e entre 5º e 7º décadas de vida. Os principais sintomas são dor local, compressão nervosa e de outros órgãos adjacentes, como ureter e reto, podendo levar à retenção urinária e incontinência fecal. Normalmente são tumores grandes devido à demora diagnóstica (entre 4 e 24 meses). Para o diagnóstico a RNM é superior a TC quanto à determinação de invasão tumoral, infiltração no canal medular e na musculatura glútea. Apresentam Imunohistoquímica típica, positiva para citoqueratinas (AE1 e AE3), antígeno epitelial de membrana (EMA), Proteína S-100 e NSE, e negativa para antígeno cárcino-embriônico (CEA). O tratamento é cirúrgico, a ressecção em bloco da lesão com margens cirúrgicas livres é o maior fator para avaliar prognóstico e a radioterapia está indicada apenas nos pacientes com margens cirúrgicas positivas. RELATO DE CASO: CFS, sexo feminino, 53 anos, hipertensa, ex-tabagista e nega alergias e cirurgias prévias. Paciente vem ao PS do HGC com dor sacral há 7 meses. A dor é em pontada, piora ao evacuar e ao pegar pegar peso, sem irradiação e refere obstipação crônica associada. Ao exame físico estava em bom estado geral, com abdome inocente, à inspeção retal foram visualizados plicomas e toque retal sem alterações. Os exames laboratoriais estavam normais. A tomografia evidenciou tumoração retro-retal com invasão sacral e colonoscopia com compressão extrínseca do reto médio. A paciente foi submetida à biópsia que evidenciou Cordoma com focos de anaplasia (neoplasia maligna de células claras) no sacro. A imunohistoquímica foi compatível com Cordoma (AE 1 + AE3 positivo, CEA negativo, EMA positivo, GFAP negativo, Proteína S-100 negativo). Paciente foi encaminhada para seguimento no Hospital São Paulo. CONCLUSÃO: No geral o Cordoma apresenta crescimento lento e comportamento agressivo local, mas 5% têm alto grau de malignidade com evolução agressiva e metástases, sendo os sítios mais frequentes o pulmão, fígado e os ossos. Existe um paradigma quanto ao tratamento cirúrgico ideal, uma vez que a ressecção mais conservadora apresenta altas taxas de recidiva local, enquanto a ressecção mais radical teria menor chance de recidiva, porém maior morbidade.

CODIGO DO TRABALHO: 466

TÍTULO DO TRABALHO: Corpo estranho em rim via aparelho digestivo

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: HEITOR FERNANDO XEDIEK CONSANI1; MARILIA COLTURATO CLETO2; YASMINE HENRIQUES DE FIGUEIREDO REBECCHI2. 1. CENTRO CIRURGIA DA HÉRNIA E UNIDADE REGIONAL DE EMERGENCIA - CHS, SOROCABA - SP - BRASIL; 2. UNIDADE REGIONAL DE EMERGENCIA - CHS, SOROCABA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Uma condição comum que pode ser encontrada nos serviços de emergência é a ingestão de corpos estranhos, responsável por provocar complicações graves e potencialmente fatais principalmente quando esse corpo estranho migra para fora do trato gastrointestinal. A gravidade dependerá do tipo do corpo estranho e da região anatômica que foi acometida.Apresentamos um caso de migração de corpo estranho metálico do angulo hepático do colon para rim direito juntamente com a presença de outros no trato digestivo. Paciente do sexo masculino com 27 anos, não institucionalizado da entrada na Unidade Regional de Emergência com quadro de hematúria e febre ha 2 dias. Na investigação diagnostica apos historia clinica e exames laboratoriais ,foi feito tomografia computadorizada de abdômen que evidenciou a presença de diversos objetos hiperdensos em pelve e um outro transfixante em rim direito com sinais de abscesso e grande aumento de volume renalFoi então indicado retirado cirúrgica desses objetos sendo encontrado uma perfuração em angulo hepático do colon que fistulizava o objeto metálico para rim causando grande abscessoFeito nefrectomia , rafia do colon e uma enterotomia com retirada de diversos corpos estranhos de delgadoA migração de corpo estranho para o rim é evento muito raro devido as características do tubo digestivo sendo que o principal local é o duodeno.O diagnostico se da pela história clinica detalhada para determinar se a ingestão foi acidental ou se pode estar ligada a algum fator neuropsicológico. Exames subsidiários, principalmente os de imagem podem ajudar a confirmar o diagnóstico, localizar o corpo estranho, mostrar complicações e sugerir opções de tratamento, que também são determinados pela localização anatômica, tamanho, forma e capacidade de mobilidade. Quando a abordagem cirúrgica é a opção mais viável, as opções sao: cirurgia aberta, endoscópica, anterógrada e nefrostomia percutânea retrograda, nos casos desse corpo estranho apresentar-se no rim, embora sejam raros. As características de quando o rim é o local que abriga o corpo são semelhantes ao quadro de formação de cálculo, com a presença de cólicas renais típicas e com ou sem hematúria grave.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1585

TÍTULO DO TRABALHO: CORRELACAO ENTRE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA E TAXA DE APENDICECTOMIA NEGATIVA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CHRISTIAN SPINA; OTTO MAURO DOS SANTOS-ROSA; ANA PAULA MARCONI IAMARINO; NAYARA MARJA GIL; ORLANDO CONTRUCCI FILHO; MARCELO AUGUSTO F. RIBEIRO JR.. UNISA, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O diagnóstico de apendicite aguda em pacientes com achados clínicos típicos pode ser realizado com base na clínica e nos exames laboratoriais, por meio do Escore de Alvarado (EA) e em geral, são encaminhados diretamente para a cirurgia, dispensando os métodos de imagem. Quando solicitados, a tomografia computadorizada é o exame de escolha. Objetivos: Correlacionar o exame de Tomografia Computadorizada com as taxas de apendicectomias negativas.. Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo, interseccional e retrospectivo de todos os casos de apendicite aguda internados no período de junho de 2014 até junho de 2015, no Hospital Geral do Grajaú ? SP. A análise estatística foi realizada utilizando-se o software Epi-Info 7. Resultados: Foram realizadas 379 cirurgias devido apendicite aguda, sendo excluídos 139 pacientes, referentes a população pediátrica operada. Ao total foram estudados 240 pacientes. A TC de abdome foi solicitada para 152 pacientes (63,33%). Deste número, 145 (95,39%) foram diagnosticados com AA. Em 11 pacientes (4,76%) o exame anatomopatológico evidenciou apendicite em fase edematosa, em 157 em fase flegmonosa (67,97%), 45 (19,48%) em fase gangrenosa e em 2 na fase necrosada (0,87%). O número de apendicectomias negativas foi de 16 pacientes (6,93%). Conclusão: O implemento da tomografia computadorizada no diagnóstico de apendicite aguda reduziu as taxas de apendicectomias negativas para abaixo daquelas consideradas normais na literatura.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2493

TÍTULO DO TRABALHO: Detecção precoce do pneumotórax secundário à intubação da via aérea inferior por sonda de alimentação enteral: um estudo de qualidade do serviço em população idosa.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JORGE HENRIQUE RIVABEN1; JULIO MOTT ANCONA LOPEZ2; DANIELA CRISTINA ALMEIDA DIAS2; MARCIO BOTTER2; ANDRE MIOTTO2; PEDRO AUGUSTO ANTUNES HONDA2; RAFAEL HENRIQUE ROJA2; THIAGO HASSEGAWA2. 1. INSTITUTO DE ENSINO PREVENT SENIOR, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. INSTITUTO DE ENSINO PREVENT SENIOR, SAO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: a indicação de alimentação por sonda enteral tem aumentado nos hospitais dedicados a população idosa. Podem ocorrer complicações respiratórias relacionado ao método. Objetivos: Analisar os sujeitos que sofreram pneumotórax secundário ao mal posicionamento da sonda de alimentação enteral em uma população idosa. Método: Estudo restrospectivo realizado entre outubro de 2015 e janeiro de 2016 dos pacientes que apresentaram pneumotórax secundário ao mal posicionamento da sonda de alimentação enteral em uma população idosa. Resultados: Foram incluídos 18 sujeitos, sendo 14 do sexo feminino e 04 do masculino. A média da idade foi de 86 anos. O lado mais acometido foi a cavidade pleural direita em 15 casos, sedo que em 02 sujeitos o pneumotórax foi bilateral. O diagnóstico foi realizado no mesmo dia em 15 casos, no dia seguinte em 02 casos e em 48 horas em 01 caso. O dreno utilizado no primeiro atendimento em 17 casos foi o tubular tipo ?pig tail? sendo que em 01 sujeito não foi drenado. A média do tempo de drenagem foi de 6,45 dias. A dieta pela sonda nasoenteral não foi liberada em 15 casos e, administrada de forma inadvertida em apenas 03 casos. O hidro-tórax estava associado em 03 sujeitos. Sobre a ventilação, 15 pacientes estavam em modo espontâneo e 03 em ventilação mecânica assistida. A maior parte dos pacientes apresentou evolução favorável do pneumotórax, promovendo a expansão pulmonar e cicatrização da fístula com retirada do dreno em 14 sujeitos. Dois pacientes necessitaram de intervenção operatória, os dois sobreviveram, 01 sujeito foi submetido a decorticação pleural e, 01 outro, necessitou de pleuroscopia para remoção de coleção residual. Ocorreram 04 mortes sendo 02 relacionadas fortemente a complicação da sonda nasoenteral mal locada na via aérea inferior que contribuiu para a falência respiratória e outros 02 morreram de complicações relacionadas a outras patologias, embora anda estivessem com o dreno de tórax. Foram realizadas 13,570 introduções de sondas no período estudado, portanto a complicação ocorreu em 0,13 % deste universo. Conclusão: A maioria dos pacientes desta série evoluiu para a cura do pneumotórax secundário a introdução da sonda enteral mal locada na via aérea inferior com o uso do dreno de tórax tubular. A ação educativa foi positiva, pois a maioria dos sujeitos teve seu diagnóstico da complicação estabelecido imediatamente ao método realizado e com uma taxa muito pequena de eventos frente ao universo estudado.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 888

TÍTULO DO TRABALHO: Disgenesia gonadal pura XY e sua associação com um risco aumentado de disgerminoma de ovário

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARIENE CENTENO ABEL; CRISTIAN PEREIRA BOTELHO; RAYANA TRAMONTINI DA SILVA; FABIANA TABEGNA PIRES; MATHEUS HENRIQUE PASCHOALONI DE FREITAS; JÔNIO VIEIRA FERREIRA; PAULO RICARDO GAZZOLA ZEN; RAFAEL FABIANO MACHADO ROSA. UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE - UFCSPA, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: a disgenesia gonadal pura XY (DGP XY) é um distúrbio do desenvolvimento sexual associado a anomalias do desenvolvimento gonadal que resulta na presença de genitais externos e internos femininos, apesar do cariótipo 46,XY. Nosso objetivo foi relatar o caso de uma paciente com DGP XY em que o disgerminoma de ovário foi uma das primeiras manifestações clínicas.Relato do Caso: a paciente veio encaminhada aos 20 anos de idade para avaliação por história de amenorréia primária. Apresentava história de telarca aos 16 anos e de pubarca com 14 anos, após início de hormonioterapia. Tinha história de dor em cólica em andar inferior do abdome há cerca de 2 meses, que se acompanhou de distensão abdominal. A ecografia abdominal havia revelado a presença de uma lesão expansiva, presumivelmente sólida, hipoecoica, com vários focos hiperecogênicos no interior, medindo 3,5cmX2,5cmX2,5cm. A paciente apresentava aumento dos níveis de LH e FSH e baixos de estradiol. Ela era filha de pais jovens e não consanguíneos. Não havia outros casos similares na família. Ao exame físico, a paciente apresentava estatura de 160cm, peso de 55 Kg e perímetro cefálico de 56,5cm, envergadura de 166cm, palato alto, orelhas em abano e cúbito valgo O seu cariótipo revelou a presença de uma constituição cromossômica masculina normal (46,XY). A paciente foi submetida à cirurgia de ooforectomia bilateral, sendo que o anatomopatológico da lesão do anexo esquerdo foi compatível com disgerminoma de ovário.Conclusão: a frequência da DGP XY é de cerca de 1 caso para cada 80.000 indivíduos, o que faz dela uma condição rara. O risco de desenvolver um tumor gonadal, como visto em nossa paciente, é de 15 a 35%. Portanto, para tais casos, é crucial a realização de gonadectomia profilática bilateral o mais precoce possível.Bibliografia:1. Huang H, Wang C, Tian Q. Gonadal tumour risk in 292 phenotypic female patients with disorders of sex development containing Y chromosome or Y-derived sequence. Clin Endocrinol (Oxf). 2016 Oct 13.2. Kumar NP, M V, Mathews A, James FV. Mixed Germ Cell Tumour in a Case of Pure Gonadal Dysgenesis (Swyer Syndrome) - A Case Report. Cureus. 2016 Jan 13;8(1):e459. 3. Jørgensen A, Lindhardt Johansen M, Juul A, Skakkebaek NE, Main KM, Rajpert-De Meyts E. Pathogenesis of germ cell neoplasia in testicular dysgenesis and disorders of sex development. Semin Cell Dev Biol. 2015 Sep;45:124-37.

CODIGO DO TRABALHO: 2374

TÍTULO DO TRABALHO: DIU intra-abdominal: uma rara e grave complicação

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: THAÍS ROSSANA CRUZ DE SOUZA1; ARTHUR LUIZ NORTE GOMES PEREIRA ARARUNA1; ROBERTO MORENO MENDONÇA2; MANUELA GOMES DE AGUIAR1; MARCÍLIO CARDOSO DE QUEIROZ1; RENANNA LYRA LIMA BARBALHO COUTINHO1; RAPHAEL VICTOR CAMPOS FREIRE BARELA1; THIAGO ALEXANDRE MACEDO DE AZEVEDO3. 1. UNIVERSIDADE POTIGUAR, NATAL - RN - BRASIL; 2. INSTITUTO DE RADIOLOGIA DE NATAL, NATAL - RN - BRASIL; 3. HOSPITAL MUNICIPAL SANTA ISABEL, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O dispositivo intrauterino (DIU) é o método contraceptivo reversível de longa ação mais utilizado devido sua alta eficácia, segurança e baixo custo. Sua inserção pode apresentar algumas complicações raras, dentre elas o deslocamento do dispositivo. A sua saída da cavidade uterina é uma grave complicação, ocorrendo a cada 350 a 2.500 inserções. Este relato descreve um caso de deslocamento de DIU para a cavidade abdominal em uma paciente que inseriu o dispositivo após césarea.RELATO DE CASO: APFFMG, sexo feminino, 34 anos, submetida a cesariana recente com inserção de DIU, apresentou-se com queixa de dor em abdome inferior e sangramento uterino anormal. Foi submetida a ultrassonografia pélvica transvaginal (USGTV) que evidenciou a presença de linha hiperecogênica atravessando a cicatriz cirúrgica. Tal achado foi compatível com o fio do DIU, uma vez que este não foi identificado na cavidade uterina, presumindo-se então que esse encontrava-se na cavidade abdominal. Seguiu-se a tomografia computadorizada (TC) de pelve que mostrou o DIU localizado no tecido adiposo da cavidade abdominopélvica, superior a bexiga urinária, sem evidências tomográficas de processo inflamatório local ou coleções.CONCLUSÃO: O deslocamento do DIU pode ocorrer por perfuração uterina durante a inserção ou posteriormente de forma espontânea. O risco de perfuração uterina no momento da inserção do DIU é maior no período pós-parto ou pós-aborto, devido a contração e involução uterina. Dentro da cavidade peritoneal, o DIU pode causar fibrose, dor abdominal, infertilidade, obstrução intestinal e perfuração de órgãos. A maioria das pacientes é assintomática, com diagnóstico tardio ou acidental por uma radiografia de pelve ou coluna vertebral. Os sintomas da existência de um corpo estranho iniciam após a inserção do dispositivo ou meses depois, a depender do local de fixação. O diagnóstico de DIU intra-abdominal é realizado inicialmente por USGTV e a radiografia pélvica pode descartar a sua expulsão vaginal e confirmar a localização intra-abdominal. Ocasionalmente, a TC pélvica é solicitada para definição da anatomia uterina. A abordagem consiste na remoção do DIU por via laparoscópica ou laparotomia. Alguns autores recomendam a remoção do DIU apenas nas pacientes sintomáticas, devido as aderências em torno do dispositivo. A OMS recomenda que qualquer DIU intra-abdominal seja removido cirurgicamente.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1732

TÍTULO DO TRABALHO: Diverticulite de Ceco Tratada por Videolaparoscopia: Relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PAULA JULIANA AMAZONAS DE ALENCAR1; MARCELO BORGONOVO DOS SANTOS1; MARCOS TULIO SILVA1; CAMILA BUSSOLO SCHMITT2; GUSTAVO LEMOS PELANDRE1; TAYSSA FONTANA2; THAIS LINS SOARES LEITE2. 1. HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ DR HOMERO DE MIRANDA GOMES, SÃO JOSÉ - SC - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA, PALHOÇA - SC - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOA diverticulite de ceco apresenta uma incidência que varia de 0,04 a 2,1% (Kurer MA 2007). Os casos geralmente acometem todo o cólon, sendo que no ocidente predominam no sigmóide e no descendente, e no oriente, no cólon direito (Law WL 2016). A doença predomina em homens de 30-38 anos (Hot S 2015).É raramente diagnosticada no pré-operatório por mimetizar outras doenças, sendo o diagnóstico diferencial mais comum a apendicite aguda (Kalkan S 2016). Exames complementares podem auxiliar nesta distinção mas, na maioria dos casos, o diagnóstico é feito no intra-operatório (Yilmaz O 2016). RELATO DE CASOFeminino, 50 anos, admitida no Hospital Regional de São José Dr Homero de Miranda Gomes em outubro de 2016, com dor abdominal em fossa ilíaca direita (FID) de forte intensidade, com 2 dias de evolução, associado a picos febris, vômitos e inapetência. Ao exame, o abdome era doloroso à palpação na FID, com defesa abdominal, sem plastrão e sinais vitais estáveis. Relata Diabetes Mellitus tipo 2 e hipertensão arterial sistêmica controladas.Os exames bioquímicos apresentavam apenas um discreto aumento de proteína C reativa, com 26,8 mg/L. Paciente foi submetida à ultrassonografia de abdome total que demonstrou hiperecogenicidade do tecido adiposo da FID sugerindo processo inflamatório local e apêndice cecal não visualizado. Por conseguinte, foi realizado uma tomografia computadorizada de abdome que evidenciou imagem sugestiva de divertículo localizado na parede medial do ceco, inferiormente à válvula ileocecal de 31x24 mm; sem alterações no apêndice cecal.Foi iniciado ceftriaxona e metronidazol, e, após 48h, a paciente evoluiu com piora clínica, sendo indicada a videolaparoscopia. Durante a cirurgia, identificada uma massa bloqueada por epíplon na parede medial do ceco, junto ao íleo terminal, além de aderências envoltas sobre o apêndice. Realizou-se a liberação das aderências e ressecção da parede medial do ceco, englobando a massa com endograpeador e posterior realização da apendicectomia de oportunidade. Retirada da peça da cavidade em ?punho de luva? através da ampliação do portal suprapúbico. O anatomopatológico identificou e confirmou diverticulite de ceco com formação de microabscessos na serosa e apendicite aguda incipiente. Evolução favorável e alta hospitalar no 3° dia pós-operatório.CONCLUSÃONão havendo consenso do melhor método de tratamento para a diverticulite de ceco, a decisão terapêutica deve ser individualizada (Kurer MA 2007).

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2603

TÍTULO DO TRABALHO: Diverticulite de Meckel em homem jovem

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ARETUSA KRUCHINSKI1; MURILO DALLA COSTA2; PATRÍCIA MORAES2; EVELYN MÁRCIA LEITE PEREIRA2; MARILIA HIRTH RIBAS2; MARCOS GUILHERME TIBES PAULETTI2; FELIPE DE SOUZA DE BARROS CORREA2; JOEL ANTONIO BERNHARDT2. 1. HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN, BALNEARIO CAMBORIÚ - SC - BRASIL; 2. HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN, BALNEÁRIO CAMBORIÚ - SC - BRASIL.

RESUMO:
Divertículo de Meckel é um remanescente do conduto onfalomesenterico. (2) É um divertículo verdadeiro, localizado na borda anti-mesentérica dos últimos 100 centímetros do íleo. (2) Atinge 2% da população (1) e apresenta taxa de complicação de 4% durante toda a vida. (3) Hemorragia, obstrução e inflamação são os três grandes grupos de complicações. (3) A diverticulite é uma das complicações identificadas nesses casos e é clinicamente indistinguível da apendicite, exceto que a dor é tipicamente localizada em região periumbilical. (1) Casos sintomáticos devem ser ressecados, através de enterectomia com enteroanastomose nos casos de inflamação ou ulceração. (1)Identificação: M.I.P., 15 anos, estudante, sem comorbidades.HDA: Paciente com dor periumbilical há seis horas, com náuseas e vômito. Sem queixas urinárias, intestinais ou febre. Sinais vitais estáveis, dor à palpação em mesogástrio e baixo ventre. Sem alterações laboratoriais. Liberado com orientações. Retorna após 12 horas, com piora dos sintomas. Mantém sinais vitais estáveis, dor em mesogastrio e baixo ventre, sem irritação peritoneal. Leucocitose, sem desvio à esquerda, PCR 90. TC de abdome: Pneumoperitônio, apêndice cecal em FID com 14 mm, líquido livre e borramento de planos adiposos adjacentes, liquido livre na pelve.Indicada laparotomia, com incisão mediana infraumbilical. Identificado pus na cavidade, a 60 cm da válvula íleo cecal hiperemia, Divertículo de Meckel com perfuração próxima à base, apêndice cecal aparentemente sem alterações. Realizada lavagem exaustiva da cavidade, enterectomia + enteroanastomose com grampeador linear e apendicectomia. Boa evolução, alta no 5o PO. Acompanhamento pós operatório no 15oPO, sem queixas, com boa cicatrização.Anatomopatológico: Diverticulite de Meckel perfurada (serosite aguda fibrinoleucocitária) e Apendicite aguda.A importância desse caso repousa na dificuldade da diferenciação entre diverticulite do divertículo de Meckel e apendicite aguda, através da avaliação clínica e laboratorial.
1 - WONG, C. S.; et al. Meckel?s diverticulitis: a rare entity of Meckel`s diverticulum. Journal of Surgical Case Reports, Jan, n. 1, p. 1-3, 2017.2 - GUEYE, M.L.; et al. Perforated mesenteric Meckel`s diverticulum in an adult: a real variant?. Journal of Surgical Case Reports, Set, n. 9, p. 1-3, 2015.3 - FARAH, R. H.; et al. Spontaneous perforation of Meckel`s diverticulum: a case report and review of literature. Pan African Medical Journal. n. 20, v. 319, 2015.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2226

TÍTULO DO TRABALHO: DIVERTÍCULO DE MECKEL HERNIADO ATRAVÉS DO LIGAMENTO LARGO: UMA CAUSA RARA DE OBSTRUÇÃO INTESTINAL

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOHANNA JOHANN1; TATIANA MIE MASUKO1; LUANA BRINGHENTI2; ANDRÉ VICENTE BIGOLIN2; RODRIGO KOPROVSKI MENGUER2; FERNANDO JOSÉ SAVÓIA DE OLIVEIRA1; DIEGO INÁCIO GOERGEN1; RAISA BRINGHENTI3. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 2. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, SANTA MARIA - RS - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A obstrução do intestino delgado é uma das principais causas de abdome agudo e está associada à morbidade e mortalidade elevadas. A obstrução intestinal causada por hérnia interna é extremamente rara, especialmente quando causada por um defeito no paramétrio. Caso: Mulher, 42 anos, G2P2, previamente hígida apresentava dor pélvica crônica, referindo dor em fossa ilíaca esquerda há 4 dias, negava trauma, ao exame não apresenta alterações no exame físico. Relatava piora da dor nos últimos 2 dias associada a parada de eliminação de gases e fezes, distensão abdominal e vômitos há 1 dia. Paciente sem cirurgias abdominais prévias, laboratoriais evidenciando moderada leucocitose. Paciente estável, não apresentava alto débito pela sonda nasogástrica. Realizou tomografia abdominal com contraste que evidenciou obstrução intestinal com alças intestinais herniadas através do ligamento largo com sinais de congestão. A paciente foi levada à laparoscopia onde foi identificado o segmento de alça herniado através de defeito do ligamento largo à esquerda. Durante redução do conteúdo observou-se que no segmento de alça herniado estava presente um divertículo de Meckel. O defeito foi corrigido laparoscopicamente com Seda 2.0, as alças estavam viáveis e sem necessidade de ressecção. O ligamento largo à direita não apresentava defeitos. O segmento intestinal foi exteriorizado pelo pertuito do portal umbilical e foi realizada diverticulectomia. A paciente evoluiu bem sem recorrência da dor ou do quadro. Conclusão: A hérnia interna através do ligamento largo é uma rara causa de obstrução mecânica do intestino delgado. A presença do divertículo de Meckel herniado por esse defeito não havia sido relatada na literatura e pode configurar como um fator complicante para a ocorrência da obstrução. A laparoscopia se apresenta como ferramenta diagnóstica e terapêutica no manejo desta condição. O fechamento do defeito no ligamento largo deve ser sempre realizado, mesmo quando encontrado incidentalmente, para evitar uma possível complicação, como a obstrução intestinal. A hérnia interna pelo ligamento largo deve ser considerada um diagnóstico diferencial principalmente em mulheres com quadro de obstrução intestinal, com história de endometriose, dor pélvica aguda ou crônica e multíparas.

CODIGO DO TRABALHO: 1071

TÍTULO DO TRABALHO: Divertículo Solitário de Ceco Encarcerado Como Complicação de Hérnia Umbilical Volumosa

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PAULO HENRIQUE RIBEIRO DE OLIVEIRA1; RICARDO DOS SANTOS VASCONCELOS1; MILENA AGRIZZI BOZI ALEXANDRE1; CLAUDIO LUIZ LOURENCO DE SOUZA1; RENAN BRITO NOGUEIRA2; BRUNO BERNABÉ LUBRAICO1; LARISSA KAROLYNNE RIBEIRO PORFIRIO1; BRUNA FREIRE SANTOS1. 1. HOSPITAL PÚBLICO MUNICIPAL DR. FERNANDO PEREIRA DA SILVA EM MACAÉ - RJ, MACAÉ - RJ - BRASIL; 2. HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA DE MACAÉ, MACAÉ - RJ - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Paciente N.A. 64 anos, feminino, natural de Rio Das Ostras-RJ, deu entrada pela emergência no Hospital Público Municipal Dr. Fernando Pereira da Silva em Macaé-RJ, no dia 29/03/2016.Relato de Caso: Apresentava dor abdominal intensa, com piora há 48 horas, associada a vômitos pós-prandiais. Exame físico: Obesa, abdômen em avental, apresentando hérnia umbilical volumosa, com perda de domicílio, dolorosa à palpação, hiperemia e calor local. Exame laboratorial: Hemoglobina 11,5 g/dl; hematócrito 36,1%; Leucócitos 8580 mm³, sem desvio; Ureia 15 mg/dl; Creatinina 0,55 mg/dl; Sódio 139 mEq/l; Potássio 4,5 mEq/l. TC - Volumosa hérnia umbilical de orifício herniário de 6,0 cm, com alças de delgado distal, cólon ascendente e transverso em seu interior, espessamento parietal difuso e densificação dos planos gordurosos adjacentes à região ileocecal. Presença de imagem ovalada hipodensa em região anexial direita medindo cerca de 9,6x8,0 cm. Realizada laparotomia exploradora, evidenciando divertículo único de ceco perfurado com secreção purulenta, alças de delgado, cólon ascendente e transverso no interior do saco herniário. Realizada hemicolectomia direita, ooforectomia bilateral e peritoneostomia com colocação de tela de Marlex e proteção das alças com Sterile Pack para posterior aproximação da musculatura abdominal. Fechamento da peritoneostomia após 5 reabordagens cirúrgicas programadas, com retorno gradativo das vísceras.Conclusão: Divertículos solitários de ceco são de origem congênita, relativamente raros, menos de 2,5%, e geralmente assintomáticos, achados acidentais em laparotomia. No caso descrito, a complicação com isquemia e necrose ocorreu devido à sua presença, entre outras vísceras, em conteúdo encarcerado de volumosa hérnia umbilical crônica, provavelmente associada ao aumento da pressão intracavitária provocado pela tumoração anexial direita.A opção pela hemicolectomia direita e anastomose primária foi adotada pelo cirurgião e a confecção de peritoneostomia foi utilizada para o controle da reintrodução visceral ao domicílio intracavitário abdominal.A paciente evoluiu com fechamento definitivo da parede abdominal no 21º dia pós-operatório. Apresentava-se em condição de alta, com funções fisiológicas reestabelecidas, alimentação normal e deambulação. Aguardava conclusão de antibioticoterapia, sendo acometida subitamente por quadro de Embolia Pulmonar Aguda, apesar do uso de medicação antitrombótica profilática (Clexane), culminando em óbito.

CODIGO DO TRABALHO: 902

TÍTULO DO TRABALHO: EMERGÊNCIAS VASCULARES: DISSEÇÃO DE AORTA, UM RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: TATYANE RIBEIRO DE CASTRO PALITOT1; GABRIEL LUNARDI ARANHA2; FELIPE AUGUSTO FERREIRA SIQUELLI3; JULIANA COELHO XAVIER4; HEMELI GEANINE BERTOLDI2; LUÍS AUGUSTO PRAZIM BEZERRA5; MATHEUS OLIVEIRA CARLOTA6; ELIANE PEREIRA DA SILVA CPF1. 1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES/UFRN., NATAL - RN - BRASIL; 2. FCMS/JF, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL; 3. FACISB, BARRETOS - SP - BRASIL; 4. UNINASSAU, RECIFE - PE - BRASIL; 5. UESB, VITÓRIA DA CONQUISTA - BA - BRASIL; 6. PUC CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL) é uma instituição hospitalar universitária pública vinculada à Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) que visa desenvolver ações de ensino e pesquisa, articuladas à assistência à saúde de média e alta complexidade. As doenças cardiovasculares continuam sendo importante causa de mortalidade e morbidade cardiovascular e segundo o DATASUS, de janeiro à dezembro de 2016 o HUOL recebeu 1.793 casos de doenças da artéria aorta, sendo o serviço de cardiologia do HUOL referência para resolução de tais problemas. Dentre as morbidades mais graves, a dissecção de aorta é uma emergência cardiovascular pouco frequente, mas de elevada morbimortalidade. O seu quadro clínico e o exame físico são inespecificos, logo seu diagnóstico pode ser dificultado. Além disso é um dos diagnósticos diferenciais mais importantes do Infarto Agudo do Miocárdio (IMA) e, assim, seu conhecimento e diagnóstico rápido é de extrema relevância para diminuir o número de pacientes perdidos. Nesse relato temos como meta descrever o quadro clínico, evolução e diagnóstico de um caso de dissecção de aorta e sua contribuição para diminuir o tempo porta-agulha e porta-balão em emergências cirúrgicas cardiovasculares. RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 42 anos, com antecedentes de HAS não controlada há 1 ano com picos hipertensivos em consultas prévias, dependente químico (cocaína), etilista importante e fumante (30 maços/ano), deu entrada no HUOL encaminhado de outro serviço, onde estava internado há 3 dias com história de dor interescapular de forte intensidade, de inicio súbito, em rasgada e que o paciente classifica como insuportável, que persistiu por mais de seis horas associada a sudorese e dispneia aos esforços. Na angiotomografia de tórax e abdome constatou-se uma dissecção de aorta que se iniciava na porção tubular da aorta ascendente alcançando a bifurcação e a artéria ilíaca comum direita (tipo I de De Bakey) e a presença de hemopericádio com restrição diastólica das câmeras esquerda. Paciente submetido à cirurgia com inserção de prótese (stent) CONCLUSÃO: Estudos demonstram que, em caso de dissecção de aorta, o tempo porta-balão deve ser o menor possível já que a mortalidade aumenta 1% por hora nas primeiras 48h e chega a 80% na primeira semana, portanto o diagnostico precoce e preciso da dissecção de aorta é fundamental para a conduta correta.

CODIGO DO TRABALHO: 665

TÍTULO DO TRABALHO: ENDOMETRIOMA EXTRAPÉLVICO: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: POLLYANA RODRIGUES MARGATO1; LUIZ CARLOS FURTADO DE ALMEIDA JUNIOR2; JAIDER VIDIGAL3; GUILHERME FREIRE ANGOTTI CARRARA2; ALINE EVANS FERREIRA1; ANA THALISSA VILELA CARVALHO1; THAIS APARECIDA TEODORO1; LUANA REZENDE GUIMARAES1. 1. UNIVERSIDADE DE UBERABA, UBERABA - MG - BRASIL; 2. HOSPITAL DR. HELIO ANGOTTI, UBERABA - MG - BRASIL; 3. HOSPITAL UNIVERSITARIO MARIO PALMERIO, UBERABA - MG - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVO: Relato de caso de paciente apresentando endometrioma extrapelvico com revisão de literatura abordando manifestações clínicas e tratamento cirúrgico. MÉTODO: Análise retrospectiva de prontuário de paciente com endometrioma extrapélvico. INTRODUÇÃO: O endometrioma é uma forma de apresentação localizada da endometriose, afetando principalmente os ovários. O diagnóstico é sugerido pela história clínica e por estudos ultrasonográficos (US). O risco de malignização é baixo. O tratamento tem como objetivo o alívio da dismenorréia, da dor pélvica e/ou restabelecimento da fertilidade. RELATO DE CASO: P.R.M., feminino, 29 anos, branca, natural e procedente de Uberaba, solteira, G0P0C0A0. Iniciou quadro de desconforto intestinal concomitante a cólicas intestinais intensas. Admitida no serviço de ginecologia e obstetrícia do Hospital Universitário Mário Palmério para investigação de massa palpável em abdome inferior. Realizado US de abdome total e TC pélvica com contraste evidenciando lesão expansiva pélvica (14x10x6cm) e volume de 440ml, com hipóteses de neoplasia ovariana ou mesenterica. Marcadores tumorais: CA 125 = 96.9. Encaminhada ao hospital Dr. Hélio Angotti sendo indicado laparotomia exploradora. Durante procedimento, foi realizado congelação com diagnostico de focos de endometriose / endometrioma, sendo realizado ooforoplastia. CONCLUSÃO: O diagnóstico definitivo do endometrioma é feito por estudo histológico de peça cirúrgica. As opções de tratamento incluem conduta expectante e terapêutica, sendo esta medicamentosa ou cirúrgica, dependendo da clínica e severidade da doença. A terapêutica cirúrgica é geralmente a mais aceita, principalmente nos endometriomas maiores que 3 cm, devido à má resposta e ao alto índice de recidiva que estes apresentam ao tratamento medicamentoso. REFERÊNCIA ACCETTA, I.; ACCETTA, P.; ACCETTA, A.F.; MAIA, F.J.S.; OLIVEIRA, A.P.F.. Endometrioma de Parede Abdominal. ABCD Arq Bras Cir Dig 2011; 24(1): 26-29.CARVALHO, M.S.; PEREIRA, A.N.; MARTINS, J.A.; LOPES, R.C.. Fatores Preditores de Recorrência do Endometrioma Ovariano Após Tratamento Laparoscópico. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2015; 37(2): 77-81.NÁCULL, A.P.; SPRITZER, P.M.. Aspectos Atuais do Diagnóstico e Tratamento da Endometriose. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2010; 32(6): 298-307.

CODIGO DO TRABALHO: 2184

TÍTULO DO TRABALHO: Estamos preparados para manejar o abdômen agudo em paciente super obeso?

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANDRÉ VICENTE BIGOLIN1; RENAN TREVISAN JOST2; PEDRO MARCHIORI CACILHAS2; RODOLFO WERMANN2; RODRIGO DOS SANTOS FALCÃO3; RAFAELA FRANCESCHI2. 1. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 2. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Pacientes com IMC superior a 70 kg/m2 são classificados como pacientes super obesos. Nesta população, o abdome agudo é altamente letal e a literatura é escassa e controversa. O diagnóstico correto do abdome agudo em um paciente com obesidade mórbida é um desafio. Grandes quantidades de tecido adiposo subcutâneo dificultam o exame físico abdominal e os exames de imagem. O objetivo deste estudo foi descrever um caso de um paciente super obeso com abdome agudo e discutir suas peculiaridades e o papel da abordagem laparoscópica. Relato do caso: Um homem de 55 anos com sinais e sintomas de sepse grave foi internado no serviço de emergência. Paciente super obeso, com IMC de 80 Kg/m² e história médica de hipertensão e arritmia. A dor abdominal não foi específica ao exame físico, que foi prejudicada pela obesidade. A ultra-sonografia foi ineficaz e não havia tomografia computadorizada disponível para um paciente de seu peso. O abdome agudo apresentou etiologia inflamatória. A paciente foi submetida a laparoscopia e uma colecistite grave foi diagnosticada e tratada. O paciente apresentou uma recuperação satisfatória e permaneceu por 36h na unidade de terapia intensiva e 5 dias na enfermaria cirúrgica. Conclusão: O abdome agudo no super obeso é desafiador e exige uma intervenção precoce, caso contrário pode ser de difícil resolução. A abordagem laparoscópica pode ser útil especialmente quando adotada por uma equipe experiente.

CODIGO DO TRABALHO: 2548

TÍTULO DO TRABALHO: Estrongiloidíase disseminada ? Relato de caso e revisão de literatura

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FABRICIO DA SILVA CASTILHO. HOSPITAL MUNICIPAL DR MARIO GATTI, CAMPINAS - SP - BRASIL.

RESUMO:
A estrongiloidíase é uma parasitose geralmente crônica e assintomática. Contudo, sua forma mais grave é invasiva e freqüentemente fatal. A estrongiloidíase disseminada é uma condição que possui critérios diagnósticos pouco específicos e tratamentos com eficácia limitada, o que contribui para sua elevada mortalidade. Relatamos a importância do diagnóstico precoce e prevenção desta doença que vêm aumentando sua incidência na população. JARS, 31 anos, masculino, paciente dá entrada no Pronto Socorro Adulto do Hospital Municipal Mario Gatti queixando-se de dor abdominal intensa e difusa associado à constipação intestinal, náuseas e vômitos há 1 dia. Referia que este era o primeiro atendimento médico que procurava, negava demais queixas gerais, cardiológicas, respiratórias, gastrointestinais e urinárias. Nega pico febril. Nega internações prévias, nega alergias, nega doenças crônicas de base. Usuário de drogas (Crack e Maconha), tabagista, etilista social. Nega doenças pregressas. Paciente deu entrada apresentando baixos níveis de Hemoglobina e hematócrito que agravaram-se durante a internação. Uma discreta leucocitose que se manteve até o óbito. Com plaquetose de 896.000, entretanto, próximo à data do óbito apresentou plaquetopenia 37.000. US DE ABDOME TOTAL MASCULINO: Distensão gasosa de alças intestinais + acentuada quantidade de líquido livre na cavidade abdominal. Exame de escarro: Presença de S. Stercoralis. Indicada laparotomia exploradora onde foi desfeito o volvo de delgado que encontrava-se com torção de 360º. Internação em Unidade de Terapia Intensiva, devido a queda na saturação de O2 (80%), taquicardia, dispnéia severa, hipotensão, ausculta pulmonar com roncos difusos e RX com infiltrado alveolar bilateral em tratamento com Cefepime + Metronidazol. Iniciada terapêutica para estrongiloidíase com Ivermectina após confirmação laboratorial do exame de escarro.Durante a internação, o paciente apresentou-se com piora do quadro clínico, em ventilação mecânica e NPT. O paciente veio a óbito devido ao edema cerebral causado pelo choque séptico que se desenvolveu em decorrência da estrongiloidíase disseminada.Após a revisão de todo prontuário, desde a internação do paciente no Pronto Atendimento até seu óbito na Unidade de Terapia Intensiva, o caso foi conduzido de acordo com as normativas descritas na literatura mais atual. Desde seu diagnóstico até seu tratamento final que, apesar de todas as medidas, obteve desfecho desfavorável.

CODIGO DO TRABALHO: 1212

TÍTULO DO TRABALHO: EVISCERAÇÃO VAGINAL COM ISQUEMIA INTESTINAL PÓS HISTERECTOMIA: RELATO DE CASO.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BERNARD COSTA FAVACHO1; FERNANDA VEIGA GONÇALVES2; GABRIELA TRINDADE GÓES2; FELIPE AUGUSTO HAGE SOARES2; ALLAN HERBERT FELIZ FONSECA2; ALEXANDRE ERNESTO POZZEBON MOURÃO2; HÉLIO FERNANDO MACHADO SILVA2. 1. HOSPITAL OPHIR LOYOLA, BELEM - PA - BRASIL; 2. HOSPITAL OPHIR LOYOLA, BELÉM - PA - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A evisceração vaginal pós histerectomia é uma situação muito rara, sendo encontrados pouco mais de 100 casos publicados, e a maioria associada a cirurgia pélvica prévia. Mortalidade gira em torno de 5,6% e a morbidade aumenta quando há comprometimento vascular de segmento intestinal. RELATO DE CASO: Paciente feminino, 78 anos, procedente de Ananindeua - Pará deu entrada em serviço de urgência e emergência com história de abaulamento em região vaginal há 3 anos, associada a incontinência urinária, com piora dos sintomas há 1 dia e presença de dor abdominal intensa, difusa, além de saída de sangue via vaginal. Como antecedentes, paciente relata histerectomia por miomatose uterina há 20 anos, que evoluiu com fistula vesicovaginal e correção cirúrgica 3 anos após o primeiro procedimento. Na admissão, paciente encontrava-se em regular estado geral, apresentando sinais de desorientação, palidez cutânea, dor abdominal difusa à palpação e descompressão brusca negativa. Ao exame ginecológico observado presença de exteriorização de alça intestinal via vaginal. Realizada estabilização clínica inicial e a paciente foi encaminhada para o centro cirúrgico, sendo realizada redução manual via abdominal e vaginal, simultaneamente, de conteúdo exteriorizado, com evidência de isquemia de alça de delgado a 6 cm da válvula ileocecal estendendo-se por cerca de 20 cm, além de lesão de aproximadamente 6 cm em cúpula vaginal. Realizado enterectomia do segmento isquêmico, com anastomose primária e rafia da lesão de cúpula vaginal. Paciente permaneceu em leito de semi intensiva para compensação clínica, recebendo alta hospitalar no 10º pós operatório. CONCLUSÃO: A evisceração vaginal é extremamente rara, sendo a maioria dos pacientes na pós-menopausa e 70% com cirurgia ginecológica prévia. O tempo médio de evisceração após a cirurgia é, em média, de 48 meses. Essa condição deve ser corrigida o mais rapidamente possível. Quando há necrose intestinal a morbidade torna-se ainda mais alta.

CODIGO DO TRABALHO: 702

TÍTULO DO TRABALHO: Fagocitose de Gossipiboma

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANA CELIA DINIZ C. BARBOSA ROMEO; LEONARDO AUGUSTO OLIVEIRA; ANNA CLARA PAIM DE CERQUEIRA SANTIAGO DE FREITAS; LOANE VIANA MARQUES NEVES; LEANE RODRIGUES SILVA; ANDRE GUSMAO CUNHA; MARCIO RIVISON SILVA CRUZ; AUGUSTO JESUINO LACERDA SANTOS. HOSPITAL DO SUBÚRBIO, SALVADOR - BA - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Relato de caso de paciente atendida no Serviço de Cirurgia do Trauma do Hospital do Subúrbio, Salvador-Ba, com quadro de abdome agudo obstrutivo secundário a gossipiboma fagocitado para o íleo terminal.Relato de caso: M.D.E.B., 35 anos, sexo feminino, G4 P4(PN) A0, passado de salpingotripsia há 4 anos e de colecistectomia laparotômica há 4 meses. Refere dor abdominal difusa, predominantemente à direita há 15 dias. Associado ao quadro refere ausência de dejeções e flatos há 8 dias e vômitos com restos alimentares ou biliosos. Ao exame físico: regular estado geral, normocárdica, afebril, anictérica. Abdome flácido, dor difusa à palpação profunda principalmente em QSD, sem irritação peritoneal. Tomografia computadorizada evidenciou moderada dilatação de alças jejunoileais, notando-se redução abrupta do seu calibre a nível do íleo distal, sugerindo semi-oclusão / oclusão intestinal. Realizada laparotomia exploratória: ao inventário da cavidade evidenciou-se alças de delgado dilatadas até íleo com presença de tumoração atípica, de consistência amolecida no interior da alça, depressível à digitopressão. Realizada enterectomia do segmento comprometido e enterorrafia término-terminal; ao exame da peça operatória foi observada compressa cirúrgica no seu interior. Paciente evoluiu bem em pós-operatório, recebe alta no 3ºDPO sem complicações.Conclusão: Gossipiboma é o termo médico usado para fazer referência a corpo estranho de origem têxtil deixado inadvertidamente no interior do paciente após um procedimento cirúrgico, desencadeando reação granulomatosa. Também conhecido como textiloma, foi descrito pela primeira vez por Wilson, em 1884. Apesar de rara é situação de extrema importância, pois se configura iatrogenia que pode resultar em graves complicações ao paciente, incluindo óbito. O quadro clínico é variável e não é incomum que os pacientes permaneçam assintomáticos por meses ou até mesmo por anos, o que dificulta o diagnóstico. Estima-se que a frequência de textilomas varie de 1 em 5500 operações até 1 em cada 18000 intervenções, apesar de ser uma entidade bastante subnotificada. Relatamos um caso no qual o corpo estranho migra da cavidade abdominal para o interior do íleo distal, sendo fagocitado pelo mesmo, ocasionando quadro clínico de obstrução intestinal.

CODIGO DO TRABALHO: 2935

TÍTULO DO TRABALHO: Fasceíte necrotizante cérvico-torácica decorrente de angina de Ludwig: uma complicação pós procedimento odontológico

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BRUNA SANTANA1; ORLANDO CONTRUCCI FILHO2; DIEGO FERREIRA DE ANDRADE GARCIA2; OTTO MAURO DOS SANTOS-ROSA3; MARCELO AUGUSTO F. RIBEIRO JR.2; FABIANA DAMIANI KORSAKOFF2. 1. FACULDADE DE MEDICINA DE SANTO AMARO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 3. HOSPITAL GERAL DO GRAJAÚ, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
A fasceíte necrotizante da região cérvico-torácica (FNCT) é uma infecção rara, de origem predominantemente odontogênica, que evolui com extensa necrose e formação gasosa no tecido subcutâneo facial, cervical, e torácico subjacente, responsáveis por altos índices de mortalidade (40%). Sua disseminação para o mediastino pode cursar com uma mediastinite, que embora rara, pode originar-se após angina de Ludwig (infecção do espaço submandibular originada, em geral, da infecção do 2º ou 3 º molar inferior), resultando em um quadro clínico grave descrito como mediastinite descendente necrosante (MDN); que mantém elevada mortalidade. Relatamos um caso de FNCT decorrente de angina de Ludwig pós extração dentária com posterior evolução para MDN. VL, masculino, 44 anos, com histórico de extração simultânea de 8 dentes, evolução para quadro infeccioso com febre e dificuldade para deglutir. Procurou o serviço do Hospital Regional Sul com queixa de disfagia há mais de 1 semana e dificuldade respiratória nas últimas 24 horas. Negava comorbidades, porém referia etilismo e tabagismo. Ao exame admissional, apresentava quadro séptico com taquicardia, taquipneia, descorado, desidratado e sudoreico, decorrentes de processo inflamatório com áreas de necrose que acometia toda a região cervical anterior e parte superior do tórax. Ao exame laboratorial, leucócitos $23X10^3/mm^3$ com desvio à esquerda e PCR 380mg/dl. Realizada estabilização clínica com hidratação e antibióticoterapia, além de TC de cervical e de tórax que revelou presença de abscesso extenso da região retrofaríngea, cervical e do mediastino. Foi encaminhado para cirurgia de urgência, realizada traqueostomia e submetido a desbridamento inicial com retirada de material necrótico. Posteriormente, houve reabordagem com passagem de SNE; que ao inventário da cavidade cérvico-torácica, evidenciou-se presença de abscesso retrofaríngeo à direita e abscesso na região cervical posterior que seguia para região superior de mediastino à esquerda. Foram efetuados sucessivos desbridamentos com realização de curativos e enxertia de pele após 30 dias da abordagem inicial. O paciente encontra-se bem e em acompanhamento ambulatorial. Abordamos um caso raro e complicado de FNCT decorrente de angina de Ludwig com evolução para MDN pós procedimento cirúrgico odontológico, no qual foi determinante a precisão no diagnóstico e a agilidade na conduta cirúrgica para satisfatória resolução; com impacto direto na redução da mortalidade.

CODIGO DO TRABALHO: 1097

TÍTULO DO TRABALHO: Fasceíte necrotizante: uma rara complicação de diverticulite perfurada em íleo terminal

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GIOVANNA BASSO DURÃES1; HELEN CAROLINE MAGALHÃES COSTA1; MARCO AURÉLIO CRUCIOL RODRIGUES2; EMANUEL GOIS JR2; NAJA NABUT2; HELIO APARECIDO BATISTELA JUNIOR2; RODRIGO EIK SAHYUN2; KELLYN CRISTINA GARBUIO SILVA2. 1. PUCPR- CAMPUS LONDRINA, LONDRINA - PR - BRASIL; 2. HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA, LONDRINA - PR - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A diverticulite aguda em íleo terminal é uma entidade clinica rara de difícil diagnóstico que pode evoluir com as mesmas complicações que ocorrem em divertículos em outras localidades do trato gastrointestinal. A fasceíte necrotizante (FN) é uma complicação rara, fulminante e geralmente fatal da diverticulite aguda, que afeta a pele, tecido subcutâneo e muscular, podendo atingir tecidos moles adjacentes. A ocorrência desses dois eventos concomitantemente não foi encontrada na literatura.Relato de caso: Paciente de 59 anos, do sexo masculino, foi admitido no serviço de emergência de um hospital terciário, com quadro de abdome agudo perfurativo. Apresentava historia prévia de febre e vômitos com estrias de sangue associado a dor intensa em flanco direito e fossa ilíaca direita, com irradiação para região lombar. Ao exame apresentava dor a palpação profunda e descompressão brusca positiva de flanco direito, pneumoperitoneo a direita, enfisema subcutâneo em parede toracoabdominal a direita e plastrão em região lombar. Foi prontamente encaminhado ao centro cirúrgico. No intraoperatório foi identificada perfuração em região cecal e conteudo fecalóide formando extenso abscesso em região retroperitoneal. O anatomopatológico da peça cirúrgica demonstrava estrutura diverticular de 3cm de íleo terminal próxima a válvula íleo-cecal. Paciente evoluiu com eritema, edema e flictema em região torácica direita que se estendia até a raiz de coxa direita. Foi visualizada em tomografia de tórax e abdôme conteúdo gasoso e liquido heterogêneo em partes moles desde o hemitórax direito até região de flanco ipsilateral, o que sugeriu o diagnostico de FN. Devido à localização, os debridamentos ficam restritos e a amputação é impossível. O paciente foi submetido a cirurgia para drenagem do abscesso e antibioticoterabia de amplo espectro. Como tratamento complementar foi optado pela oxigenoterapia hiperbárica, com isso, notou-se melhora significativa da área infecciosa. Entretanto, após longo periodo de internação, paciente evoluiu com piora súbita, rebaixamento do nível de consciência e assistolia, sendo atribuída à causa do óbito o tromboembolismo pulmonar.Conclusão: Concluímos que a fasceíte necrotizante é uma complicação grave e de difícil tratamento, sendo pouco correlacionada com a diverticulite aguda perfurada, particularmente, em íleo terminal. É de extrema importância o rápido diagnóstico para que seja possível implementar tratamento adequado e agressivo.

CODIGO DO TRABALHO: 2343

TÍTULO DO TRABALHO: FISTULA ÍLEO BILIAR- RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BRUNA BERNARDES VIEIRA MAIA; JÚLIA CYRÍACO; BRUNO FERNANDO BINOTTO; IGNACIO LEITE DA COSTA; MURILO BARCELOS DE SOUZA; DANIEL DE SÁ ANTUNES; GUSTAVA ZIGGIATTI GUTH; RICARDO ESTEVAM MARTINS. SANTA CASA LIMEIRA, LIMEIRA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Uma complicação da colelitíase é a fistula íleo biliar onde há formação de uma comunicação entre a vesícula biliar e algum segmento intestinal, passando cálculos para o trato digestivo, podendo levar a quadros obstrutivos, principalmente, no íleo terminal. A baixa incidência e a rara manifestação do quadro clássico (tríade de Riggler), dificulta o diagnóstico, que é concretizado no intra operatório. O tratamento é cirúrgico e está diretamente relacionado com o prognóstico. A mortalidade é menor quando realizada a cirurgia de reparo de danos (enterolitotomia), mesmo com alta taxa de recidiva. O tratamento definitivo consiste na colecistectomia e fechamento da fistula íleo biliar. Casos de colecistite gangrenosa e pedras residuais devem ser tratados de maneira definitiva, já no primeiro momento. Não há um consenso na literatura quanto a melhor opção cirúrgica.Relato de caso: Feminina, 70 anos, obesa, diabética e hipertensa. Queixas de dor abdominal, constipação e vômitos. Os exames clinico e de imagem sugeriram suboclusão intestinal, foi tratada clinicamente. Após 20 dias, retornou com mesmos sintomas, além de vômitos fecaloides e distensão abdominal. Apresentava-se em bom estado geral, desidratada, abdome globoso e dor difusa à palpação. Reto colabado e presença de fezes ao toque. Sonda nasogástrica com débito fecaloide. Indicou-se cirurgia de urgência por abdome agudo obstrutivo. A laparotomia exploradora evidenciou bloqueio em íleo terminal, presença de múltiplos cálculos biliares, caracterizando íleo biliar. Foi feita enterectomia dos segmentos perfurados, colecistectomia e correção da fístula. No pós operatório imediato apresentou-se bem, porém nas próximas 48 horas evoluiu com sepse de origem abdominal, saída de líquido biliar pela incisão cirúrgica. Paciente evoluiu com choque séptico e óbito após 96 horas.Conclusão: O íleo biliar é de difícil diagnostico clínico. Apesar de uma manifestação prévia de suboclusão intestinal, a paciente não apresentava a tríade de Riggler ou episódios anteriores de colecistite aguda, portanto o diagnostico só foi findado no intra operatório. Esse atraso predispôs a maiores chances de evoluir com complicações, como as perfurações e focos infecciosos. Mesmo que alguns estudos recomendem tratamento realizado em dois tempos cirúrgicos as condições da paciente (presença de múltiplos cálculos na cavidade abdominal e comorbidades) determinaram um tratamento definitivo imediato.

CODIGO DO TRABALHO: 3024

TÍTULO DO TRABALHO: Fístula mucosa-colônica após apendicectomia: Relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: THIAGO ALEXANDRE MACEDO DE AZEVEDO1; ROBERTO CHIANCA TEIXEIRA DE CARVALHO FILHO1; RUAN CÉSAR TEIXEIRA DE CARVALHO2; MATHEUS DE SOUSA CARVALHO2; EDUARDO LAFAYETTE MONTEIRO1; RONNEY ALVES BRAGA DOS SANTOS1; ALBERTO BARROS ARAÚJO1; ALEXANDRE TARGINO GOMES FALCÃO FILHO2. 1. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - JOÃO PESSOA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO A apendicite aguda é a doença inflamatória abdominal que acomete, principalmente, indivíduos jovens em fase produtiva da vida, possuindo um risco de apresenta-la durante a vida inteira de 7%. É de diagnóstico eminentemente clínico e geralmente não necessita de exames complementares. A maioria dos cirurgiões opta pelo tratamento cirúrgico imediato, mas a tendência atual de tratamento inicial conservador em casos selecionados é fato bem descrito na literatura com consistentes resultados. RELATO DE CASO Paciente M.B.C., 62 anos, feminina, relata dor abdominal difusa há aproximadamente 15 dias, apresentando-se afebril e já rebaixada clinicamente. A USG concluiu presença de coleção líquida localizada na goteira parieto-cólica direita e a TC ratificou os achados sugerindo abcesso. O leucograma inicial mostrou um aumento dos números de neutrófilos (94,4%) sugerindo um processo inflamatório agudo, encaminhando-a para cirurgia. Na laparotomia foi realizado hemicolectomia direita + iliotransverso anastomose + drenagem intravacitária, no qual foi observado que além do abcesso intracavitário, havia apendicite agudo perfurado. Realizou-se, também, coleta da secreção do abcesso abdominal para cultura, sendo a antibioticoterapia inicial com ceftriaxona + metronidazol, alterado para cefepime após resultado (1 dia da abordagem). Paciente evolui sem intercorrências até o 4º dia pós operatório que iniciou relato de dor progressiva em abdome com débito urinário purulento (aproximadamente 10 ml). No 8º dia pós operatório, mostra piora da leucoticose (95,3%) mesmo com antibióticos indicado pela CCIH, e nova TC contrastada demonstra coleção abdominal de 16cm necessitando nova intervenção cirúrgica devido à suspeita de descência anastomótica. No segundo procedimento cirúrgico realizou-se uma colectomia segmentar + enterectomia + confecção de fístula mucosa-colônica + ileotomia terminal de caráter protetor. Um dia após a segunda reabordagem o leucograma já mostra melhora (93,2%) de caráter crescente (3 dias após: 88,8%) com melhoras no quadro clínico. Atualmente o paciente está em seguimento e em aguardo para reconstrução do trânsito intestinal. CONCLUSÃO Apesar da apendicite aguda se tratar de doença com tratamento cirúrgico considerado simples, foi demonstrado um caso de complicação pós operatória muito relacionado ao tratamento cirúrgico tardio, no caso, já em estado de perfuração apendicular.

CODIGO DO TRABALHO: 1026

TÍTULO DO TRABALHO: Gangrena de Fournier em uma emergência cirúrgica: série de 09 casos

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GIOVANNI TROIANI NETO; DANIEL DIAS DE HOLANDA FREITAS; CARLOS MAGNO QUEIROZ DA CUNHA; JOÃO SOTERO VERAS NETO CAVALCANTE; VICTOR ANDRADE DE ARAÚJO; VINICIUS FARINA SARTORI; CECÍLIA LIMEIRA LIMA LEITE; FRANCISCO JULIMAR C. DE MENEZES. UNIVERSIDADE DE FORTALEZA (UNIFOR), FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVO A Gangrena de Fournier é uma emergência urológica causada por fasciite necrotizante, acometendo principalmente as regiões urogenitais, perianal e perineal. Ocorre principalmente em homens na quinta década de vida, podendo ser idiopática ou relacionada a fatores predisponentes. Frequentemente a evolução é desfavorável, com taxa de mortalidade de até 67%, o que motivou a realização do presente estudo, tendo como objetivo relatar uma série de 9 casos de Gangrena de Fournier em uma emergência cirúrgica. MÉTODO Foi realizada revisão nacional e internacional de artigos relevantes sobre o tema e, em seguida, revisados ??retrospectivamente os prontuários de indivíduos diagnosticados com gangrena de Fournier entre Janeiro de 2015 a Janeiro de 2016 em um serviço de emergência cirúrgica de hospital secundário do Ceará, sendo coletados dados demográficos, clínicos e cirúrgicos. Todos os aspectos éticos respeitaram a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. RESULTADOS Dos 9 pacientes, apenas 1 era do sexo feminino. 2 pacientes tinham episódios prévios da mesma afecção e todos tiveram como sítio de origem da infecção ou a região genital ou perianal. Dentre os fatores de risco foi identificado diabetes mellitus (n=6), hipertensão (n=4), e todos os 9 pacientes ingeriram moderada quantidade de álcool de 2 a 3 vezes por semana. Todos apresentavam febre e como achado laboratorial leucocitose. Em 2 pacientes, devido a baixa gravidade, foi realizado apenas analgesia, controle de comorbidades e antibioticoterapia com cobertura para germes gram negativos e anaeróbios. 7 pacientes necessitaram de desbridamento cirúrgico. Além de antibioticoterapia e desbridamento cirúrgico, a abordagem também é baseada na estabilização hemodinâmica, hidroeletrolítica e metabólica de eventuais distúrbios, por vezes se utilizando outras terapias adjuvantes como a colostomia ou cirurgias reconstrutivas. Tais terapias adjuvantes não foram utilizadas nesses pacientes. CONCLUSÕESNosso estudo corroborou com a literatura em relação aos sítios de origem da afecção, a prevalência por sexo e faixa etária, comorbidades e fatores de risco associados. Nenhum paciente foi a óbito. Um fato relevante foi a ausência de óbitos, sem sequer haver necessidade de cirurgias reconstrutoras em nenhum paciente, o que é incomum segundo a literatura, nos levando a questionar se esse resultado deve-se ao início precoce de antibioticoterapia e desbridamento agressivo ou a algum viés presente em nossa amostra.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2816

TÍTULO DO TRABALHO: GOSSIPIBOMA INTRA-ABDOMINAL E CHECK-LIST: REVISÃO DE LITERATURA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LEANDRO JAIME BARRETO COSTA; RENI CECILIA LOPES MOREIRA; PAULO GUILHERME DE OLIVEIRA SALLES; MARIO GISSONI DE CARVALHO; LEONARDO MARTINS CALDEIRA DE DEUS; MARIO GISSONI DE CARVALHO JUNIOR. INSTITUTO MARIO PENNA - HOSPITAL LUXEMBURGO, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOO termo gossipiboma refere-se a itens cirúrgicos de matriz têxtil deixados inadvertidamente no interior de cavidades após fechamento da ferida operatória. O uso universal das compressas em diversos procedimentos cirúrgicos associado ao tamanho e capacidade de absorção de líquidos são fatores que contribuem para ocorrência desse evento adverso. Estima-se que a incidência seja de 1 para cada 1.000 a 1.500 cirurgias na cavidade abdominal. É mais comum ainda nas intervenções de emergência podendo chegar a 1:700 nas cirurgias do trauma. Gossipibomas são encontrados mais comumente no abdome (56%), pelve (18%) e tórax (14%). RELATO DE CASOM.C.S.M, 76 anos, sexo feminino, submetida, em outro serviço, a histerectomia parcial e anexectomia direita em setembro de 2015. Laudo anatomopatológico (LAP): tumor de Brenner. Encaminhada ao Serviço de Ginecologia Oncológica do Instituto Mário Penna (IMP). Na primeira consulta informou outras cirurgias abdominais prévias: apendicectomia e ooforectomia esquerda. Feito estadiamento e proposto cirurgia. Realizado omentectomia e linfadenectomia retroperitoneal em dezembro de 2015.Recebeu alta sem intercorrência no pós-operatório. Encaminhada para controle oncológico com a Oncoginecologia. LAP: sem achados de malignidade - janeiro de 2016. Paciente apresentou quadro de dor abdominal de forte intensidade, associada a náuseas e vômitos. Procurou serviço de urgência em sua cidade e realizados Raio X de abdome que evidenciava imagem radiopaca em região pélvica e tomografia computadorizada detalhando imagem de densidade metálica próxima à asa ilíaca direita, sugerindo tratar-se de corpo estranho. À laparotomia exploradora encontramos hérnia interna, com dilatação de alças jejunais e áreas de isquemia associadas. Feito enterectomia segmentar, encontrado corpo estranho na luz intestinal, anastomose término-terminal. LAP: sem indício de malignidade.Apresentou boa evolução pós-operatória com alta hospitalar no quinto dia pós-operatório. Manteve-se em acompanhamento ambulatorial por 60 dias e posteriormente foi reencaminhada para acompanhamento com a Oncoginecologia. CONCLUSÃOGossipiboma trata-se de um evento adverso. Seu reconhecimento precoce é de extrema importância, já que reduz morbidade, previne complicações potencialmente fatais e médico-legais. A melhor estratégia de prevenção é o treinamento contínuo da equipe no intuito de conhecer os tempos cirúrgicos e padronizar métodos de contagem.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1334

TÍTULO DO TRABALHO: GRAVIDEZ ECTÓPICA CORNUAL SEGUIDA DE ROTURA UTERINA: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: WALERIA GRAMILICH BARATELLA1; VALENTIN TREVIZANI NETO1; GUSTAVO CARDOSO COUTINHO1; VERONICA DE SOUZA SANTOS1; LAÍS SARMENTO ARAÚJO1; KAMILLY GRAMILICH BARATELLA2; MARCELINA MARIA CARDOSO DE FREITAS SIQUEIRA3; ANA CAROLINA LOPES FREITAS3. 1. UNIVERSIDADE VILA VELHA, VILA VELHA - ES - BRASIL; 2. FACULDADES INTEGRADAS APARÍCIO CARVALHO, PORTO VELHO - RO - BRASIL; 3. HOSPITAL ESTADUAL INFANTIL E MATERNIDADE ALZIR BERNARDINO ALVES, VILA VELHA - ES - BRASIL.

RESUMO:
A gravidez ectópica cornual representa em torno de 3% de todas as gestações ectópicas. Nela há implantação do embrião em um dos cornos uterinos. Dentre os fatores de risco estão gravidez ectópica prévia, antecedentes de aborto e uso de drogas. Beta-HCG positivo e ultrassonografia dão o diagnóstico. A principal complicação é a rotura uterina que se torna mais provável quanto maior a idade gestacional, e leva rapidamente à grande perda sanguínea e choque hemorrágico. A principal forma de tratamento é via laparotômica com ressecção cornual ou histerectomia. Um diagnóstico precoce e paciente estável permitem um manejo conservador. Relato de caso: E.R, sexo feminino, 30 anos, G5P2A2, usuária de cocaína e refere atraso menstrual de 2 meses. Vem ao Pronto Socorro apresentando náuseas e dor abdominal intensa há 1 dia. Ao exame, a paciente estava hipocorada e com sinais de instabilidade hemodinâmica (choque grau II). Abdome pouco distendido, tenso, doloroso à palpação profunda, com defesa voluntária e útero não palpável. Ao exame tocoginecológico observou-se colo posterior grosso, orifício externo pérvio, orifício interno fechado e leve sangramento vaginal. Exames de admissão: Beta-HCG positivo, Hemograma com Hb: 6,4 g/dL, Ht: 17,9%, 23.480 leucócitos (5% bastonetes) e 251.000 plaquetas. Realizado culdocentese com resultado positivo. Solicitado e iniciada infusão de 3UI de concentrado de hemácias e paciente encaminhada imediatamente ao centro cirúrgico para ser submetida à laparotomia exploradora. Inventário da cavidade: presença de hemoperitônio maciço com grande quantidade de coágulos se extendendo até espaço perihepático e periesplênico; visualizado saco gestacional íntegro com embrião em seu interior solto em cavidade abdominal, medindo 8 cm CCN. Observada rotura uterina extensa em região cornual direita com cerca de 6 cm de diâmetro e sangramento ativo nesta região. Demais anexos sem alteração. Procedeu-se à histerectomia total por extenso comprometimento uterino e hemorragia. Paciente seguiu em observação no pós-operatório, e após 7 dias de internação, recebeu alta com melhora do estado geral, sem queixas abdominais, melhora laboratorial e ferida operatória em bom aspecto. Conclusão: Apesar de ser um quadro raro, a gravidez cornual deve ser aventada como diagnóstico diferencial, principalmente quando não há visualização de saco gestacional intrauterino em USG e devido à grande mortalidade relacionada a este caso.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1915

TÍTULO DO TRABALHO: Hemicolectomia direita por videolaparoscopia em abdome agudo obstrutivo

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FELIPE ARAUJO DE SOUZA; MIRELLA DE FATIMA FUKUDA; JANAYNA THAINÁ RABELATO; ROBERTO MONTORO NETO; MARCELA QUEIROZ. HOSPITAL ANA COSTA, SANTOS - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Aproximadamente 15% -30% dos cânceres colorretais apresentam-se como abdome agudo, em sua maioria obstrutivo (78%) ou perfurativo (10%). Sendo cirúrgica minimamente o invasiva na bstrução ainda pouco estudadaRelato de caso: Paciente, feminina, 53 anos com quadro de dor abdominal em colica,constipação, emagrecimento. Colonoscopia com lesão tumoral de cólon transverso. Evolui com quadro de dor abdominal, distensão e parada de evacuação há 2 dias. Discussão: Há várias opções cirúrgicas estão disponíveis. A escolha entre as intervenções baseia-se na condição clínica do paciente, nos achados intraoperatórios e na experiência e habilidades técnicas do cirurgião. Procedimentos associados alta morbimortalidade. A videolaparoscopia aparece como uma boa alternativa em casos selecionados.Conclusão: A colectomia por videolaparoscopia em vigência de obstrução é viável mas pode aumenta o risco cirúrgico e o numero complicações intraoperatorias devendo ter cautela na sua indicação.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2900

TÍTULO DO TRABALHO: Hemorragia intestinal massiva por divertículo jejunal: Relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MAURICIO RODRIGUES LACERDA; ADRIANO CORONA BRANCO; JOSE FRANCISCO DE MATTOS FARAH; LUCAS GUERRA; CAMYLLE REIS FIGUEIREDO; GABRIEL LACERDA ESTEVES. IAMSPE, SAO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Hemorragia intestinal massiva por divertículo jejunal: Relato de casoInstituição: Hospital do Servidor Público Estadual de São PauloIntroduçãoO divertículo adquirido de jejuno e íleo é uma condição incomum com prevalência de em torno de 0,3% - 1,3% em estudos de autópsia. A maior incidência ocorre em idosos, entre a sexta e sétima década de vida. São falsos divertículos por não conterem a camada muscular da parede intestinal normal. Os sintomas mais comuns são má absorção intestinal devido a hiperproliferação bacteriana, inflamação e perfuração, mas frequentemente são assintomáticos. Hemorragia gastrointestinal massiva por divertículo jejunal é uma condição extremamente rara, porém com alta mortalidade devido ao diagnóstico tardio.Relato do casoPaciente L.C., 65 anos, hipertenso, admitido no pronto socorro do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo com história de 7 dias de hematoquezia e tontura. Na admissão a pressão arterial era de 100/60 mmHg e a freqüência cardíaca de 125bpm. O paciente estava com palidez cutâneo mucosa e sangue vinhoso ao toque retal. A hemoglobina era de 8,4 mg/dl e o restante dos exames laboratoriais normais. Realizado endoscopia digestiva alta sem alterações significativas. A colonoscopia não identificou doença diverticular colônica nem pontos de sangramento porém com presença de sangue no íleo distal. Tomografia de abdome total com contraste endovenoso não identificou ponto de sangramento nem alterações anatômicas. Realizado Arteriografia de vasos mesentericos porém sem sucesso na visualização do foco de sangramento. Devido a instabilidade hemodinâmica e necessidade de múltiplas transfusões de derivados de sangue foi indicado laparotomia exploradora. Durante a laparotomia foram visualizados três divertículos na borda mesentérica do jejuno, localizados a 90cm, 130cm e 170cm do ângulo de Treitz, visualizado sangue no delgado. Optado por enterectomia segmentar com anastomose primária. Paciente apresentou ótima evolução clínica com alta hospitalar no 5º pós operatório.ConclusãoDivertículo jejunal é uma condição incomum e fonte rara de sangramento intestinal. Entretanto deve ser considerado como diagnóstico diferencial em pacientes com sangramento intestinal oculto, principalmente em idosos. Angiotomografia e arteriografia são armas diagnósticas importantes porém nem sempre suficientes. Ressecção intestinal do segmento acometido e anastomose primária é o tratamento de escolha.

CODIGO DO TRABALHO: 1194

TÍTULO DO TRABALHO: Hemosuccus pancreaticus como causa de hemorragia digestiva alta: relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FÁBIO HENRIQUE MENDOÇA CHAIM1; EVERTON CAZZO1; FELIPE DAVID MENDONCA CHAIM1; MARCIO APODACA-RUEDA2; MARTINHO ANTONIO GESTIC1; MURILLO PIMENTEL UTRINI1; ELINTON ADAMI CHAIM1. 1. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL; 2. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL.

RESUMO:
Contexto Descrito inicialmente por Lower e Farrel, o hemosuccus pancreaticus consiste no sangramento de pseudoaneurismas vasculares através do ducto pancreático / ampola de Vater e é uma causa infrequente de hemorragia digestiva alta (HDA). Devido à baixa incidência, inexistindo na literatura estudos prospectivos randomizados ou com casuística relevante, esta condição impõe verdadeiro desafio diagnóstico Objetivo Relatar caso de hemosuccus pancreaticus em paciente com antecedente de pancreatite crônica e pseudocisto pancreático de etiologia alcoólica. Métodos Revisão retrospectiva de dados coletados prospectivamente em prontuário e arquivos médicos do paciente. As informações coletadas incluíram: dados demográficos, sintomatologia, procedimentos realizados, exames laboratoriais e de imagem. Relato de caso Paciente masculino de 44 anos com antecedentes de etilismo e tabagismo encaminhado para investigação ambulatorial por episódios intermitentes de enterorragia e melena com repercussão hemodinâmica iniciados havia 09 meses. O paciente foi submetido à realização de endoscopia digestiva alta e colonoscopia que não mostraram sangramentos ativos, além de tomografia computadorizada de abdome, enteroscopia e cintilografia com hemácias marcadas, que demonstrou sangramento intermitente em hipocôndrio direito. Necessidade de admissão hospitalar por duas vezes durante a investigação para transfusão de hemoderivado. Excetuando-se os baixos níveis de hemoglobina, os demais exames laboratoriais do paciente não apresentavam alterações (amilasemia dentro dos valores de referência). Submetido a pancreatectomia corpo-caudal, evoluiu adequadamente tendo recebido alta hospitalar no 5º dia de pós-operatório. Resultado de exame anatomopatológico evidenciou pancreatite crônica inespecífica, pseudoaneurisma de artéria esplênica e ausência de sinais de malignidade. O paciente permanece em seguimento ambulatorial, sem complicações até o presente momento. Conclusão Apesar de infrequente, o hemosuccus pancreaticus deve ser considerado dentre os diagnósticos diferencias de hemorragia digestiva alta. O emprego de diversos exames complementares além de elevada suspeição clínica são requisitos para o diagnóstico desta condição rara porém potencialmente ameaçadora à vida.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 3023

TÍTULO DO TRABALHO: Hernia de Amyand: relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BRUNA DO NASCIMENTO SANTOS1; BRUNO DE LUCIA HERNANI2; RAFAEL KRIEGER MARTINS2; JACQUELINE ARANTES G. PERLINGEIRO2; RODRIGO ALTENFELDER SILVA2; JOSE CESAR ASSEF2; ANDRE DE MORICZ2; ADHEMAR MONTEIRO PACHECO JR.2; SERGIO ROLL2. 1. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DA IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Hérnia de Amyand consiste na protrusão do apêndice vermiforme, inflamado ou não, no saco herniário inguinal. Essa condição é rara e apresenta uma prevalência entre 0,4% e 0,6% das hérnias inguinais e está associada a apendicite aguda em 0,1% dos casos. Incide mais no sexo masculino e apresenta distribuição bimodal em pacientes com mais de setenta anos. Descrição dos casos: São descritos dois casos, o primeiro paciente masculino, de 75 anos, hipertenso e asmático, com quadro agudo de inchaço na região da virilha direita com piora à evacuação, sem irradiação, sem febre e parada de eliminação de fezes, em bom estado geral, corado, hidratado, abdômen globoso, flácido, doloroso à palpação profunda de fossa ilíaca direita. Na região da fossa ilíaca direita apresentava um abaulamento não redutível, sem sinais flogísticos ou de isquemia, pouco doloroso. O segundo paciente 64 anos, homem, secretário, sem comorbidades. Em consulta ambulatorial queixava-se de dor intermitente em fossa ilíaca direita associado a abaulamento da região inguinal há 3 meses. Apresentava-se em bom estado geral, abdômen globoso, flácido, pouco doloroso à palpação profunda de fossa ilíaca direita. Apresentava abaulamento da região inguinal à manobra de Valsava, sem sinais flogísticos ou de isquemia. Discussão: A apresentação típica dos sintomas incluem, inchaço inguinal e sensibilidade nesta área, o que pode levar ao diagnóstico equivocado de hérnia encarcerada. O uso de exames de imagem pré-operatório é controverso, o ultrassom e tomografia seriam as opções de escolha. O tratamento inclui apendicectomia e reparo da hérnia. A apendicectomia deve ser realizada quando houver apendicite aguda. O uso de tela para o reparo da hérnia deve ser ponderado e a literatura a recomenda somente quando não há sinais de contaminação do sítio cirúrgico, pois isso propiciaria a contaminação da tela, da ferida operatória e recidiva da hérnia.Conclusão: Embora seja um quadro raro, a hérnia de Amyand deve estar entre os diagnósticos diferenciais de quadros que apresentem dor na região da fossa ilíaca, abaulamento na região inguinal e sinais de infecção. Seu manejo consistirá na hernioplastia, porém a associação com apendicite aguda predirá a realização da apendicectomia e o reparo herniário sem o uso de tela.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2859

TÍTULO DO TRABALHO: HÉRNIA DE AMYAND: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: TIAGO WAGNER DA SILVA PORTELA1; VICTOR REMBRANT CAMPOS LICARIÃO1; RODOLFO PORTO REGO2; TAMARA MARIELLE DE CASTRO1; CLEUCIVAN BASTOS DE OLIVEIRA2; GABRIELA FERREIRA CORREA2; CARLOS VICTOR DE ALMEIDA LUZ3; EMANOEL NASCIMENTO COSTA3. 1. UNIVERSIDADE NILTON LINS, MANAUS - AM - BRASIL; 2. FUNDAÇÃO HOSPITAL ADRIANO JORGE, MANAUS - AM - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS, MANAUS - AM - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOA hérnia de Amyand descrita, pela primeira vez em 1735, consiste em toda a hérnia inguinal cujo saco contém o apêndice ileocecal (inflamado ou não). Corresponde a 1% das hérnias abdominais. Acomete mais os homens e o anel inguinal direito, sem faixa etária preferencial. A sua clínica é semelhante a de qualquer outra hérnia inguinal. Na presença de apendicite aguda, no entanto, a clínica poderá levar ao diagnóstico de uma hérnia estrangulada, devido à presença dos sinais inflamatórios. Em qualquer dos casos é feita abordagem cirúrgica. Objetivo: Caracterizar uma hérnia de amyand em paciente com manifestação clássica da patologia.RELATO DE CASOJ.P.S., 56 anos, sexo masculino, pedreiro, procedente de Manacapuru-AM, procurou o hospital e pronto socorro Dr. João Lúcio Pereira Machado em Manaus-AM em dezembro de 2016, com história de abaulamento em região inguinal direita há cinco anos. Refere o aparecimento de dores no local há 02 semanas, em pontada, não migratória, que piora com atividade aos médios esforços e que melhora com o uso de analgésicos. Refere ser hipertenso, porém sem uso regular de medicação. Abstênico do tabagismo há 20 anos. Nega outras comorbidades. Ao exame físico: Paciente em bom estado geral e sem alterações na somatoscopia. Abdome plano, com hipertimpatismo generalizado a percussão, com ruídos hidroaéreos presentes, flácido e indolor á palpação superficial e profunda, sem visceromegalias ou irritação peritoneal. Palpa-se abaulamento pequeno, redutível á manobra de Valsalva e que aumenta de tamanho com a tosse. O exame sugere hérnia inguinal durante realização da monobra de Landivar. Sinal de Blumberg, Murphy e Giordano negativos.DISCUSSÃOO diagnóstico e classificação da hérnia de Amyand é intra-operatório. O paciente deste relato tem é um tipo 1 na classificação de Losanoff e Basson e tipo A na de Fernando e Leelartre. Com isso, o paciente foi submetido a inguinotomia direita, hernioplastia sem apendicectomia, por não apresentar sinais de inflamação e pela idade do paciente, e reparação com prótese pela técnica de Lichtenstein, que é a conduta de escolha, com baixa taxa de reicidivas.BIBLIOGRAFIAOlival Cirilo Lucena da Fonseca Neto e col. Estudo de caso: Hérnia de Amyand: hérnia inguinal com apendicite aguda. Revista Brasília Med 2012;49(3):195-197Souza, DM et al., Caso clínico: Hérnia de Amyand. Revista Portuguesa de Cirurgia (2016) (37):29-32

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1950

TÍTULO DO TRABALHO: Hérnia de Amyand: Um achado no serviço de Cirurgia da região Amazônica

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: REBECA ANTUNES DE OLIVEIRA1; MARCOS VINICIUS TAVARES ROLIM2; JOSÉ EDSON PUERARI BENEVIDES3; VALTER MAGALHÃES DE SOUZA FILHO4; JOÃO ANTONIO VERONESE LEME4; DAIANA LOPES5; THIAGO PATTA DA SILVA1. 1. INSTITUTO VIGOR, PORTO VELHO - RO - BRASIL; 2. HOSPITAL ESTADUAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE CACOAL, CACOAL - RO - BRASIL; 3. HOSPITAL REGIONAL DE CACOAL, CACOAL - RO - BRASIL; 4. MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE CACOAL, CACOAL - RO - BRASIL; 5. HOSPITAL AMARAL CARVALHO, JAÚ - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOA Hérnia de Amyand (H.A) caracteriza-se pela presença de apendicite aguda no interior do saco herniário inguinal e em situações que o apêndice cecal encontra-se normal. Esta condição é incomum, apresentando uma incidência aproximada de 0,13%, com manifestação clínica variável, dependente da extensão do processo infeccioso apendicular e da presença ou não de contaminação peritoneal. A H.A pode afetar qualquer faixa etária sendo mais comum no homem. O sintoma mais importante desta doença é a típica dor em cólica ou ardor em região epigástrica ou peri-umbilical, podendo irradiar para o quadrante inferior direito, combinada com uma protrusão mole irredutível na região inguinal ou inguino-escrotal. Na maioria das vezes a impressão clínica é a de uma hérnia encarcerada. Infrequente existem características de obstrução do intestino delgado, incluindo distensão abdominal, vómitos e/ou sinais de peritonite. RELATO DE CASOPaciente LSS, 17 anos, sexo masculino, procedente de Pimenta Bueno ? RO, foi encaminhado ao serviço de urgência de Cacoal com hipótese diagnóstica de hérnia inguinal. Com queixa de dor abdominal e abaulamento na região inguinal a direita. Foi realizado o pré-operatório para uma Inguinotomia à direita, com exploração do cordão com identificação de herniação indireta. Durante a exploração do saco herniário, foi identificada a presença de apêndice cecal sem sinais de infecção ou complicações. Houve remoção do apêndice e ligadura da base do saco herniário com visão direta, reforço em parede posterior, acomodação de tela de marlex e revisão hemostática. CONCLUSÃOA H.A imita uma hérnia inguinal podendo ser tratada como uma emergência cirúrgica. Por motivos de ser assemelhar com outros tipos de hérnias e ser um achado raro, é pouco provável que sejam diagnosticadas no pré-operatório quando não se tem a Tomografia Computadorizada como exame de uso frequente para esta condição. A conduta a tomar no caso de um apêndice não inflamado é discutível. A prática usual inclui a redução do apêndice, sutura alta do saco herniário e colocação de prótese. Em teoria, a apendicectomia aumenta as hipóteses de infecção da ferida e da prótese, e também de recorrência da hérnia. Este argumento é baseado no princípio que a excisão de um órgão com fezes contaminadas numa ferida limpa viola os princípios assépticos da cirurgia. No entanto, a apendicectomia incidental diminui a morbidade e o risco futuro de apendicectomia de emergência que seria evitável.

CODIGO DO TRABALHO: 1571

TÍTULO DO TRABALHO: HÉRNIA DE BOCHDALEK FORA DO DOMICÍLIO DE DIAGNÓSTICO TARDIO COM PERFURAÇÃO GÁSTRICA ? RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCELO MENDONÇA RODRIGUES; ANA MARIA MARTON CARNEIRO; DIOGO NASCIMENTO DIAS DE AGUIAR; GABRIEL CORREIA IANNUZZI; RENATO TEIXEIRA SINISCALCHI. HOSPITAL ESCOLA DA FACULDADE DE MEDICINA DE ITAJUBÁ, ITAJUBÁ - MG - BRASIL.

RESUMO:
A hérnia diafragmática congênita (HDC) ocorre por uma fusão incompleta dos elementos que compõe o diafragma. O espaço entre os músculos lombar e costal, na parede póstero-lateral do diafragma, é denominado espaço de Bochdalek e falha na sua cobertura leva à hérnia de Bochdalek. A HDC se manifesta mais comumente com insuficiência respiratória durante o período neonatal. Porém, nas apresentações tardias, as manifestações são diversas e inespecíficas. Relatamos um caso de apresentação tardia com sintomas raros e complicações muito pouco vistas.DMS, 18 anos, ajudante de pedreiro; deu entrada no PS com queixa de intensa dor abdominal, êmese e piora de dispneia. Negava histórico de trauma abdominal. EF:MV ausente em hemitórax esquerdo. Abdome tenso, doloroso à palpação superficial e profunda, RHA ausentes. Poucas horas após entrada evoluiu com PCR, sendo submetido à RCP. AP pós-intubação: MV abolido em hemitórax esquerdo e hipertimpanismo, gerando HD de pneumotórax hipertensivo como causa da PCR. Feito punção no 2ºEIC em LHE e drenagem pleural fechada em selo d`água na LAM em 5ºEIC. No RX de tórax pós drenagem foi constatada hérnia diafragmática volumosa com grande desvio do mediastino para direita. Após estabilização, foi feita laparotomia exploradora de urgência, evidenciando-se agenesia de parede posterior do diafragma com baço, cólon e estômago eventrando o hemitórax esquerdo. Observou-se área com sofrimento em parede gástrica de 5cm de extensão e um ponto de perfuração, restos alimentares e líquido gastrointestinal em tórax. Os orgãos intraabdominais foram tracionados de volta para sua cavidade e feito rafia do diafragma e rafia de laceração gástrica.Realizado peritoneostomia por se tratar de uma hérnia fora do domicílio, com risco de desenvolvimento de síndrome compartimental abdominal se fechamento primário da cavidade. Após procedimento, o RX já demonstrava expansão total de pulmão esquerdo. Foram necessárias 5 abordagens para fechamento da parede abdominal utilizando dupla técnica: tração facial contínua e curativo com pressão negativa. O paciente recebeu alta no 27º PO e está em acompanhamento ambulatorial com plena recuperação de suas atividades habituais. O caso demonstra a dificuldade do diagnóstico da HDC de apresentação tardia visto sua grande variável na apresentação clínica. Uma vasta busca pela literatura elucidou a raridadede da apresentação aguda com complicações, mostrando a complexidade do caso com consequente falta de embasamento para tal.

CODIGO DO TRABALHO: 2281

TÍTULO DO TRABALHO: HÉRNIA DE GARENGEOT: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ALEXANDRE UBIRAJARA MARQUES. UNIFAP, MACAPÁ - AP - BRASIL.

RESUMO:
Apresentamos o caso de uma mulher de 104 anos de idade, admitida com o quadro de abaulamento não-redutível em região inguinal direita com sinais flogísticos locais. Quadro evolutivo de três dias e familiares relatam febre não aferida, naúseas e vômitos, porém, a eliminação de flatos e evacuações estavam preservadas. A paciente referia dor intensa em região inguinal e hiporexia. O diagnóstico inicial foi de oclusão intestinal por provável hérnia inguinal encarcerada, motivo pelo qual foi submetida, a princípio, à inguinotomia direita que evidenciou o apêndice cecal com intensos sinais inflamatórios e coleção purulenta abcedada e projetados ao conteúdo herniário, formado pelo ceco, válvula íleo-cecal e pequena porção do íleo terminal respectivamente. O conteúdo do saco herniário se extendia até a região femoral. A paciente, também foi submetida posteriormente, à laparotomia exploradora que, não evidenciou anormalidade no conteúdo intra-abdominal. No intra-operatório foi realizada a redução do conteúdo herniário, drenagem do abcesso, apendicectomia, fechamento do canal femoral com material de sutura não-absorvível e colocação de dreno laminar pela inguinotomia. A paciente evoluiu de forma satisfatória, sem intercorrências pós-operatórias, recebendo alta no quarto dia de pós-operatório e atualmente encontra-se sem nenhuma complicação clínica do ato cirúrgico realizado. As hérnias femorais são infreqüentes, respondendo por apenas 3% das hérnias inguinais, sendo mais freqüentes em mulheres idosas, tendo como componente qualquer estrutura da cavidade abdominal, incluindo o apêndice cecal. São definidas como protrusões através do canal femoral, estrutura inelástica, localizada inferiormente ao ligamento inguinal. Esta rigidez do canal femoral é responsável pelo maior risco de estrangulamento que as hérnias femorais apresentam quando comparadas às hérnias inguinais. A hérnia de Garengeot é uma patologia rara que compreende apenas 0,5 a 5% dos casos de hérnias femorais. A fisiopatologia desse quadro é controversa, da mesma maneira, que existem diferentes teorias para explicar a ocorrência de apendicite aguda como conteúdo de uma hérnia de Garengeot. Atualmente não existe consenso para a abordagem clínico-cirúrgica mais apropriada para estes casos.

CODIGO DO TRABALHO: 465

TÍTULO DO TRABALHO: HÉRNIA DE PETERSEN COMO COMPLICAÇÃO TARDIA DE GASTROPLASTIA REDUTORA COM BYPASS EM Y ?DE- ROUX

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: HEITOR FERNANDO XEDIEK CONSANI1; MARILIA COLTURATO CLETO2; YASMINE HENRIQUES DE FIGUEIREDO REBECCHI2. 1. CENTRO CIRURGIA DA HÉRNIA E UNIDADE REGIONAL DE EMERGENCIA - CHS, SOROCABA - SP - BRASIL; 2. UNIDADE REGIONAL DE EMERGENCIA - CHS, SOROCABA - SP - BRASIL.

RESUMO:
A hérnia de Petersen é uma hérnia interna que surge em decorreência de um defeito no mesentério criado após uma anastomose a Y de Roux .Este relato de caso trata-se de uma paciente de 36 anos que foi submetida a uma gastroplastia redutora para tratamento de obesidade há 6 anos , que evoluiu com obstrução intestinal devido hérnia de Petersen sendo abordada por via aberta e corrigida a torção mesentérica e fechado o espaço de Petersen .O quadro clínico da Hernia de Petersen é inespecífico, podendo estar associado a um quadro obstrução intestinal com dor abdominal, vômitos , náuseas e diarreia. Como no caso relatado. A hérnia de Petersen gera uma obstrução intestinal com sofrimento de alças, que podem evoluir rapidamente para isquemia mesentérica, necessitando de uma abordagem cirúrgica na emergênciaA obstrução intestinal por hérnia de Petersen como uma complicação após cirurgias de by-pass gástrico a Y de Roux tem a tendência de se tornar mais comum devido ao uso mais frequente das técnicas videolaparoscópicas. O rápido diagnóstico e tratamento em pacientes com sintomatologia de obstrução intestinal após cirurgias abdominais que necessitam de grandes anastomoses permite preservar a viabilidade das alças, evitando grandes enterectomias e complicações decorrentes da isquemia mesentérica.

CODIGO DO TRABALHO: 898

TÍTULO DO TRABALHO: Hérnia Encarcerada em Orifício de Trocarte Umbilical Após Laparoscopia Diagnóstica

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: SUELLEN VIEIRA DA SILVA; ISADORA ÍSIS FERNANDES VIEIRA; ALEXANDRE CHARTUNI PEREIRA TEIXEIRA. HOSPITAL REGIONAL DE SOBRADINHO, BRASILIA - DF - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOCom o advento da cirurgia minimamente invasiva, houve uma diminuição da frequência das hérnias incionais (HI). Esse tipo de complicação é frequente nas laparotomias, tendo incidência de 3% a 13% dos procedimentos. Apesar de associada a menor risco de HI, as operações laparoscópicas não estão isentas desta complicação - 0,8% a 2,8%.O presente caso relata uma paciente de 42 anos, submetida à laparoscopia diagnóstica, que evoluiu de dor e distensão abdominal, 72h após procedimento.RELATO DE CASOPaciente de 42 anos, sexo feminino, submetida à laparoscopia diagnóstica devido dor crônica em baixo ventre. Procedimento realizado sem intercorrências tendo recebido alta no 1o PO. Após 72 horas retornou ao hospital de origem com queixa de dor, distensão abdominal e vômitos. Permaneceu internada para elucidação diagnóstica, recebendo alta hospitalar com sintomáticos após 24h. Procurou novo atendimento no Hospital Regional de Sobradinho, sendo avaliada pela equipe da Cirurgia Geral que optou por internação e investigação. Ao exame a paciente se encontrava em regular estado geral, eupneica, taquicardica, com abdome distendido, hipertimpânico e doloroso à palpação difusamente. Adicionalmente, havia parado a eliminação flatos e fezes. Submetida à laparotomia exploradora, que identificou herniação de alça de delgado em orifício de trocater umbilical, provavelmente devido ao não fechamento da aponeurose na primeira abordagem cirúrgica. Havia estenose fibrótica do segmento de delgado e inviabilidade do mesmo, sendo procedido a enterectomia segmentar e enteroanastomose termino-terminal. A paciente evoluiu no pós-operatório sem intercorrências, com alta hospitalar no 5oDPO.CONCLUSÃOA herniação incisional apesar de ser uma complicação menos frequente na cirurgia minimamente invasiva é ainda considerada uma complicação séria, que requer reparo cirúrgico.Após a cirurgia laparoscópica, a localização da HI se dá preferencialmente na linha mediana, quando utilizados trocartes maiores que 10mm. O maior fator de risco relacionado ao aparecimento de HI é a ampliação da incisão para retirada da peça cirúrgica.Portanto, para evitar tal complicação, sugere-se que seja utilizado o trocater de menor diâmetro possível, e ao término do procedimento, todo pneumoperitoneo seja retirado. Sempre fechar os orifícios de trocater maior que 10mm, exceto em crianças, que devem ter todos orifícios suturados independente do tamanho.

CODIGO DO TRABALHO: 3017

TÍTULO DO TRABALHO: Hérnia Interna Pelo Ligamento Largo do Útero

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: THAIGO PAULO TEIXEIRA DOS SANTOS; MARIO LUIZ QUINTAS; ALEXANDRE AUGUSTO PINTO CARDOSO; CONCEIÇÃO DE MARIA AQUIMO VIEIRA CLAIRET; FERNANDO HENRIQUE FURTADO COUTINHO; MICHELLE LOUISE RODRIGUES BARBOSA DA SILVA; CAROLINA DE SOUZA RIBEIRO VITORASSO; BRUNNA CAMEROTTE. HOSPITAL ESTADUAL VILA ALPINA, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A hérnia interna é uma entidade rara que pode causar obstrução intestinal com uma incidência relatada de 0,6-5,8%. O tipo mais comum de hérnia interna é a hérnia paraduodenal, que corresponde a 53% dos casos. Tipos menos comuns de hérnia surgem devido a defeitos em partes do omento maior, forame de Winslow, região pericecal, mesentério do intestino delgado, mesentério do cólon ou região retro-anastomótica. As hérnias que ocorrem na cavidade da pelve são responsáveis ??por 7% de todas as hérnias internas. Com isso a hérnia através de um defeito do ligamento largo é considerada uma patologia rara. Os defeitos do ligamento largo são classificados como congênitos ou adquiridos.RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 41 anos, com 2 cesarianas prévias, hipertensa, sem outras comorbidades, que deu entrada no pronto socorro com queixa de dor e distensão abdominal há 4 dias associado a vômitos e parada de eliminação de flatos e fezes. No exame físico foi evidenciado um abdome distendido, hipertimpânico, ruídos hidroaéreos metálicos, com dor difusa apresentando descompressão brusca positiva. Identificado em Tomografia Computadorizada de abdome sinais de obstrução de alças de delgado na topografia pélvica. A paciente foi submetida a uma laparotomia exploradora onde foi evidenciado sinais de sofrimento do intestino delgado, em aproximadamente 150 cm de sua extensão. Este segmento acometido encontrava-se herniado e estrangulado pelo ligamento largo, com sinais de inviabilidade. Durante a cirurgia foi realizado enterectomia do segmento e enteroanastomose primária. A paciente evoluiu bem e recebeu alta no quinto dia de pós-operatório.CONCLUSÃO: Este caso encontra-se entre os poucos já relatado até hoje, de hérnia interna pelo ligamento largo. Embora não tenha sido diagnosticado a etiologia da obstrução de delgado pela tomografia computadorizada, faz-se necessário termos como diagnóstico diferencial, esta patologia, em pacientes do sexo feminino que apresentam dor abdominal aguda, com sinais clínicos e de imagem de obstrução intestinal.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1477

TÍTULO DO TRABALHO: HERNIAÇÃO INGUINOESCROTAL DA BEXIGA - RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARIANA FAUSTER F. A DE OLIVEIRA1; MATEUS FURTADO ROCHA1; BRUNO CARLO VIEIRA LEMOS1; DIEGO DE JESUS LIMA1; PEDRO HENRIQUE OLIVEIRA DE AMORIM1; LEONARDO LANNI DE OLIVEIRA2. 1. HOSPITAL SEMPER, BELO HORIZONTE(MG) - MG - BRASIL; 2. HOSPITAL REGIONAL DE BETIM, BETIM(MG) - MG - BRASIL.

RESUMO:
HERNIAÇÃO INGUINOESCROTAL DA BEXIGARELATO DE CASO Introdução Herniação da bexiga no canal inguinal é uma rara condição clínica. Constituiu de 1% a 3% de todas as hérnias inguinais, sendo que, nos pacientes do sexo masculino maiores de cinquenta anos, pode chegar a 10% dos casos. Qualquer porção da bexiga pode herniar, desde uma pequena parte, um divertículo ou mesmo grande parte do seu conteúdo. Usualmente é um quadro assintomático, diagnosticado no peroperatório e, nesse caso, é preciso evitar injúrias de bexiga e de ureter. Em pacientes sintomáticos, metodos de imagem como cistografia retrógrada, ultrassonografia pélvica, tomografia computadorizada e ressonância magnética são necessários para confirmar o diagnóstico. Relato de Caso Apresentamos paciente do sexo masculino, 56 anos, com edema inguinoescrotal há cerca de 6 meses, associado a dor hipogástrica e disúria moderada. Ao exame físico, hérnia inguinoescrotal direita irredutível, dolorosa à palpação, com edema de bolsa escrotal e sinais de orquiepididimite. Revisão laboratorial identificou leucocitose e PCR elevado. Tomografia computadorizada de abdome e pelve evidenciou hérnia inguinal bilateral, sendo hérnia direita inguinoescrotal com cerca de 50% da bexiga como conteúdo, associado à orquiepididimite e líquido em bolsa escrotal. Indicado exploração cirúrgica após antibioticoterapia. Procedimento realizado por incisão mediana infraumbilical com acesso pré-peritoneal. Tentativa de redução do conteúdo herniário não obteve sucesso, sendo necessário ressecção do segmento da bexiga encarcerado. Confeccionado reparo das hérnias pela técnica de Stoppa com tela de polipropileno. Evolução do pós-operatório sem intercorrências. Conclusão A bexiga como conteúdo herniário é um achado incomum. O diagnóstico deve ser confirmado por método de imagem e o tratamento é cirúrgico, com redução do conteúdo herniado, com ou sem ressecção vesical, e reparo da hérnia. Nesse caso a opção por incisão mediana foi bem sucedia e possibilitou o reparo vesical com segurança, identificação dos ureteres e reparo da hérnia bilateral.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1030

TÍTULO DO TRABALHO: HÉRNIAS ABDOMINAIS NA EMERGÊNCIA ? ESTUDO RETROSPECTIVO DE 107 CASOS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FELIPE JOSE VIEIRA1; AMANDA PEREIRA LIMA2; GABRIELA PROCÓPIO DE MORAES OLIVEIRA2; FELIPE GARCIA PRADO2; MARIELLE ELISA AVELINO2; PAULA DOMITH DE OLIVEIRA VIEIRA3. 1. HPS JF, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL; 2. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA - SUPREMA, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - UFJF, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Uma das principais cirurgias realizadas no mundo é a de correção de hérnias de parede abdominal (HPA), cujas complicações mais graves são o encarceramento e estrangulamento, responsáveis por grande parte dos quadros de abdome agudo. Objetivo: Descrever os aspectos epidemiológicos das hérnias de parede abdominal (sexo, idade), bem como localização da hérnia, uso de tela, tempo de internação e mortalidade. Método: Análise de prontuários dos pacientes com diagnóstico de HPA no Hospital Dr. Mozart Geraldo Teixeira no período de 2009 a 2014. Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa institucional (protocolo 1.424.169). Resultados: Foram selecionados 107 casos de HPA. No total a hérnia umbilical foi a mais prevalente, n=43 (40,2%), seguida da hérnia inguinal n=38 (35,5%), epigástrica n=14 (13,1%), incisional (0,9%) e de Spiegel n=1 (0.9%). A hérnia que mais cursou com encarceramento foi a hérnia inguinal n=36 (100%). O sexo masculino prevaleceu n=61 (57%), sendo mais comum a hérnia inguinal n=30 (49,2%), enquanto no sexo feminino, a umbilical foi a mais frequente (50%). Na hérnia femoral (n=2), não houve diferença entre os sexos. O tempo médio de internação foi de 3,55 dias e a idade média de 59,4 anos (DP+- 19,4). A herniorrafia com tela foi realizada em 18,5% dos casos. A mortalidade foi de 6,5%, sendo o choque séptico a causa predominante (4,6%) e mais comum no sexo feminino (87,5%), com a idade média de 63 anos. Conclusão: A HPA foi mais frequente no sexo masculino, e a hérnia umbilical foi a mais prevalente. A mortalidade ainda é alta (6,5%) por se tratar se cirurgias de urgência.Bibliografia:1. Ayandipo OO, Afuwape OO, Irabor DO, AbdurrazzaaqAI. Adult abdominal wall hernia in Ibadan. Ann Ib Postgrad Med. 2015;13(2): 94?99.2..Fitzgibbons Junior RJ, Forse RA. Clinical practice. Groin hernias in adults. NEJM 2015;372(8):756-63.3. Ukkonen M, Kivivuori A, Rantanen T, Paajanen H. Emergency Abdominal Operations in the Elderly: A Multivariate Regression Analysis of 430 Consecutive Patients with Acute Abdomen. World Journal of Surgery. 2015;39(12):2854-61.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2691

TÍTULO DO TRABALHO: HIDROCELE DO CANAL DE NUCK EM UMA MULHER ADULTA ? RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PETRILLE ANDRÉ CAVALCANTE DE BARROS1; FILIPE DE PAULA MARTINS1; LUCAS FIGUEREDO CARDOSO1; RENATO GOMES CAMPANATI1; MARIO PASTORE NETO2. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. HOSPITAL RISOLETA TOLENTINO NEVES, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O canal de Nuck é uma invaginação do peritônio parietal, correspondente ao processo vaginal na anatomia masculina. Tipicamente, esta extensão de peritônio oblitera em um cordão fibroso até o final do primeiro ano de vida. A falha deste fechamento resulta em uma comunicação com a cavidade peritoneal através de um Canal de Nuck patente, culminando com o surgimento de hérnia inguinal ou hidrocele. Relato de caso: Mulher, 36 anos, admitida em serviço de urgência, apresentando abaulamento de surgimento súbito na região inguinal esquerda há cerca de 6 horas, associada a dor de forte intensidade e náuseas, sem relato de vômitos ou parada de eliminação de flatos e fezes. Negava trauma local. Não relatava comorbidades ou antecedentes patológicos relevantes. Durante o exame físico, não foi possível realizar a redução do abaulamento, devido à queixa de dor à manipulação, porém sem sinais flogísticos presentes. Os sinais vitais e exames laboratoriais eram normais. A tomografia computadorizada do abdome revelou massa cística em região inguinal esquerda sem continuidade com a cavidade peritoneal. Não foi visualizado comprometimento de estruturas abdominais, sinais de obstrução intestinal ou presença de líquido livre intracavitário. No ato operatório, realizou-se a exploração do canal inguinal por inguinotomia esquerda, evidenciando-se formação cística alongada aderida ao ligamento redondo do útero, estendendo-se até o anel inguinal profundo. Após dissecção e individualização do ligamento redondo, realizou-se abertura da lesão cística, com saída de moderada quantidade de líquido seroso amarelo citrino, sem comunicação com a cavidade peritoneal ou presença de hérnia inguinal associada. Prosseguiu-se com ligadura ao nível do anel inguinal profundo e excisão da mesma. A parede posterior do canal inguinal foi reforçada, aproximando-se o tendão conjunto ao ligamento inguinal com sutura com fio inabsorvível. Anatomopatológico do material retirado revelou membrana serosa (peritôneo) com alterações inflamatórias inespecíficas, compatível com o informe clínico de hidrocele de Nuck. A paciente evoluiu sem intercorrências no pós-operatório e recebeu alta hospitalar um dia após o procedimento cirúrgico. Conclusão: Embora seja rara, a hidrocele do canal de Nuck deve ser considerada como diagnóstico diferencial nos quadros de abaulamento da região inguinal. O diagnóstico definitivo através do exame físico é incerto, sendo imprescindível a exploração cirúrgica nesses casos.

CODIGO DO TRABALHO: 1898

TÍTULO DO TRABALHO: INCIDÊNCIA DAS COLECISTECTOMIAS REALIZADAS EM UM HOSPITAL DE URGÊNCIA DO TOCANTINS: ANÁLISE RETROSPECTIVA DE 859 CASOS.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LUÍSA COELHO MILHOMEM; LETICIA DO VALE REIS; BÁRBARA CHAVES LOPES MACHADO; RENATA MOREIRA MARQUES PASSOS; FERNANDA RESENDE MARTINS; LAYSSA MARINHO DE AGUIAR; PEDRO MANUEL GONZALEZ CUELLAR. UFT, PALMAS - TO - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVOAs colecistectomias representaram uma alta incidência no nosso serviço, 12,47% do total de cirurgias realizadas pelo serviço de cirurgia geral no período analisado, ficando atrás apenas dos desbridamentos de úlceras (43,08%) e das laparotomias (14,05%) e à frente das apendicectomias (9,13%) e herniorrafias (5,72%). Assim, diante da elevada prevalência deste procedimento, o trabalho objetiva descrever o perfil epidemiológico das colecistectomias realizadas no hospital de referência da macrorregião de Palmas-TO.MÉTODOSFoi realizado um estudo observacional retrospectivo no Hospital Geral Público de Palmas, incluindo todos os pacientes submetidos a cirurgias ou procedimentos realizados no centro cirúrgico no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2016. A coleta de dados foi realizada pelos autores mediante análise dos livros de registros de cirurgias do HGPP. Os dados avaliados foram sexo, idade e o caráter de realização da cirurgia, se urgência ou eletiva. Foram considerados jovens os pacientes com até 19 anos, adultos: entre 20 e 59 anos e idosos: 60 anos ou mais. A coleta de dados consistiu em análise de arquivos, sem qualquer contato com os pacientes, sendo assim dispensado o termo de consentimento livre e esclarecido.RESULTADOSAs colecistectomias foram mais prevalentes nos adultos, faixa de idade entre 20 e 59 anos, representando 75,3% dos casos, sendo menos comum em jovens (4,42%) e idosos (20,28%). Houve prevalência no sexo feminino (66,59%), 66,24% das cirurgias foram realizadas em caráter de urgência e 33,73 % foram eletivas.CONCLUSÃOAs colecistectomias foram mais prevalentes nos adultos, sexo feminino e a maior parte das cirurgias realizada no nosso serviço são em caráter de urgência..

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2127

TÍTULO DO TRABALHO: Infecção por Vibrio vulnificus no Rio Grande do Sul: relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARIENE CENTENO ABEL1; RODOLFO DOS SANTOS MONTEIRO1; LUIZ HENRIQUE SANTANA DE ARAÚJO1; LAURA TIMM JUNQUEIRA2; SANDRO OLIVEIRA STELLA3; ROGER CORRÊA DIAS3; MARILIA BITTENCOURT ESPINDOLA4; GERSON JUNQUEIRA JUNIOR4. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE - UFCSPA, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL - UNISC, SANTA CRUZ DO SUL - RS - BRASIL; 3. IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE - ISCMPA, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 4. HOSPITAL MÃE DE DEUS - SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL E DIGESTIVA, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: a bactéria Vibrio vulnificus, um bacilo gram-negativo, é considerada uma das mais virulentas de seu gênero, sendo capaz de infectar através da ingestão de frutos do mar contaminados ou pelo contato direto da água do mar contaminada com lesões cutâneas. Pode provocar sepse, fasceíte necrotizante e morte. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de infecção por esta bactéria no litoral do Rio Grande do Sul. Relato de Caso: F.G., 54 anos, masculino, negro. História pregressa de trauma com fratura de membro inferior esquerdo e enxerto local, desenvolvendo leve edema e dermatite como sequelas. Após temporada no litoral com exposição a água do mar, apresentou quadro de febre, dispneia e edema difuso de tecido subcutâneo em membro inferior esquerdo, o qual apresentava lesão prévia verrucosa, e passou a drenar secreção serosa 2 dias antes da internação hospitalar. Evoluiu com formação de celulite bolhosa, confluência das bolhas e descarga de fluido seroso-sanguinolento. À internação, exames laboratoriais indicaram neutrofilia, marcadores inflamatórios elevados e função renal preservada. A hemocultura revelou infecção por Vibrio vulnificus. Realizou-se desbridamento cirúrgico intensivo de pele e partes moles das regiões ântero-lateral esquerda da perna e do dorso do pé, drenagem de secreção purulenta e ressecção de tecidos desvitalizados em 5 momentos, concomitantemente com terapia empírica composta por Ampicilina, Sulbactam e Doxicilina. Posterior escalonamento para esquema com Piperacilina, Tazobactan, Vancomicina e Vibramicina. Assim, o crescimento e a progressão proximal da infecção foram contidos, não havendo desenvolvimento de fasceíte necrotizante. Após a ressecção das áreas de necrose, realizou-se enxerto autólogo com pele da porção anterior da coxa contralateral.Conclusões: a septicemia em pacientes infectados por Vibrio vulnificus costuma ter evolução rápida e agressiva, ressaltando a importância de diagnóstico e intervenção precoces para estabelecer melhor prognóstico para os pacientes acometidos por esse microrganismo.Referências:Franca JC, Raboni SM, Sanfelice E, Polido D, Gentili A, Marques F. Vibrio vulnificus infection in Southern Brazil: a case report. An Bras Dermatol. 2013;88(3):424-6.Huang, KC et al. Distribution of Fatal Vibrio Vulnificus Necrotizing Skin and Soft-Tissue Infections: A Systematic Review and Meta-Analysis. Medicine. 2016; 95(5)e:2627.Janda JM, Newton AE, Bopp CA. Vibriosis. Clin Lab Med. 35 (2015) 273-288.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2495

TÍTULO DO TRABALHO: Intoxicação por monóxido de carbono: atendimento inicial a múltiplas vítimas

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: REBECA MANGABEIRA CORREIA1; LUÍSA RESENDE TENÓRIO DE ALBUQUERQUE2; SONIA DE SOUZA ROGERI3; ISABELA BARTELLI FONSECA3; MATHEUS GRECHI MARTINS GAMA3; BÁRBARA PERES LAPETINA GONÇALVES SARAIVA3; BEATRIZ HELENA CERMARIA SOARES DA SILVA3; MARTIN MARCONDES CASTIGLIA3; DIEGO ADAO FANTI SILVA3. 1. EPM- UNIFESP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. EPM - UNIFESP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 3. EPM-UNIFESP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoA inalação de monóxido de carbono (CO) é uma forma potencialmente fatal de intoxicação inalatória e um preditor independente de mortalidade, respondendo por 5% das admissões em unidades de queimados. Mais comumente, afeta adultos do gênero masculino entre a terceira e quinta década de vida, principalmente em ambientes fechados saturados com produtos da combustão dos motores a gasolina. A apresentação clínica dos pacientes expostos pode variar de formas leves a graves, e a suspeita deve existir principalmente em pacientes confusos ou comatosos, com acidose lática inexplicada e oriundos de ambiente de risco.O padrão ouro para o diagnóstico de intoxicação por CO é dado pela medida sérica da carboxi-hemoglobina, conquanto seus níveis não se correlacionem diretamente com a gravidade clínica do paciente. Portanto, em casos suspeitos, deve-se iniciar empiricamente o tratamento com oxigenioterapia em concentrações elevadas. Relato do casoOito trabalhadores de uma empresa especializada em construção de túneis iniciaram quadro de sonolência e confusão mental durante atividade laboral, após falha de um exaustor durante o uso de escavadores movidos a gasolina. Foram levados de imediato ao serviço de emergência pela equipe local, com necessidade de triagem segundo o Protocolo START (Simples Triagem e Rápido Tratamento), em virtude do excesso de vítimas em relação aos recursos disponíveis. Cinco deles, com capacidade de deambular, foram encaminhados à sala de observação; e três permaneceram na sala de emergência. Todos foram atendidos segundo o protocolo do ATLS® (Advanced Trauma Life Support), com coleta de gasometria arterial seguida de suplementação com oxigênio. Os três pacientes mais graves apresentavam sintomas neurológicos compatíveis com intoxicação por CO, entre eles cefaleia, rebaixamento do nível de consciência (Glasgow entre 9 e 13), déficit neurológico transitório e agitação psicomotora. A gasometria arterial apresentava lactato variando de 1,55 a 3,89 mmol/dL (normal ConclusãoApesar da ausência do diagnóstico de certeza, a simples suspeita de intoxicação por CO deve ser tratada empírica e prontamente, segundo os princípios de triagem e sistematização do ATLS®.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 832

TÍTULO DO TRABALHO: Intussuscepção íleo-apêndico-cólica por apendicite aguda em adulto

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RAMON FÉLIX MARTINS FERNANDES; JOSE ANTONIO BENTO; LUIS RENATO RODRIGUES ARNONI; MAURO ASSI HADDAD; MARIANNA MENDONÇA DE ALMEIDA THIERS; JUAN BERNARDO PEREIRA MARTIN; MICHELLE FU MIN TONG; FÁBIO IAZZETTI LOPES. FACULDADE DE MEDICINA DO ABC, SANTO ANDRÉ - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A invaginação de um segmento intestinal sobre outro é relativamente comum em crianças e raramente acomete adultos. A intussuscepção do apêndice é uma alteração rara que pode ocorrer em qualquer grupo etário, porém, metade dos casos se desenvolve nos primeiros quinze anos de vida. A patogênese pode ser de causa anatômica ou patológica, como corpo estranho, neoplasias ou inflamações. A apendicite aguda pode ser uma causa, e a intussuscepção pode causar retenção de material infectado na extremidade proximal do apêndice, com obstrução do seu lúmen proximal. O quadro clínico de uma intussuscepção é variável e dependente da causa. A tomografia computadorizada (TC) tem sido o método de imagem mais utilizado e acurado para o diagnóstico desta condição. A abordagem cirúrgica é específica para cada achado e causa. O exame anátomo-patológico da peça ressecada sempre deve ser solicitado, por mais característico que o cenário possa parecer. Relato de caso: Relatamos o caso de paciente do sexo feminino, 24 anos, atendida no setor de pronto atendimento de um hospital público com náuseas e dores há 7 dias, tipo cólica no mesogástrio e de fraca intensidade. No exame físico apresentava no mesogástrio uma formação cilíndrica, de 10x4cm, dolorosa e com ruídos presentes. Foi realizada uma TC de abdome que mostrou imagem sugestiva de intussuscepção jejuno-jejunal. Levada à laparotomia, encontrou-se uma intussuscepção íleo-apêndico-cólica, que foi reduzida observando-se como causa uma tumoração de característica inflamatória no apêndice cecal na sua porção proximal com presença de fecálito. Foi realizado apendicectomia com necessidade de ressecção de parte da parede cecal e reconstrução com sutura contínua, em dois planos. A paciente evoluiu sem intercorrências, recebendo alta no 3ºPO. O exame anátomo-patológico mostrou ser uma apendicite aguda úlcero-flegmonosa com neoplasia mucinosa de baixo grau com margens cirúrgicas livres. A parede cecal ressecada apresentava processo inflamatório supurativo transmural. A paciente está em acompanhamento no ambulatório de oncologia cirúrgica. Conclusão: O caso apresentado destaca-se pela infrequência do diagnóstico, assim como pela importância do achado no exame anátomo-patológico da peça cirúrgica para o prosseguimento do tratamento, ressaltando a importância da solicitação do exame anátomo-patológico da peça ressecada sempre.

CODIGO DO TRABALHO: 1439

TÍTULO DO TRABALHO: INTUSSUSCEPÇÃO JEJUNO-GÁSTRICA: RELATO DE CASO DE RARA COMPLICAÇÃO PÓS-GASTRECTOMIA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOÃO FERNANDO PAULICHENCO MANTOAN1; NOELLE NOGUEIRA CARBONIERI2; ANA FATIMA MINEIRO2; BRUNO AMANTINI MESSIAS3; REINALDO ROBALINHO FILHO3; RAFAEL ANTONIO PAULOS MELLA LÓPEZ2; MATHEUS BARTOLOMEI DE SIQUEIRA CORRADI3. 1. CENTRO UNIVERSITARIO SÃO CAMILO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. CUSC, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 3. HGC, CARAPICUIBA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A intussuscepção jejuno-gástrica é uma rara complicação de gastrectomia tipo Billroth II ou gastrojejunostomia simples, com elevada mortalidade quando não há diagnóstico precoce. A etiologia mais plausível é a peristalse retrógrada ou anterógrada da alça intestinal. Geralmente apresenta-se com dor epigástrica, vômitos com ou sem sangue associado à sinais e sintomas obstrutivos. O diagnóstico é baseado na alta suspeita clínica e exames de imagem, sendo a endoscopia digestiva alta o exame mais utilizado. O tratamento é eminentemente cirúrgico e em casos mais leves existe a possibilidade de procedimentos endoscópicos. Relato de caso: C.A.R. 67 anos, com história de cirurgia gástrica há 40 anos, deu entrada no PS do hospital referindo dor em região epigástrica principalmente após alimentação há 2 meses, náuseas e hematêmese há 3 dias associados à inapetência. Ao exame físico o abdome apresentava-se plano, flácido, doloroso a palpação epigástrica, com ruídos hidroaéreos presentes, sem visceromegalias e descompressão brusca negativa. Realizado tomografia de abdome evidenciando rotação mesentérica na projeção do duodeno em seu próprio eixo que apresentava-se insinuado para o interior da cavidade gástrica. A EDA não foi finalizada devido à risco de broncoaspiração por estase gástrica. No inventário da cavidade abdominal foi observado baço aderido ao estômago com gastroenteroanastomose à Billroth II e alça eferente invaginada no remanescente gástrico. Técnica operatória: redução incruenta da alça jejunal do remanescente gástrico sem necessidade de ressecção devido a viabilidade da mesma e esplenectomia por laceração esplênica. Paciente recebeu alta em boas condições e retornou ao ambulatório assintomá-tico e sem alterações no exame físico. Conclusão: O diagnóstico precoce é essencial, devido às altas taxas de mortalidade, que chegam a 50% após 48 horas de evolução e deve ser suspeitada em pacientes gastrectomizados que se queixam de sintomas obstrutivos. Quanto ao tratamento, não existe consenso quanto à melhor técnica cirúrgica, ficando esta ao critério do cirurgião e à melhor adequação ao doente em questão.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1341

TÍTULO DO TRABALHO: Isquemia de Cólon no Pós-Operatório de Correção de Aneurisma de Aorta Abdominal

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GABRIEL SCHNITMAN; ROBERTO RASSLAN; EDUARDO RISSI SILVA; GEORGE FELIPE BEZERRA DARCE; FERNANDO FERREIRA NOVO; EDNA FRASSON DE SOUZA MONTERO; EDIVALDO MASSAZO UTIYAMA. HC-FMUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Isquemia cólica é uma complicação grave da correção de aneurisma de aorta abdominal (CAAA), com mortalidade de até 90%. Foram descritos como fatores de risco aneurisma roto, duração prolongada da cirurgia e doença renal prévia. A difícil avaliação clínica torna este diagnóstico um desafio. Alguns autores indicam sigmoidoscopia de rotina, principalmente nos casos com mais de um preditor de risco. Colectomia é o tratamento padrão, apesar de ser possível tratamento clínico nos casos sem necrose transmural ou disfunção orgânica.OBJETIVO: Investigar fatores de risco para mortalidade nos casos de isquemia de cólon no pós-operatório de CAAA em hospital público universitário no Brasil desde 2011 até atualidade.MÉTODO: Estudo retrospectivo observacional de análise e descrição de prontuários de pacientes com isquemia de cólon submetidos a CAAA. Foram revisados 21 prontuários, sendo um excluído por não preencher critérios de isquemia de cólon. Os dados foram analisados para identificar fatores de risco, relação de comorbidades com a patologia e descrição da morbimortalidade da doença.RESULTADOS: Foram incluídos no estudo 20 pacientes, na maioria homens (76,2%) e com idade média de 67,4 anos. O IMC médio foi 23kg/m2 e 76,2% eram tabagistas. A maior parte dos aneurismas foram infrarrenais (66,7%). A principal comorbidade associada foi hipertensão (81%), seguida de doença renal crônica (42,9%). Em 66,7% dos casos, a cirurgia foi realizada em caráter eletivo e em 28,6% das vezes foi endovascular. O tempo médio da cirurgia vascular foi de 6 horas. A avaliação por suspeita de isquemia de cólon foi feita em média 5,4 dias de pós-operatório. O diagnóstico foi feito em intra-operatório em 23,8% das vezes e em 14,3% somente por autópsia. Ressecção de cólon foi realizada em 80% dos casos (colectomia esquerda em 68,7%). O tempo médio de internação pós-operatória foi de 12,2 dias (23,1 dias total). A taxa de mortalidade foi 85,7%.CONCLUSÃO: Apesar de apresentar baixa incidência, a isquemia de cólon representa uma complicação no pós-operatório de CAAA com alta taxa de mortalidade. O diagnóstico é feito tardiamente e de maneira pouco padronizada, o que parece ser um fator de pior prognóstico. Existem poucos dados recentes disponíveis sobre fatores de risco ou algoritmos diagnósticos.REFERÊNCIAS: Brugginik JL, Tielliu IF, Zeebregts CJ, Pol RA. Mesenteric ischemia after abdominal aortic aneurysm repair: a systemic review. J Cardiovasc Surg (Torino). 2014 Dec;55(6):759-65.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1466

TÍTULO DO TRABALHO: ISQUEMIA INTESTINAL EM PORTADOR DE MUTAÇÃO NO GENE DA PROTROMBINA: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GILMARQUES ALMEIDA DA SILVA; JULIANO NOGUEIRA MORAIS; RODRIGO SPÍNOLA E SILVA; HENRIQUE MOURA PARREIRA; FERNANDO SIMÕES DE SENA; EDUARDO GONÇALVES MARTINS DA COSTA; LUIZ HENRIQUE DE ARAÚJO P. COSTA; FELIPPE HAUCK MANSUR. HOSPITAL MÁRCIO CUNHA, IPATINGA - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A síndrome Isquêmica Mesentérica pode advir de uma miríade de condições clínicas e ocorrendo aguda ou crônicamente. A variante aguda representa emergência cirúrgica freqüentemente fatal, possuindo como principais bases fisiopatogênicas: embolia arterial cardiogênica, trombose arterial, trombose venosa e isquemia mesentérica não oclusiva.RELATO DE CASO: Trata-se do relato de caso de paciente de 64 anos, admitido no Pronto Socorro do Hospital Marcio Cunha, em Ipatinga ? MG, com quadro de dor abdominal há 15 dias, em cólica, com intensificação progressiva e acrescida de distensão abdominal nas últimas 48 horas, sem parada de eliminação de fezes ou flatos. No exame físico evidenciou-se estabilidade hemodinâmica e ventilatória e ausência de sinais de irritação peritoneal, permitindo a realização de estudo tomográfico abdominal contrastado que depreendeu espessamento e densificação mesentérica mesogástrica com intumescimento dos vasos mesentéricos de permeio de aspecto inespecífico. Frente aos achados, submeteu-se o paciente a laparotomia de urgência, deflagrando ascite volumosa e isquemia jejunal segmentar com áreas de necrose e notável espessamento mesentérico. Realizou-se enterectomia com margem balizada por teste perfusional intraoperatório, reconstrução do trânsito por anastomose termino-terminal primária e encaminhamento da peça para estudo anatomopatológico. Este evidenciou vasculite leucolástica submucosa e mesentérica associada a trombose de veias calibrosas, motivando screening hematológico especializado, culminando com a depreensão de Mutação Heterozigótica no Gene da Protrombina, achado motivador de acompanhamento especializado em caráter ambulatorial após completa recuperação pós-operatória.CONCLUSÃO: A ocorrência de Isquemia Mesentérica resultante a trombofilias, como a Mutação no Gene da Protrombina, é evento raro, devendo haver especial suspeição desta etiologia quando em se tratando de pacientes jovens, tromboses de repetição, ou na ocorrência de evento trombótico em topografia incomum.A precocidade do diagnóstico desta condição, aliada a propedêutica adequada e escolha individualizada das opções de tratamento são os principais fatores redutores da morbimortalidade implicada e de recrudescências sintomatológicas. A presente produção justifica-se a partir da sua utilidade como difusor de conhecimento acerca da condição clínica elencada, condição mister para a correta e ágil dedução diagnóstica/propedêutica/terapêutica.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 3040

TÍTULO DO TRABALHO: Isquemia Mesentérica Aguda Necrosante: Relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: THIAGO ALEXANDRE MACEDO DE AZEVEDO1; ROBERTO CHIANCA TEIXEIRA DE CARVALHO FILHO1; RUAN CÉSAR TEIXEIRA DE CARVALHO2; MATHEUS DE SOUSA CARVALHO2; ALEXANDRE TARGINO GOMES FALCÃO FILHO2; EDUARDO LAFAYETTE MONTEIRO1; RONNEY ALVES BRAGA DOS SANTOS1; ALBERTO BARROS ARAÚJO1. 1. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - JOÃO PESSOA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO A aterosclerose é uma doença inflamatória crônica de origem multifatorial, sendo a isquemia mesentérica, uma das consequências dessa doença, podendo ser crônica ou aguda. Na isquemia mesentérica crônica, há queixa de dor pós-prandial e emagrecimento. Já na aguda, pode ser causada por trombose, geralmente em pacientes mais idosos, ou por embolia, quando há relação com doença cardiovascular pré-existente. Clinicamente o achado principal da isquemia mesentérica aguda é a dor desproporcional ao exame físico, referindo dor abdominal e encontrando o abdômen flácido. O exame padrão ouro para isquemia mesentérica é a arteriografia. RELATO DE CASO ASN, 86 anos, masculino, tabagista, referindo dor abdominal e vômitos há 01 dia. Paciente deu entrada no pronto-socorro por quadro de dispneia e sonolência associado a constipação há 3 dias e náuseas. Evoluiu em estado geral ruim, mostrou-se hipocorado e hiporresponsivo no exame físico. No exame abdominal, observou-se abdome plano, rígido, doloroso à palpação superficial e profunda difusamente e principalmente em QID, RHA inaudíveis. Iniciou-se antibioticoterapia com cefepime e metronidazol. A TC revelou distensão de alças de intestino delgado e líquido livre na cavidade peritoneal, confirmando o quadro inicial de abdome agudo. Foi realizada uma laparotomia explorado, identificando-se moderada quantidade de líquido na cavidade peritoneal e necrose de íleo até íleo terminal, próximo a válvula íleo-cecal. Foi realizado uma enterectomia de íleo e hemicolonectomia direita permanecendo cerca de 1,5 metros de intestino delgado, além de uma anastomose jejuno-colônica. Paciente evoluiu hemodinamicamente estável, em nutrição parenteral. Atualmente (6 DIH), encontra-se internando e em observação respirando por ar ambiente, com rebaixamento do nível de consciência (Glasgow 13). CONCLUSÃO O diagnóstico de isquemia mesentérica não é fácil, devido a apresentação clínica diversa. Existe a necessidade de detecção precoce para evitar necrose intestinal. A melhor conduta é a prevenção, combatendo os fatores de risco da aterosclerose.

CODIGO DO TRABALHO: 645

TÍTULO DO TRABALHO: ISQUEMIA MESENTÉRICA AGUDA POR USO DE ESTEROIDES ANABOLIZANTES EM ADULTO JOVEM: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FLÁVIO DE PÁDUA BRITO DE FIGUEIREDO ALMEIDA1; GILVANDRO DE ASSIS ABRANTES LEITE FILHO1; CRISLANNY REGINA SANTOS DA SILVA1; GABRIELA DA SILVA ARAÚJO1; AMANDA BELMONT MACÊDO BARROSO1; FILIPE DE PADUA BRITO DE FIGUEIREDO ALMEIDA2; REUDO HELENO AMORIM PEREIRA FILHO2; ADRIANO DIAS TRAJANO3. 1. DISCENTE DE MEDICINA DA FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE/PB, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. DISCENTE DE MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA - FCM-PB, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 3. PROFESSOR ORIENTADOR DA LAC-PB. MEMBRO DO CBC. MESTRE EM CIRURGIA PELA UNICAMP, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A isquemia mesentérica aguda (IMA) é causada por um fluxo sanguíneo incapaz de atender à demanda metabólica dos órgãos. Trata-se de um evento incomum, responsável por menos de 0,1% das admissões hospitalares por dor abdominal, com mortalidade entre 67-90%. A IMA é comumente associada aos pacientes idosos com comorbidades, sendo rara e de difícil diagnóstico em menores de 40 anos. Nestes, a literatura aponta a predisposição ou abuso de cocaína como principais etiologias. O uso de esteroides anabolizantes (EA) está associado à trombose arterial, sendo uma possível e rara causa de IMA. RELATO DO CASO: Paciente masculino, 34 anos, admitido no Complexo Hospitalar de Mangabeira, João Pessoa, Paraíba, com queixa de dor abdominal tipo cólica, súbita, difusa e forte intensidade há 12 horas, associada a náuseas, vômitos e episódios diarreicos. Nega comorbidades e refere uso de EA nas últimas 5 semanas. Ao exame: abdome distendido, depressível, sem sinais de irritação peritoneal. Exames: hemoglobina 16,5 g/dL, leucócitos 4.400 mm3, amilase 34 U/L. Radiografia de abdome mostra distensão e edema de alças de intestino delgado, com presença de níveis hidroaéreos. Feito tomografia computadorizada de abdome: distensão gasosa de alças do delgado e cólon, líquido livre em cavidade abdominal sem sinais de obstrução do fluxo vascular em território dos vasos mesentéricos. Devido evolução para irritação peritoneal, foi submetido à laparotomia exploradora com os seguintes achados: moderada quantidade de líquido livre na cavidade com isquemia segmentar de alças de delgado distal. Realizada biópsia de linfonodos da cadeia mesentérica e apendicectomia. Histopatológico: linfonodos reacionais. Alta hospitalar no 6º dia pós-operatório em bom estado geral e aceitado dieta oral. CONCLUSÕES: A IMA em pacientes com menos de 40 anos é rara e associa-se a altas taxas de mortalidade. O uso de EA está associado à trombose arterial, sendo fator de risco para eventos isquêmicos. A fisiopatologia da IMA por EA não está totalmente esclarecida. Porém, sabe-se que o uso de andrógenos é capaz de estimular a medula óssea a produzir eritrócitos, gerando policitemia, levando ao estado de hiperviscosidade e posterior obstrução vascular mecânica. A falta de explicação exata da fisiopatologia da IMA por uso de EA, e a não quantificação da associação entre o uso de EA e a taxa de trombose arterial indicam a necessidade de mais estudos sobre o tema.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2974

TÍTULO DO TRABALHO: ISQUEMIA MESENTÉRICA: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FERNANDA MARIA AFONSO FERREIRA MADEIRA1; DIÊGO JONH BEZERRA DO NASCIMENTO2. 1. HOSPITAL REGIONAL DE CEILÂNDIA, BRASILIA - DF - BRASIL; 2. HOSPITAL BARÃO DE LUCENA, RECIFE - PE - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Um número considerável de doenças e síndromes pode causar isquemia mesentérica aguda ou crônica. A trombose de veia mesentérica é uma causa rara de isquemia mesentérica mas é potencialmente fatal devido à demora em se fazer o diagnóstico precoce. Representa cerca de 10 a 15% das isquemias mesentéricas. Em 95% dos casos afeta a veia mesentérica superior. Sua apresentação costuma ser sutil e insidiosa, dificultando seu diagnostico na fase inicial.RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino 26 anos procura o serviço de emergência, com dor abdominal difusa de forte intensidade, referindo constipação há dois dias, febre há 24 horas, piora da dor ao se alimentar, negando vômitos e problemas de saúde anterior. Fez exames complementares, revelando: leve anemia e leucocitose, LDH 1145U/l, USG de abdome não conclusiva. Tomografia computadorizada (TC) abdominal sem contraste observava densificação dos planos gordurosos na raiz do mesentério. Indicada TC com contraste, observou-se falha no enchimento na veia mesentérica superior (VMS). Iniciado tratado para Trombose de VMS, com anticoagulante. Feito TC de seguimento, observou-se diminuição do fluxo da artéria mesentérica superior, paciente apresentava dor abdominal refratária ao tratamento, foi indicado à laparotomia exploradora, na qual foi observado linfonodomegalia em região mesentérica difusamente que fazia constrição da veia e artéria mesentérica superior, levando a um quadro que simulava uma trombose, além de ascite moderada e edema de alças de delgado. Foi realizada biópsia linfonodal com histopatológico revelando linfadenite com histiocitose sinusal. Paciente teve alta sem sintomas no 4º dia pós operatório. Como principal hipótese diagnóstica temos a doença de Rosai-Dorfman (DRD), que acontece principalmente na primeira ou segunda década de vida, mais comum em negros do sexo masculino. A DRD é um mal proliferativo histiocítico, curso clínico benigno. Febre é o sintoma inicial mais presente, seguida de perda de peso e sudorese noturna.CONCLUSÃO: A Isquemia Mesentérica é em sua grande maioria tratada em fases bem avançadas, com alta mortalidade. Deve ser sempre imaginada nos quadros de abdome agudo, principalmente em idosos ou naqueles que tenham coagulopatias. Pode ter tratamento conservador, quando a trombose é da veia e não ocorram sinais de gravidade. Raras doenças do mensentério podem simular tal quadro e algumas delas têm curso benigno como foi ressaltado no presente caso.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 472

TÍTULO DO TRABALHO: Leiomioma de intestino delgado complicado com torção simulando apendicite aguda.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LUCAS SEVERO PECORINO; CARLOS AUGUSTO METIDIERI MENEGOZZO; ADILSON COSTA RODRIGUES JR; EDIVALDO MASSAZO UTIYAMA; CELSO DE OLIVEIRA BERNINI; MARCELA ARRUDA P. S. VASCONCELOS. HOSPITAL DA CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO:As neoplasias de intestino delgado são raras, sendo estimada sua incidência na população de 0.2 a 2/100.000 quando padronizado por idade. Dentre os tumores benignos de intestino delgado, o leiomioma é o mais frequente, representando aproximadamente 25% de todos os tumores benignos. Incidem principalmente entre a quarta e a sexta década de vida, sem predileção por gênero, e localizam-se principalmente no jejuno (48,7%) e no ìleo (31,8%).Sua apresentação clínica é bastante diversificada, sendo de 44% a 50% das vezes assintomático. Em raras ocasiões o leiomioma pode se tornar sintomático devido a complicações como obstrução, torção, perfuração ou sangramento. Essas complicações podem mimetizar outras causas de abdome agudo, entre elas a apendicite aguda. Este artigo tem por objetivo apresentar um caso de leiomioma de delgado complicado com torção simulando uma apendicite aguda, e alertar os médicos para esse diagnóstico no pronto socorro. RELATO DE CASO:Paciente masculino, 41 anos, chegou ao pronto socorro da com queixa de dor abdominal intensa há 4 dias iniciada no hipogástrio que migrou para a fossa ilíaca direita acompanhada de 5 episódios de vômitos e anorexia, sem febre. Ao exame físico inicial, apresentava-se em regular estado geral, estável hemodinamicamente, sem taquicardia. O abdome era globoso, apresentava dor intensa à palpação da fossa ilíaca direita e hipogástrio, sinal de Blumberg positivo e massa dolorosa palpável na fossa ilíaca direita.Exames laboratoriais mostravam 10440 leucócitos sem desvio à esquerda, e proteína C reativa de 31mg/dl. Calculado um escore de Alvarado de 8. A tomografia computadorizada revelou uma imagem cística heterogênea e lobulada, aderida ao íleo terminal, sem sinais de obstrução. O paciente foi submetido a laparotomia, na qual foi observada uma massa cística de 15x8cm no íleo, com torção, a 30 cm da válvula íleo-cecal. Optado por uma enterectomia segmentar seguida de anastomose primária. O diagnóstico histológico final foi de leiomioma. O paciente completou 10 meses de seguimento sem complicações e com retorno pleno às atividades. CONCLUSÃO: Leiomioma de delgado é uma neoplasia rara e por isso o diagnóstico é incidental e intraoperatório. É importante salientar que essa neoplasia, principalmente quando complicada, pode mimetizar outras causas de abdome agudo e de hemorragia digestiva. Todo cirurgião deve estar preparado para realizar o tratamento adequado dessa condição em situações de urgência.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1474

TÍTULO DO TRABALHO: LESÃO DE DIEULAFOY NO DUODENO: UM RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RODRIGO DE PIERI COAN1; TATIANA MIE MASUKO1; DIEGO INÁCIO GOERGEN1; FERNANDO JOSÉ SAVÓIA DE OLIVEIRA1; RACHID EDUARDO NOLETO DA NOBREGA1; AUGUSTO NATORF GOTUZZO1; FELIPE DE SOUSA JUNQUEIRA2; RAISA BRINGHENTI3. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 2. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, SANTA MARIA - RS - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Lesão de Dieulafoy é uma incomum, mas importante causa de sangramento gastrointestinal. Caracteriza-se pela exteriorização de um vaso arterial aberrante envolto por área de mucosa não ulcerada. Enquanto a maioria das lesões de Dieulafoy acontecem até 6cm da junção esofagogástrica, a presença da lesão em outras áreas do trato gastrointestinal não pode ser esquecida. Nós apresentamos um caso de lesão de Dieulafoy na 1a porção do duodeno causando hemorragia digestiva alta refrataria ao tratamento endoscópico com necessidade de intervenção cirúrgica. Relato de Caso: T.M.Z., 78 anos, masculino, internado para realização de segmentectomia do lobo superior direito após identificação de nódulo pulmonar metastático em tomografias de tórax no follow-up de adenocarcinoma de próstata tratado previamente com ressecção transuretral de próstata ha 2 anos. Levado a cirurgia, sem intercorrências e admitido em UTI no pós-operatório imediato onde mantinha-se com necessidade de vasopressores em doses baixas. No quarto pós-operatório apresentou fezes com característica de melena e piora do estado hemodinâmico. Realizado endoscopia digestiva alta em que foi identificado vaso arterial no bulbo duodenal com sangramento ativo, tentado escleroterapia com solução de adrenalina. Realizada endoscopia digestiva alta de controle no dia seguinte e identificado mínima quantidade de sangue junto a lesão, optado por colocação de clip metálico. Paciente manteve necessidade de vasopressores, transfusões de hemoderivados e episódios de melena. Levada a cirurgia quatro dias após a realização da ultima endoscopia. Realizado duodenotomia e rafia da lesão no bulbo duodenal após identificação da mesma com endoscopia digestiva no transoperatório. Paciente apresentou boa evolução pós-operatória, desmame de vasopressores e necessidade de transfusão de hemoderivados.Conclusão: A presença de lesão de Dieulafoy no duodeno é incomum, mas importante causa de sangramento gastrointestinal maciço e recorrente. A sua identificação e manejo pela endoscopia digestiva alta se mostra a primeira linha de tratamento, porém em casos refratários ao tratamento menos invasivo a cirurgia ainda se mostra uma importante ferramenta no controle da hemorragia.

CODIGO DO TRABALHO: 1583

TÍTULO DO TRABALHO: Lipoma intestinal como causa de abdome agudo: análise de três casos operados no Hospital Getúlio Vargas - Recife ?PE

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: NINA ROSA TENÓRIO LIRA1; RODRIGO SANTIAGO MOREIRA1; RAQUEL HOLANDA SALES1; FRANCIS ANDREW DA SILVA SOUSA1; THIAGO SOUZA E SILVA1; BRUNO MARINHO PINTO DE ÁGUILA1; VICTOR CARVALHO MACIEL GIRÃO1; NORTON NUNES DE LIMA1; ANA CECÍLIA CARVALHO TORRES2. 1. HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - RECIFE/PE, RECIFE - PE - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO, RECIFE - PE - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Os lipomas são lesões benignas formadas por células gordurosas do tipo adulto, circundadas por cápsula fibrosa. É a neoplasia não epitelial mais comum no trato gastrointestinal. Esses tumores podem ser assintomáticos ou apresentar-se com uma variedade de sintomas, podendo evoluir como uma emergência cirúrgica e também ser erroneamente diagnosticados como doença maligna.Objetivo: Realizar uma análise de três casos de pacientes operados com abdome agudo por lipoma intestinal no Hospital Getúlio Vargas (HGV) em Recife-PE.Método: Estudo observacional retrospectivo com pesquisa em prontuários de três pacientes com diagnóstico de lipoma intestinal, sendo um caso de intestino delgado, outro de ceco, sendo o último de sigmoide. Realizando-se revisão de literatura e discussão sobre o tema.Conclusão: Conclui-se que os lipomas do trato gastrointestinal são raros, porém devem ser lembrados como diagnóstico diferencial, principalmente nos pacientes que apresentam quadro de dor abdominal, compatível com abdome agudo, podendo ser obstrutivo alto ou baixo ou que tenham exames de imagens compatíveis com invaginação intestinal.Referências bibliográficas1.BILGIN, M. et al. Ileocecal Intussusception due to a Lipoma in an Adult. Case Reports in Surgery, v. 2012, p. 1?4, 2012. 2.CIN, N. et al. COLONIC LIPOMAS: REPORT OF SIXTEEN CASES AND REVIEW OF THE LITERATURE. Acta Medica Mediterranea, v. I, n. Mdd, p. 93?96, 2016.3.DASSANAYAKE, S. U. B.; DINAMITHRA, N. P.; NAWARATHNE, N. M. M. Submucosal lipoma of the sigmoid colon as a rare cause of mucoid diarrhea: a case report. Journal of medical case reports, v. 10, n. 1, p. 17, 2016.4.KIM, K. H.; NAMGUNG, H.; PARK, D. G. Adult intussusceptions: preoperative predictive factors for malignant lead point. Annals of surgical treatment and research, v. 86, n. 5, p. 244?8, 2014.5.KWAG, S. et al. Coloproctology Surgical Strategy for Colonic Intussusception Caused by a Giant Colonic Lipoma?: A Report of Two Cases and a Review of the Literature. Annals of Coloproctology, v. 30, n. 3, p. 147?150, 2014.6.MANÇANO, A. D.; SIQUEIRA, C. C.; MACEDO, G. M. Qual O Seu Diagnóstico?? Radiol Bras., v. 48, n. 1, p. 4?6, 2015.7.MENEZES, C. C. et al. Invaginação intestinal no adulto secundária a um lipoma . Caso clínico. REVISTA PORTUGUESA DE COLOPROCTOLOGIA |, p. 32?35, 2015.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 3078

TÍTULO DO TRABALHO: Má Rotação Intestinal Como Causa de Abdome Agudo Obstrutivo

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARIO LUIZ QUINTAS; CAROLINA DE SOUZA RIBEIRO VITORASSO; ALEXANDRE AUGUSTO PINTO CARDOSO; JIN HWAN YOO; THAIGO PAULO TEIXEIRA DOS SANTOS; FERNANDO HENRIQUE FURTADO COUTINHO; MICHELLE LOUISE RODRIGUES BARBOSA DA SILVA; CARLOS HENRIQUE MAIA FEITOSA. HOSPITAL ESTADUAL VILA ALPINA, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A má rotação intestinal é uma anomalia que tipicamente apresenta sintomas nos primeiros meses de vida. Logo, quando manifestada após a infância, torna-se importante desafio diagnóstico e terapêutico. Esta condição precisa ser conhecida e considerada no diagnostico diferencial de Abdome Agudo Obstrutivo para esta faixa etária.RELATO DO CASO: Paciente feminina, de 16 anos, foi trazida ao pronto socorro com dor abdominal difusa, inapetência e náuseas progressivas em três dias; parada de eliminação de flatos e fezes há um dia. Negava febre, sintomas respiratórios ou urinários. Antecedentes pessoais: história de rubéola congênita e discreto atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. Relatava episódios recorrentes de dor abdominal e náuseas, com piora pós prandial. Negava comorbidades, medicações de uso crônico ou cirurgias prévias. Exame físico: paciente em regular estado geral, descorada 2/4+, desidratada 2/4+, eupneica, alerta e vigil. Bulhas cardíacas rítmicas e sem sopros, freqüência cardíaca 100 bpm, murmúrios vesiculares presentes e simétricos, sem ruídos adventícios pulmonares. Saturação O2: 98%, freqüência respiratória 20 ipm. Abdome distendido, com ruídos hidroaéreos abolidos; difusamente doloroso à palpação, pior em epigástrio, sem massas ou visceromegalias, sem sinais de irritação peritoneal. À tomografia, evidenciava-se imagem sugestiva de volvo de todo o intestino. Foi então, indicada Laparotomia Exploradora com os seguintes achados: não coalescencia do colon e não fixação da raiz do mesentério. Após resolvida a rotação intestinal, avaliou-se a viabilidade total das alças. Realizou-se plicatura dos colons junto às goteiras parieto-colicas e fechamento da cavidade abdominal por planos. A paciente evoluiu satisfatoriamente. CONCLUSÃO: A Má Rotação Intestinal pode apresentar-se com obstrução intestinal aguda, que exige reconhecimento e tratamento urgentes. No entanto, esta condição é pouco lembrada no diagnóstico diferencial de abdome agudo obstrutivo após a infância. É imperativo ao cirurgião geral, o conhecimento deste quadro e das técnicas cirúrgicas empregadas para o tratamento destes casos. Ademais, sabe-se que a rubéola congênita pode estar associada a diversas alterações do desenvolvimento embrionário. Portanto, hipotetizou-se que a má rotação intestinal, que pode ter diversas etiologias, também possa ser uma manifestação rara da rubéola congênita. Todavia, a avaliação de mais casos é necessária para confirmação desta associação.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1619

TÍTULO DO TRABALHO: Manejo de Pancreatite Necrotizante

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: HELOIZA ARRAIS BANDEIRA TAVARES LEITE1; ALBITON DA SILVA BORGES2; MAISA HELENA DE ABREU SILVA SANTOS2; GABRIEL BROM ANDRADE2; DIMITRI CARVALHO HOMAR2; KATHARINNE INACIO VAZ LAURIANO2; RODRIGO KOUZAK MAYER2; VINICIUS ALVES FONSECA1. 1. HRG, BRASÍLIA - DF - BRASIL; 2. HRG, BRASILIA - DF - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A Pancreatite Necrotizante compreende cerca de 10 a 15% dos casos de pancreatite aguda e se desenvolve a partir de um processo de necrose pancreática e peripancreatica. Evoluindo para um processo de autólise e resultando em complicações locais e sistêmicas criticas que poderão conduzir disfunções ou falência múltipla de órgãos e ainda poderão atingir o desfecho desfavorável do óbito.Morfologicamente reconhecida por apresentar edema intersticial inflamatório combinado com necrose do tecido pancreático, em sua maioria multicêntrica e necrose gordurosa peripancreatica. Sempre que possível, pode-se optar pela drenagem percutânea do foco necrótico, caso contrário opta-se pela sequestrectomia.OBJETIVO: O objetivo do presente trabalho é estudar a possíveis condutas a cerca de um quadro tão complexo e variado que é a pancreatite grave.MÉTODO: Estudo descritivo retrospectivo de caso clínico.RELATO DO CASO:: Paciente V. A. T. , 40 anos, gênero masculino, etilista crônico, hemodinamicamente estável, atendido primariamente em outro serviço. Realizou TC de abdome com contraste que evidenciou múltiplas coleções intra-abdominais o que motivou a indicação cirurgica. Foi realizado lavagem da cavidade, drenagem dos abscesso e peritoneostomia e programado reabordagem em 48 horas , onde foi realizada nova lavagem da cavida, redrenagem e exérese de tecido necrótico. Evoluiu com quadro de sepse de foco abdominal. Foi transferido a UTI e necessitou de reabordagem com a inserção de mecanismo de lavagem continua sob a técnica de utilizar dois drenos tubulares em loja retroperitoneal , nas proximidades do pâncreas, com exteriorização em flancos.DISCUSSÃO Devido a seriedade e da alta mortalidade desses casos, o tratamento cirúrgico a ser seguido objetivando-se evitar ou minimizar a presença de necrose infectada e/ou sepse. A principal indicação cirúrgica é o controle das complicações, sendo as complicações sépticas as mais graves e que necessitam de um momento oportuno para a sua abordagem. Não há técnica cirúrgica única padrão ouro a ser seguida:CONCLUSÃO: A utilização do mecanismo de lavagem continua, configura em uma boa alterativa em casos de pancreatite grave com indícios de complicações e abdome congelado. A dificuldade em se obter uma boa loja cirúrgica em conjunto com a necessidade de se manter a loja pancreática livre de infecção e necrose é motivo de preocupação e debate exaustivo a cerca de metodologias adequadas para a abordagem do quadro.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2283

TÍTULO DO TRABALHO: MANEJO NÃO CIRURGICO EM PACIENTES COM EMPALAMENTO: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DANIEL DE MORAIS TAVARES1; LUANA ARRUDA2; VALTER FABRICIO FERREIRA DARI2; FERNANDA NEIVA RIBEIRO2; THEAGO ARRUDA ESPÍRITO SANTO2; DYEGO DOS SANTOS QUEIROZ2; FERNANDO BARATELLA DE ASSIS2; JOÃO PAULO ISSAMU TAKATA2. 1. PUC-SP, SOROCABA - SP - BRASIL; 2. COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI, CAMPINAS - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Empalamento ocorrem quando objetos alongados são introduzidos em cavidades corporais como o ânus, permanecendo muitas vezes, in situ até o atendimento médico. A literatura médica sobre o assunto é escassa, com métodos de tratamento baseado em experiências individuais. RELATO DO CASO: Paciente masculino, 64 anos, motorista de caminhão. Procura serviço por apresentar dor abdominal após introdução de objeto cilindrico através do ânus há 5 dias. Devido ao tamanho e a localização do objeto, o paciente evoluiu com distenção abdominal e parade de eliminação de fezes. Realizado radiografia de abdomen em decubito dorsal horizontal e ortostatica e radiografia de tórax. Evidenciado objeto cilindrico em reto baixo, sem evidencias de peneumoperitôneo. Optado pela equipe de Cirurgia Geral realização de abordagem perineal após raquianestesia. Retirado objeto com pinçamento do mesmo através do reto baixo associando com manobra de kristeller. Não evidenciado lesões em mucosa, não sendo necessário laparotomia exploradora. CONCLUSÃO: Os casos de empalamento são um desafio ao cirurgião, muitas vezes com necessidade de laparotomia exploradora para retirar o objeto impactado, sendo causa de abdomen agudo obstrutivo. Porém em alguns casos o manejo não cirurgico, na tentative de retirar o objeto via perineal, torna-se uma opção acessivel quando realizados com cuidados e critérios.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1141

TÍTULO DO TRABALHO: Manejo pré-operatório de paciente portador de plaquetopenia lupica e abuso de anticoagulação oral submetido a apendicectomia de urgência: Relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RENAN KLEBER COSTA TEIXEIRA; LAILA BITTAR LANNA; JESSICA CAROLINE FREIRE CARVALHO; WILSON FERREIRA DE SOUZA NETO; SILVIA ZENOBIO NASCIMENTO; RAFAEL CALVAO BARBUTO. HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O manejo pré-operatório é fundamental para a redução de complicações durante a realização do ato cirúrgico-anestésico; contudo, no caso das cirurgias de urgência e emergência não há a possibilidade do correto preparo, implicando no aumento na incidência de morbimortalidade. Assim, relata-se um caso de paciente portador de plaquetopenia grave devido a lupus e com distúrbio dos fatores da coagulação devido abuso de anticoagulante oral submetido a apendicectomia de urgência. Relato de caso: Paciente sexo feminino 50 anos da entrada no Pronto atendimento do Hospital das Clinicas da Universidade Federal de Minas Gerais com quadro de dor abdominal em fossa ilica esquerda há 5 dias. Associado ao quadro apresentava febre, náuseas e vômitos e alteração do habito intestinal. Negava corrimento vaginal, gravidez (ultima menstruação há menos de um mês) ou alterações urinarias. Relatava diagnostico de lúpus com plaquetopenia grave (4-7 mil plaquetas) e em uso de warfarina (2 comprimidos dia). Exames laboratoriais da admissão: hemoglobina: 14,6; global de leucócitos 29790; plaquetas 2000; proteína c reativa 376,44; e relação normalizada internacional 4,07. Submetida a ultrassom de abdome que identificou: grande abscesso em região de fossa ilíaca e flanco esquerdo. Paciente então encaminhada a tomografia de abdome que identificou apêndice aumentado com borramento da gordura na região de ceco e associado a abscesso. Caso foi discutido com equipe de Hematologia e Reumatologia sendo realizada suspensão da warfarina, realizado vitamina K e plasma fresco congelado + concentrado de plaquetas. Os hemoderivados foram iniciados 4h antes e durante o ato operatório. Paciente submetida a apendicectomia por incisão infra umbilical mais lavagem da cavidade sob anestesia geral. Não houve intercorrências no pós-operatório e perda sanguínea estimada de 100 ml. Paciente evoluiu bem no pós-operatório mantendo níveis baixos de plaquetas (3-11 mil), recebendo alta no 11° dia de pós-operatório sem complicações. Conclusão: O correto manejo pré-operatório de alterações hematológicas pode minimizar os riscos relativos a sangramento intra e pós-operatório.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1387

TÍTULO DO TRABALHO: MUCOCELE DE APÊNDICE ? RELATO DE ACHADO INCIDENTAL EM LAPAROTOMIA EXPLORADORA POR MASSA ABDOMINAL

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: NOELLE NOGUEIRA CARBONIERI1; ANA FATIMA MINEIRO1; BRUNO AMANTINI MESSIAS2; JOÃO FERNANDO PAULICHENCO MANTOAN1; REINALDO ROBALINHO FILHO2; MELANIE NOGUEIRA CARBONIERI3; MATHEUS BARTOLOMEI DE SIQUEIRA CORRADI4. 1. CUSC, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. HGC, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 3. FACERES, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 4. HGC, CARAPICUÍBA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Mucocele de Apêndice (MA) é uma neoplasia rara e na maioria dos casos benigna. É definida por uma dilatação progressiva do apêndice devido ao acúmulo intralu-minal de mucina e pode ser classificada em quatro subtipos histológicos: Hiperplasia mucosa (52%), Cisto de retenção (20%), Cistoadenoma (18%) e Cistoadenocarcinoma (10%). Em metade dos casos são assintomáticos e na maioria das vezes o diagnóstico é feito de forma incidental no intra-operatório, sendo a apendicite aguda seu principal diagnóstico diferencial. A confirmação diagnóstica é realizada por avaliação anatomo-patológica. A mais severa das complicações é a ruptura espontânea ou iatrogênica do apêndice que pode levar ao Pseudomixoma Peritoneal. O tratamento é essencialmente cirúrgico e deve ser baseado nos resultados histológicos e no acometimento de órgãos adjacentes. Relato de caso: F.A.A., masculino, 45 anos, admitido no PS com diarréia há 3 dias associada à dor abdominal difusa e vômitos. O abdome apresentava-se doloroso à palpação difusa, com abaulamento em flanco direito e sinal de Murphy e Blumberg negativos. Na ultrassonografia de abdome foi evidenciado lesão sugestiva de intussuscepção e a tomografia de abdome revelou distensão de alças intestinais associada a dilatação cística próxima ao íleo terminal, levantando como hipóteses diagnósticas: apendicite aguda, mucocele, tumor carcinoide de apêndice e intussuscepção. Devido à dúvida diagnostica foi optado por laparotomia exploradora. No inventário da cavidade foi visualizado tumoração cística em topografia do ceco e válvula íleo-cecal aderida à parede abdominal e demais órgãos aparentemente sem acometimento neoplásico. Realizado colectomia direita com grampeador linear e anastomose íleo-transverso látero-lateral. O anatomopatológico evidenciou mucocele de apêndice cecal com inflamação crônica, focos de calcificação distrófica na parede e hiperplasia linfóide reacional em linfonodos regionais. Paciente evoluiu no pós-operatório imediato e tardio assintomático, sem intercorrências e sem complicações cirúrgicas, recebendo alta ambulatorial. Conclusão: A MA é raramente diagnosticada no pré-operatório devido à baixa incidência e quadro clínico atípico, portanto devemos nos atentar à esse diagnóstico diferencial de dor no quadrante inferior do abdome associado a massa pélvica, principalmente em mulheres acima de 50 anos.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 639

TÍTULO DO TRABALHO: Mucocele de apêndice: Relato de caso e revisão bibliográfica

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LUCAS DE PAULO ARAÚJO DE ALMEIDA1; ADRIANO DIAS TRAJANO2; GABRIELA DA SILVA ARAÚJO1; BIANCA DE FIGUEIREDO MOREIRA3; JÔNATAS WELLINGTON DA SILVA BEZERRA4; YOHANA OLIVEIRA DE BARROS1; JENNYFER KELLEN LÁZARO DA ROCHA4; TALITA FIRMINO DA SILVA FERRO3. 1. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA TARCÍSIO DE MIRANDA BURITY, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 3. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 4. UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A mucocele de apêndice (MA) é causada pela obstrução do apêndice por fecalitos, vermes, tumores e inflamação crônica, levando a uma distensão do órgão por material mucinoso. Sua incidência é rara e varia de 0,2 a 0,3% dos casos de apendicectomias. Os achados mais comuns da MA são: dor abdominal em quadrante inferior direito, massa abdominal palpável, perda de peso e alteração do hábito intestinal. Sua complicação mais grave é o pseudomixoma peritoneal, na qual a cavidade peritoneal é preenchida por substância mucinosa. O tratamento da MA é cirúrgico e deve-se realizar a ressecção do apêndice, mesoapêndice, linfonodos e das coleções peritoneais. A hemicolectomia está indicada se não houver uma remoção total do tumor primário, acometimento linfonodal apendicular ou ileocecal, ou neoplasia não mucinosa, ambos confirmados por histopatológico. A técnica por videolaparoscopia tem trazido bons resultados. Contudo, a dissecção do apêndice, pneumoperitônio e transporte da peça pela parede abdominal pode contribuir para uma disseminação peritoneal do tumor, se existir. Para evitar isso, deve-se usar para manipulação pinças de exploração intestinal não traumáticas e bolsas não permeáveis para transportar a peça pelo portal. RELATO DE CASO: Paciente masculino, 44 anos, apresentou dor abdominal intensa em fossa ilíaca direita por cerca de 10 horas. A dor abdominal era acompanhada de náuseas e vômitos. Negava febre. Ao exame físico apresentava palidez cutaneomucosa, sudorese, taquicardia, abdome doloroso e massa palpável em fossa ilíaca direita e flanco direito. O Leucograma mostrava leucocitose 16.200 neutrófilos e desvio a esquerda. Foi submetido à tomografia computadorizada do abdome que evidenciou uma coleção retroperitoneal heterogênea, medindo 2.430 mL. Foi indicada laparotomia exploradora onde constatou ruptura do apêndice vermiforme e grande quantidade de mucina em cavidade peritoneal e retroperitônio, sendo realizada apendicectomia convencional, evacuação da coleção mucinosa e lavagem exaustiva da cavidade. O diagnóstico foi confirmado por histopatológico, afastando malignidade. Paciente recebeu alta hospitalar no terceiro dia de pós-operatório em bom estado geral. CONCLUSÃO:Patologia incomum e com alto potencial de complicação. È usualmente curável com tratamento cirúrgico adequado, se diagnosticado em fase inicial. Um diagnóstico precoce preciso e um adequado planejamento cirúrgico é fundamental para obtenção de bons resultados.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 667

TÍTULO DO TRABALHO: NECESSIDADE DO USO DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA PARA DIAGNÓSTICO DE APENDICITE EM PACIENTES COM ECOGRAFIA ABDOMINAL SUSPEITA: REVISÃO DE CASOS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BETINA FRANCIOSI; CHRISTIAN FERREIRA; GIOVANNA SORGATO TESSMANN; RENATA ROCCA; MARIANA FERREIRA; CAROLINE MARCELE MACIEL BERGER; BETINA NEUTZLING; OSCAR EDUARDO LUZ DE CARVALHO LEITE. HOSPITAL ERNESTO DORNELLES, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A apendicite é a causa mais comum de dor abdominal aguda que requer cirurgia. O diagnóstico precoce é essencial para minimizar a morbidade, sendo importante no sintomas atípicos (20 a 33%). A US é um método rápido, não-invasivo, barato e não requer preparo ou uso de contraste, porém é operador-dependente. A tomografia apresenta elevada sensibilidade e especificidade, porém tem alto custo e utiliza radiação ionizante. Objetivos: avaliar se a tomografia é realmente necessária para diagnóstico de apendicite nos pacientes que possuem a ecografia suspeita. Métodos: análise retrospectiva de prontuário de pacientes com CID K35 os quais apresentaram ecografia suspeita e foram submetidos à TC, de 01/08/2015 a 31/08/2016. Resultados: Foram identificados 131 pacientes com o CID K.35 neste período, dos quais 45 apresentavam ecografia suspeita (sinais de inflamação da fossa ilíaca direita, porém não confirmavam o diagnóstico); TC foi solicitada para todos estes pacientes. A ecografia confirmou o diagnóstico em 42 pacientes e foram direto para a tomografia 37 pacientes, os quais foram excluídos do estudo. A análise de frequência mostra que, dos 45 pacientes submetidos à tomografia computadorizada por ecografia suspeita, 39 deles confirmaram diagnóstico e foram submetidos à apendicectomia, num total de 86% de acertos, com intervalo de confiança de 0,73 a 0.94 para 95% de acertos. Das ecografias suspeitas, 24 delas não visualizou o apêndice. A média de idade dos pacientes no diagnóstico foi de 46 anos, com desvio padrão de 22, sendo 14 anos o mais novo e 89 anos o mais velho. Conclusão: 86% das tomografias detectaram apendicite, sendo 6 delas negativas. Se essa mesma análise fosse feita em um hospital de difícil acesso, ou sem recurso tomográfico, e todos os 45 pacientes sofressem apendicectomia devido à ecografia suspeita, em 6 deles a cirurgia seria branca. O valor de ser submetido à uma cirurgia sem a real indicação é subjetivo, assim como a sua comparação com o valor de uma tomografia e sua quantidade de radiação. Pode-se levantar a discussão sobre irradiar 45 pessoas, para se evitar a cirurgia em 6 delas. Em alguns hospitais, os pacientes são submetidos diretamente à TC sem contraste na avaliação do abdome agudo, porém o uso indiscriminado do contraste EV têm sido criticado pelo aumento da morbidade. A ecografia ainda exerce papel importante pelo custo-benefício e baixa morbidade, não devendo ser descartada do processo diagnóstico de apendicite aguda.

CODIGO DO TRABALHO: 1344

TÍTULO DO TRABALHO: Obstrução Aguda de Cólon Esquerdo: Relato de Caso.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PAULO FLAVIO BITTAR SADDI1; MANOEL VICTOR SANTOS COSTA2; LUCAS VICENTE ANDRADE2; ANGÉLICA FONSECA NORIEGA2; JOSÉ DE OLIVEIRA JÚNIOR3. 1. HOSPITAL ESTADUAL DE BAURU, BAURU - SP - BRASIL; 2. UNIÃO DAS FACULDADES DOS GRANDES LAGOS, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL; 3. HOSPITAL MUNICIPAL DO CAMPO LIMPO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Cerca de 10% dos pacientes com câncer colorretal apresentam-se inicialmente com obstrução aguda do cólon esquerdo. Há três modalidades cirúrgicas para a abordagem dessa entidade: 1) ressecção primária; 2) colocação de stent como ponte para a cirurgia; e 3) colostomia descompressiva como ponte para a cirurgia. Enquanto a primeira cursa com altas taxas de mortalidade e morbidade, a segunda conduta trata-se de tecnologia de alto custo e não disponível amplamente em nosso meio. A colostomia descompressiva é um método simples, seguro e de baixa complexidade que agrega vantagens como menor chance de colostomia permanente e menor morbidade e mortalidade cirúrgica.Relato de Caso: Paciente de 39 anos, do sexo feminino, atendida no Hospital Estadual de Bauru com queixa de alteração do hábito intestinal há 6 meses, cólicas, dificuldade para evacuar e emagrecimento de 10 kg. Sem evacuar há 22 dias, flatos diminuídos, sem melhora após uso de laxantes e clisteres ministrados em outros serviços. Relata dores abdominais em cólica e desejo de evacuar, apresentando eliminações de muco e sangue escuro em moderada quantidade.Ao exame físico, abdome flácido, ruídos hidroaéreos timpânicos e hiperativos, colón sigmoide palpável e distendido, sem dor a palpação superficial e profunda. Toque retal com ampola vazia.Radiografia simples de abdome mostrou cólon dilatado do lado direito com retenção de fezes, distensão do ângulo esplênico do cólon e níveis hidroaéreos do colón descendente. Não havia distensão de alças do intestino delgado.No mesmo dia, foi realizada transversostomia em alça no hipocôndrio direito, sem laparotomia exploradora. Posteriormente tomografia computadorizada e colonoscopia diagnosticaram adenocarcinoma obstrutivo da transição retossigmoide. Após 15 dias, retossigmoidectomia abdominal com anastomose colorretal evoluiu sem intercorrências e permitiu alta hospitalar no quinto dia pós-operatório. Anatomopatológico com adenocarcinoma tubular T3N2aM0. Paciente em quimioterapia adjuvante aguarda o fechamento da colostomia.Conclusão: Na vigência de obstrução aguda do cólon esquerdo, a colostomia descompressiva (?Bridge to surgery?) permitiu o diagnóstico, o estadiamento clínico e o tratamento cirúrgico com anastomose, de forma segura e de menor morbidade, evitando expor a paciente às altas taxas de morbi-mortalidade, de cirurgias de Hartman e de colostomias definitivas observadas nas ressecções primárias.

CODIGO DO TRABALHO: 842

TÍTULO DO TRABALHO: Obstrução Intestinal Aguda por Adenocarcinoma em Paciente Jovem- Relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: YURI GUILHEM RACHID JAUDY1; DÉBORA COELHO DUARTE2; FILIPE COUTINHO MOTA2; OTÁVIO LIMA DE ARRUDA JÚNIOR3; TÁSSYLLA CAROLINE FERREIRA PEREIRA2; PATRÍCIA ALVES MANGUEIRA3; JULIANA CARREIRO CARVALHO2; ERIC DE OLIVEIRA SOARES JÚNIOR2. 1. ITPAC/FAHESA ARAGUAÍNA, ARAGUAÍNA - TO - BRASIL; 2. ITPAC/FAHESA, ARAGUAÍNA - TO - BRASIL; 3. HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAÍNA, ARAGUAÍNA - TO - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O carcinoma colorretal tem predileção por indivíduos do gênero masculino e com idade superior a 60 anos, com apenas 20% dos casos em idade inferior a 50 anos. Relato de Caso: Paciente feminina, 30 anos, foi encaminhada ao HRA com queixas de dor abdominal intensa há 10 dias, vômitos, secreção vaginal fétida, abdome tenso, doloroso a palpação superficial difusamente, mais intensa em fossa ilíaca direita. Ultrassonografia de abdome evidenciando área hipoecóica heterogênea em região anexial direita sugerindo apendicite ou abcesso tubo-ovariano. Encaminhada para o centro cirúrgico para realização de laparotomia exploratória. Realizou-se incisão mediana infra-umbilical com extensão para supra-umbilical, abrindo a cavidade por planos. Encontrada grande quantidade de secreção purulenta em pelve; tumoração de sigmóide obstrutiva aderida em parede anterior com perfuração, bloqueada; aderência de delgado leve na tumoração, útero levemente aderido em tumoração. Realizada drenagem do abcesso, liberação do tumor da parede, com contaminação da pelve por fezes. Feita sigmoidectomia parcial e lise de aderências. Anastomose colônica em dois planos de sutura e limpeza exaustiva de cavidade. Explorada cavidade, não identificando lesões hepáticas. Colocação de dreno tubulo laminar em pelve, fechamento da cavidade por planos e realizado curativo. Peça cirurgica do sigmóide encaminhada ao histopatológico e secreção drenada para cultura. Nos dias que seguiram paciente relatava náuseas, episódio de vômito, dor em ferida operatória, com secreção serosa. No 2º pós-operatório (DPO), realizado ultrassonografia de abdome, sem nenhuma alteração. No 4º DPO apresentou hematúria. Mantida a conduta pós-operatória associada a sintomáticos com boa evolução até o desaparecimento dos sintomas. Anátomo-patológico evedenciou adenocarcinoma tubular de 7,0x5,5 cm, ulcero-infiltrativa, moderada diferenciação, comprometendo serosa, linfonodos (7/8 linfonodos) e perineural, sem invasão vascular, estadiamento patológico pT4a pN2b pMx e TNM IIIC. Após alta, encaminhada ao serviço de oncologia para seguimento do caso. Conclusão: O caso demonstra uma apresentação incomum do carcinoma colorretal que diferencia da epidemiologia habitual. Sabe-se que os tumores diagnosticados em pacientes mais jovens têm mostrado indicadores de maior agressividade e indiferenciação, o que justificaria a alta taxa de doença avançada ao diagnóstico, menor possibilidade de cura e pior prognóstico nesses paciente.

CODIGO DO TRABALHO: 2660

TÍTULO DO TRABALHO: OBSTRUÇÃO INTESTINAL AGUDA POR ENDOMETRIOSE EM ÍLEO TERMINAL: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: YILON LIMA CHENG1; FRANCISCO DE ASSIS COSTA1; VALDENOR NEVES FEITOSA JUNIOR1; DANIEL BRUNO PINTO FREITAS2; FRANCISCO EUGÊNIO DE VASCONCELOS FILHO1; LUCAS DE OLIVEIRA LIMA1; JEFFERSON MENEZES VIANA SANTOS1; LUCAS BRUNO BORGES1. 1. HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA, FORTALEZA - CE - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A endometriose é uma doença de etiologia incerta, definida como a existência de tecido endometrial funcionante fora da cavidade uterina. O envolvimento intestinal varia amplamente na literatura, sendo o íleo terminal um sítio raro da doença. Geralmente cursa assintomática, podendo também apresentar-se com quadros de dor abdominal ou pélvica, dor retal, diarreia, constipação, sangramento retal cíclico, dentre outros. O tratamento deve ser individualizado. Apresentamos um caso de obstrução intestinal aguda por endometriose de íleo terminal diagnosticada no Hospital Geral de FortalezaRelato: Mulher de 46 anos, branca, buscou serviço de emergência com queixa de parada da eliminação de fezes há 15 dias. Relatava alteração do hábito intestinal há cerca de 7 meses, com alternância entre episódios de constipação e diarreia. Encontrava-se com abdome globoso, flácido, com ruídos hidroaéreos diminuídos, discretamente doloroso em hipogástrio, sem sinais de irritação peritoneal. Ao toque retal, não foram evidenciadas tumorações, presença de fezes escassas. Rotina para abdome agudo observou distensão importante de alças de intestino delgado, com presença de níveis e ar na ampola retal. Em tomografia computadorizada de abdome e pelve com contraste, observou-se importante distensão líquido-gasosa de alças intestinais delgadas, com calibre de até 5,3cm, associado a torção de vasos mesentéricos, cólons com diâmetro luminal preservados; linfonodos aumentados em número na raiz mesentérica (de até 1,5cm, com aspecto inflamatório/reacional). Foi aventada possibilidade de neoplasia, tuberculose intestinal ou doença de Crohn. Evoluiu com quadro de obstrução intestinal. Submetida a laparotomia exploradora de emergência, sendo identificada lesão nodular estenosante em íleo terminal, há cerca de 10 cm da válvula ileocecal, medindo aproximadamente 2,0 cm, associada a dilatação importante de alças de delgado à montante. Realizado ressecção segmentar da lesão, seguida de anastomose primária. Recebeu alta hospitalar no 7º pós-operatório após progressão e aceitação de dieta. Exame anatomopatológico evidenciou tecido endometriótico.Conclusão: Devido os sintomas não raramente serem inespecíficos ou ausentes, o caso discutido aqui ilustra a possibilidade de a endometriose se confundir com múltiplas doenças, incluindo inflamatórias, infecciosas e neoplásicas, como se foi pensado inicialmente.

CODIGO DO TRABALHO: 2277

TÍTULO DO TRABALHO: Obstrução Intestinal por Fitobezoar em Divertículo de Meckel - Relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RAFAEL INACIO GUIMARAES1; DIOGO HENRIQUE SALIBA DE SOUZA1; WALTER FRANCISCO CINTRA RABELO HOLANDA1; PEDRO JOSE DE SANTANA JUNIOR1; OSCAR BARROZO MARRA1; JULIANO MARTINI1; TADEU CAVALCANTE NOGUEIRA DE FRANCA LACERDA LINO1; FREDERICO INACIO GUIMARAES2. 1. HOSPITAL DO CORAÇÃO DO ESTADO DE GOIÁS - HCGO, GOIÂNIA - GO - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - UNIFESP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O Divertículo de Meckel é a malformação congênita mais comum do trato gastrointestinal, podendo resultar em hemorragia, diverticulite e obstrução. A Laparoscopia é importante no diagnóstico definitivo e tratamento de patologias abdominais de causas incertas ou obscuras. Apesar de parte da população geral (2%) ser portadora de divertículo de Meckel, poucos apresentarão sintomas. A maioria das complicações ocorrem em menores de 10 anos de idade. Em adultos, ele é usualmente assintomático, podendo causar complicações em até 4% dos portadores.Relato de Caso:C.P.A., feminino, 35 anos, sem comorbidades ou cirurgias abdominais prévias, internada no HCGO com dor e distensão abdominal, plenitude, mal estar e fraqueza há três dias, sem vômitos, febre, inapetência ou hábitos alimentares não usuais para a idade e perfil psicológico. Em tratamento recente de Pielonefrite. Exames laboratoriais normais e TC-Abdome sem contraste, com grande distensão de intestino delgado e níveis hidro-aéreos, sugerindo obstrução aparente de íleo terminal, com imagem de conteúdo sólido-pastoso, dificultando a progressão do conteúdo intestinal. Tratamento clínico inicial com SNG aberta, pró-cinéticos, enteróclise e analgésicos sob demanda sem resultado satisfatório. Optado por Laparoscopia diagnóstica, com achado de líquido peritoneal citrino com provável translocação bacteriana e volumoso divertículo de Meckel gerando obstrução intestinal. Optou-se por Enterectomia segmentar (10cm) envolvendo todo o divertículo, com anastomose à 70cm da Válvula íleo-cecal. Após abertura do divertículo, evidenciou-se presença de conteúdo vegetal, espesso, sólido-pastoso, que obstruía a luz intestinal, caracterizando o Fitobezoar. Evolução satisfatória no Pós-operatório, com boa aceitação da dieta e remissão dos sintomas. O Anatomopatológico demonstrou divertículo de intestino delgado, sem mucosa ectópica. Hoje no quarto mês de pós-operatório, assintomática, sem qualquer intercorrência no período. Conclusão:Apesar de se tratar de um quadro comum, o Divertículo de Meckel pode se manifestar como complicações na fase adulta e em raros casos, estar associado à obstrução intestinal por Fitobezoar. No caso relatado o tratamento clínico se mostrou ineficaz e o tratamento cirúrgico convencional com enterectomia segmentar teve resultado terapêutico satisfatório diante da urgência, com remissão total dos sintomas.

CODIGO DO TRABALHO: 2853

TÍTULO DO TRABALHO: OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR ÍLEO BILIAR COLÔNICO (IBC), RELATO DE CASO.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FERNANDO ANTONIO MARTINS BERMUDES1; STEPHANNY DE CARVALHO BARBOSA1; LUIS ALBERTO VALENTE LAUFER1; LUIZ CARLOS BARROS DE CASTRO SEGUNDO1; GUSTAVO GOMES OLIVEIRA2. 1. HOSPITAL ESTADUAL DR JAYME SANTOS NEVES, VITÓRIA - ES - BRASIL; 2. ESTADUAL DR JAYME SANTOS NEVES, VITÓRIA - ES - BRASIL.

RESUMO:
O íleo biliar é uma causa rara de obstrução, correspondendo de 1% a 3% dos casos, podendo chegar, nos pacientes acima de 65 anos, a 25% dos casos de obstrução do intestino delgado. A obstrução do intestino grosso por cálculo biliar, ?íleo biliar colônico? (IBC) é mais raro. Apresenta alta morbidade e mortalidade por ocorrer em paciente com idade avançada, comorbidades, diagnóstico tardio e difícil. Descrevemos uma apresentação clínica de paciente com obstrução intestinal por íleo biliar colônico.AMS, sexo feminino, 70 anos, com dor abdominal difusa há três semanas, intermitente, com piora nas últimas 48 h, associada a vômitos e diarreia esporádica. Ao exame físico estava hidratada, dor abdominal difusa a palpação mas sem irritação peritoneal. Leucocitose: 13.390 e 84% segmentados. Permaneceu em investigação diagnóstica durante três dias no pronto socorro. Tomografia Computadorizada de abdome com laudo inicial de fecaloma. Após nova avaliação do exame, identificamos alem do fecaloma em cólon direito a presença de imagem cálcica medindo 4 cm na porção terminal de sigmoide onde tambem havia espessamento da parede do cólon por mais de 15 cm de comprimento, configurando IBC. À cirurgia à paciente apresentava colecistite aguda, fístula da vesícula biliar com cólon transverso e duodeno, cálculo impactado no sigmoide com grande espessamento inespecífico parietal da região colónica, alem da presença de secreção purulenta difusa em toda cavidade peritoneal. Após colecistectomia, suturas do colón e do duodeno, retosigmoidectomia à Hartmann, paciente foi encaminhada a UTI onde permaneceu com instabilidade hemodinâmica e evoluiu para óbito com 48 h de pós-operatório. A análise hitopatológica confirmou colecistite aguda purulenta e diverticulite aguda perfurada.O íleo biliar colônico tem altas taxas de morbidade e mortalidade que são relacionadas à comorbidades do paciente, idade, tempo de evolução e diagnóstico difícil e postergado. O caso relatado comprova essa afirmação que deve ser considerada, se possível, na conduta cirúrgica.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1513

TÍTULO DO TRABALHO: Obstrução intestinal secundária a Hérnia de Morgagni diagnosticada durante a gestação

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANDRE LUIZ COTA BICALHO; LYCIA TOBIAS DE LACERDA; FERNANDO AUGUSTO VASCONCELLOS SANTOS; RAFAEL MIRANDA DE OLIVEIRA; ALINE CASSIA SOUZA AMARAL; ANNA TERESA MOREIRA NEVES; TAINARA RODRIGUES MIRANDA; FELIPE MARCONDES DE OLIVEIRA COELHO. HOSPITAL VILA DA SERRA, NOVA LIMA - MG - BRASIL.

RESUMO:
No relato de caso abaixo, apresentaremos uma situação pouco frequente de obstrução intestinal ocasionado devido à Hérnia de Morgagni em paciente gestante na quarta década de vida.Paciente C.P.A., 38 anos, previamente hígida, gestante secundigesta com IG de 25 semanas, admitida no pronto atendimento do Hospital Vila da Serra em dezembro de 2016. Queixava-se de dor abdominal em cólica de início insidioso recente, com piora progressiva, localizada principalmente no andar inferior do abdome. Relatava ainda parada da eliminação das fezes e flatos, hiporexia e distensão de abdome. Ao exame físico apresentava sinais vitais normais, abdome distendido, sem sinais de irritação peritoneal e útero gravídico compatível com idade gestacional. Realizada avaliação em conjunto com equipe da obstetrícia, foi solicitada ressonância magnética abdominal que evidenciou defeito em parede anterior direita diafragmática com herniação volumosa colônica e dilatação intestinal a montante do conteúdo herniário. Essas características sugerem Hérnia de Morgagni.Paciente foi submetida a videloparoscopia de urgência quando foi encontrada hérnia ântero-medial direita com encarceramento de grande porção do cólon ascendente e transverso, distensão importante a montante e afunilamento da porção distal ao conteúdo, sem sinais de sofrimento de alça. Foi realizada dissecção do orifício diafragmático, redução do conteúdo encarcerado para a cavidade abdominal e rafia do anel herniário. A paciente apresentou evolução favorável no pós-operatório e recebeu alta hospitalar no terceiro DPO.Dentre as hérnias diafragmáticas congênitas, a Hérnia de Morgagni é menos comum quando comparada à Hérnia de Bochdalek. Quando diagnosticadas na infância, geralmente estão relacionadas a sintomas respiratórios ou gastrointestinais. Na vida adulta, usualmente são diagnosticadas por achados incidentais por serem na maioria das vezes assintomáticas ou oligossintomáticas. No entanto, fatores desencadeantes que podem elevar a pressão abdominal, como gestações, podem provocar complicações como encarceramento e estrangulamento.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2088

TÍTULO DO TRABALHO: Papel do PCR no prognóstico Apencite aguda cecal (estudo retrospectivo 2016)

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ROBERTO MONTORO NETO; MIRELLA DE FATIMA FUKUDA; FELIPE ARAUJO DE SOUZA; MARCELA QUEIROZ; VICTOR MANUEL SIMOES DOS SANTOS JUNIOR; GABRIELA LORENCINI; ANEL JUAREZ CABALLERO. HOSPITAL ANA COSTA SANTOS, SANTOS - SP - BRASIL.

RESUMO:
A Proteína C Reativa (PCR) e uma marcador de resposta inflamatória que comumente esta relacionado entre os exames laboratoriais pré operatórios de pacientes com suspeita de abdome agudo inflamatório e que vem ganhando espaço como fator de especificidade no diagnostico da apendicite aguda. O objetivo do presente estudo e apresentar uma ampla e atualizada revisão da literatura sobre o uso da Proteína C Reativa como marcador prognostico da apendicite cecal aguda.Objetivo: Obter um valor de corte do pcr em pacientes com diagnostico de apencite cecal aguda em relacao á complexidade e dia de internação hospitalar obtida Método: Um estudo retrospectivo dos casos abordados cirurgicamente no paciente com diagnóstico clínico de abdome agudo inflamatório no ano de 2016 no serviço de Cirurgia Geral do Hospital Ana Costa de Santos, com o objetivo de estimar uma nota de corte para o número absoluto do PCR concomitante ao prognóstico da moléstia em foco.Foram revisados 90 prontuários, levando em conta, sexo, idade, classificação em grau, tipo de abordagem (convencional x videolaparoscópica), PCR inicial , leucograma inicial, anatomia patológica, antibioticoterapia, necessidade de internação em unidade intensiva, complicações, reabordagem, dias de internação total.Resultado: 49 casos do sexo masculino e 41 casos do sexo femininoGrau 1 - 10 casos; grau 2 - 51 casos; grau 3 - 17 casos; grau 4 - 12 casosProcedimento via aberta: 54 casos ; Via laparoscopica 36 casos sendo 14 com grampeador e 22 por pontoPCR entre 0-150 - 38 casos sendo que a sua maioria (55,23%) grau 2; grau 4 (5,26%) com Média de dias de internacao hospitalar de 3,42PCR maior ou igual á 151 - 8 casos sendo que a sua maioria (50%) grau 2; grau 4 (37,5%) com Médica de dias de internacao hospitalar de 14,16Conclusao: Valores entre 0-150 e acima de 150 mostrou um aumento de 5 dias de internacao hospitalar com suas complicoes no pos operatorioProcedimentos por via aberta com média de dias de internacao hospitalar de 6,65 Procedimentos por via laparoscopica com médica de dias de interncao hospitalar de 4,58Bibliografia:Diagnostic Value of C-reactive Protein in Complicated AppendicitisKozar RA, Roslyn JJ. The Appendix. In: Schwartz SI, Shires GT, Spencer FC, Daly JM, Fischer JE, Galloway AC, editors. Principles of surgery. 7th ed. New York, NY: McGraw-Hill; 1999. p. 1383-94. 2. Pieper R, Kager L, Nasman P. Acute appendicitis: a clinical study of 1018 cases of emergency appendectomy. Acta Chir Scand 1982; 148:51-62

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1022

TÍTULO DO TRABALHO: PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DA APENDICITE AGUDA: ANÁLISE RETROSPECTIVA DE 638 CASOS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FELIPE JOSE VIEIRA1; AMANDA PEREIRA LIMA2; GABRIELA PROCÓPIO DE MORAES OLIVEIRA2; FELIPE GARCIA PRADO2; MARIELLE ELISA AVELINO2; JOÃO VICENTE LINHARES RODRIGUES2; PLINIO DOS SANTOS RAMOS3. 1. HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO DR. MOZART GERALDO TEIXEIRA., JUIZ DE FORA - MG - BRASIL; 2. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA - SUPREMA, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL; 3. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A apendicite aguda é a principal causa de abdome agudo cirúrgico em todo o mundo, com uma prevalência de aproximadamente 7% na população. Objetivo: Descrever o perfil clinico-epidemiológico da apendicite aguda dos pacientes atendidos em um centro de referência da macrorregião de Juiz de Fora, MG. Método: Estudo observacional retrospectivo, realizado no Hospital de Pronto Socorro Dr. Mozart Geraldo Teixeira. Um total de 638 pacientes diagnosticados com Apendicite Aguda foram selecionados. As variáveis analisadas foram sexo, idade, fase evolutiva, tempo de internação, diagnóstico anatomopatológico, uso de antibióticos, uso de dreno, complicações e mortalidade. Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa institucional (protocolo 1.424.169). Resultados: A Apendicite Aguda foi mais prevalente no adulto jovem (19-44 anos) e no sexo masculino (65,20%). O tempo médio de internação foi de sete dias e a fase II foi a mais prevalente. O diagnóstico anatomopatológico de tumor primário de apêndice foi realizado em seis pacientes (0,94%), sendo o adenocarcinoma o tipo histológico mais frequente (66,7%). Quanto ao uso de antibióticos, 196 pacientes foram submetidos apenas à antiobioticoprofilaxia e 306 receberam antibioticoterapia. Da nossa casuística, 81 pacientes fizeram uso de dreno, cujo tempo de uso foi em média 4,8 dias. Considerando a mortalidade, 17 pacientes morreram (2,67%), predominando o sexo masculino (70,59%) e média de idade de 38,47 anos. Conclusão: a Apendicite Aguda apresenta maior prevalência no sexo masculino e no adulto jovem. O tempo de internação está diretamente associado à fase evolutiva. A complicação mais comum é a infecção de sítio cirúrgico. A mortalidade em nosso serviço ainda é alta comparada a centros desenvolvidos.?Bibliografia: 1. Sandell E, Berg M, Sandblom G, Sundman J, Fränneby U, Boström L, et al. Surgical decision-making in acute appendicitis. BMC surgery. 2015;15:69.2. Shogilev DJ, Duus N, Odom SR, Shapiro NI. Diagnosing appendicitis: evidence-based review of the diagnostic approach in 2014. West J Emerg Med. 2014;15(7):859-71.

CODIGO DO TRABALHO: 3121

TÍTULO DO TRABALHO: PERFIL DAS APENDICECTOMIAS REALIZADAS EM UM HOSPITAL DE ENSINO DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCELLA GONÇALVES PIOVESAN; EDUARDO JUNKHERR SALGUEIRO; TAÍS TEREZINHA TOMCZAK FERREIRA; GUILHERME REGHELIN GOULART; ANTÔNIO FREDERICO DE SOUZA DO CARMO; RAFAEL LUIZ DONCATTO; RAFAEL ANTONIAZZI ABAID. UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL, SANTA CRUZ DO SUL - RS - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A apendicite aguda é a causa mais comum de abdome agudo em criança, adolescente e adulto jovem. O trabalho tem por objetivo avaliar atendimentos de pacientes submetidos à apendicectomia num serviço de Residência Médica em Cirurgia Geral que existe há cerca de 7 anos no interior do Rio Grande do Sul. Métodos: Estudo prospectivo observacional dos casos consecutivos de apendicectomia atendidos no período de Maio a Novembro de 2016 pelo serviço de Residência Médica em Cirurgia Geral do Hospital Santa Cruz. Resultados: No total, 38 pacientes foram operados no período do estudo. As cirurgias foram realizadas por 6 médicos residentes, acompanhados por 8 cirurgiões preceptores. Metade dos pacientes era do sexo masculino (50%). A média de idade foi de 34 [15-70] anos. A maioria (61%) foi classificada como ASA I e os demais, ASA II (39%). A maioria (71%) foi operada em até 72 horas a partir do início dos sintomas e 10% (n=4) com mais de 7 dias de evolução. Dezesseis pacientes (42%) realizaram raio-X de abdome e 25 (66%) realizou ultrassonografia (US), das quais 13% (n=5) não identificou sinais, 34% (n=13) apresentou sinais sugestivos e 18% (n=7) foi conclusivo de apendicite aguda. Nenhum paciente realizou tomografia computadorizada (TC). Do total, 30 (79%) foram realizadas por incisão de McBurney ou Rockey-Davis, 6 (16%) por videolaparoscopia e 2 (5%) por laparotomia mediana. 22 casos (58%) foram classificados como apendicite aguda não complicada. Em 29% havia abscesso em fossa ilíaca direita e 8% apresentava peritonite difusa. O apêndice cecal apresentava aspecto normal em 2 casos (5%). Um paciente apresentou seroma em ferida operatória e outro evoluiu com abscesso em rim direito no pós-operatório. Os pacientes ficaram internados em média 3,8 dias (DP:1,7). Discussão: O perfil epidemiológico da amostra era comparável à literatura. A maioria recebeu o diagnóstico de apendicite aguda em até 72 horas de evolução. Embora cerca de um terço tenha recebido diagnóstico tardio, a incidência de complicações foi de 5%. A média de tempo de internação ficou em quase 4 dias. Todos os casos em que a US não identificou sinais de apendicite eram mulheres. Conclusão: O diagnóstico e tratamento precoce de apendicite aguda têm potencial de reduzir o tempo de internação hospitalar. O emprego da TC, substituindo a US e o Raio-X, poderia oferecer melhor especificidade e sensibilidade para o diagnóstico da apendicite aguda, especialmente para pacientes do sexo feminino.

CODIGO DO TRABALHO: 1814

TÍTULO DO TRABALHO: Perfil das apendicectomias realizadas em um hospital de médio porte no interior do Tocantins

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCO AURÉLIO LEÃO BELTRAMI1; CARLOS AUGUSTO BUCAR NETO2; NATHALIE ADAMOGLU DE MENDONÇA2; EMANUELLA CHAVES DE MOURA2; VIVIANE TIEMI KENMOTI1; NATALIA BELTRAMI1; TULIO CESAR DE OLIVEIRA JUNIOR1. 1. FAPAC, PALMAS - TO - BRASIL; 2. FAPAC, PORTO NACIONAL - TO - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Sendo a apendicite a causa mais comum de abdome agudo inflamatório, o objetivo deste trabalho é analisar o perfil das apendicectomias realizadas durante o ano de 2015 em um hospital de médio porte na cidade de Porto Nacional ? TO. Métodos: Foi realizado um levantamento das apendicectomias registradas em caderno do bloco cirúrgico no ano de 2015. Em seguida, buscou-se nos prontuários os dados avaliados. Todas as etapas do trabalho obedeceram aos preceitos éticos. Resultados: Foram catalogadas 70 apendicectomias, porém somente 51 prontuários foram encontrados para análise, obrigando a exclusão de 19 pacientes. De todos os procedimentos realizados, 2% exigiram a realização de colectomia. A maioria dos pacientes eram do sexo masculino (60,7%). A média de idade da amostra foi de 29,4 anos, variando de 5 a 67 anos. O tempo de duração dos sintomas foi menor que 1 dia em 9,8% dos pacientes, 1-3 dias em 76,5%, maior que 3 dias em 9,8% e em 3,9% não constava a informação. Segundo os achados intraoperatórios, a apendicite foi classificada como grau I em 29% pacientes, II em 24%, III em 29% e IV em 18%. Em relação ao número de complicações, 23,5% dos pacientes apresentaram seroma, 3,8% infecção de ferida operatória e 1,9% abscesso intracavitário/peritonite, sendo mais frequente naqueles classificados como grau III e IV (84%). Cinquenta e um por cento das cirurgias foram realizadas através de incisão McBurney, 33,3% por incisão de Davis, 11,7% por laparotomia mediana e 1,9% por incisão pararretal direita. Sessenta e quatro por cento dos pacientes recebeu alta hospitalar em menos de 5 dias, 29,4% entre 5 ? 10 dias e 5,8% após 10 dias de internação. Conclusão: As apendicites foram mais comuns no sexo masculino, com pico de incidência entre a 2ª e 3ª década de vida. Na maioria dos pacientes o tempo de duração dos sintomas não ultrapassou 3 dias, o que pode estar relacionado a uma maior frequência de apendicites classificadas como grau I e II. A maioria dos pacientes com complicações pós-operatórias foram classificados como grau III e IV, mostrando que quanto mais tarde se realiza o diagnóstico e tratamento, maior a chance de complicações. A abordagem cirúrgica da grande maioria dos casos foi realizada através da incisão de McBurney, a mais utilizada em todos os serviços de saúde.

CODIGO DO TRABALHO: 2494

TÍTULO DO TRABALHO: PERFURAÇÃO DE CECO SECUNDÁRIA A TIFLITE FLEGMONOSA EM PACIENTE COM LEUCEMIA LINFOCÍTICA AGUDA - RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FERNANDA ALONSO RODRIGUEZ FLEMING; JOAO PAULO GUIMARES SALVADOR; MARCELO SA DE ARAUJO; CRISTIANE RABELLO; ODILE NOGUEIRA UGARTE; GABRIEL AMORIM DE BRITO; ANDRE LUIZ BERTHOLO DE SOUZA; ANNELISE PASSOS BISPOS WANDERLEY. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO, NITERÓI - RJ - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOTiflite aguda consiste em inflamação do ceco, em geral secundária a neutropenia associada a quimioterapia, imunossupressão ou a pacientes transplantados.A histopatologia revela lesões inflamatórias agranulocíticas que macroscopicamente se manifestam como espessamento da parede do ceco e perda do padrão aveludado da mucosa, podendo haver ulcerações, necrose e perfuração.A presença de hemorragia intestinal, obstrução, abscesso, necrose transmural, perfuração e sepse são critérios para intervenção cirúrgica. RELATO DE CASOHomem de 48 anos portador de leucemia mieloide aguda (LMA) em tratamento quimioterápico para consolidação de remissão deu entrada na emergência do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP) apresentando há três dias quadro de dor abdominal inicialmente em fossa ilíaca direita, com evolução difusa, náuseas, febre não aferida e diarreia.Ao exame físico, estava hipocorado, desidratado, hipotenso, taquicárdico, com peristalse reduzida, abdome distendido, doloroso à palpação difusamente, com descompressão dolorosa.Solicitados exames laboratoriais e radiografia de abdome, que demonstraram 40.500 leucócitos com 14% de bastões e distensão acentuada do ceco e alças do delgado, com nível hidroaéreo, interrompido a partir de ceco, com pneumatose intestinal.Realizada laparotomia exploradora, sendo observada extensa necrose de ceco, de porção de cólon ascendente e íleo terminal com perfuração cecal. Realizada então ileocolectomia direita com ileostomia terminal e antibioticoterapia. Apresentou boa evolução no pós operatório, tendo alta após completar esquema de antimicrobiano, retornando à quimioterapia 30 dias após intervenção cirúrgica. CONCLUSÃOA tiflite aguda é uma entidade patológica associada a neutropenia, sendo raros os casos que não apresentam esta correlação, como o descrito, no qual o paciente apresentou leucocitose.Apesar do termo sugerir acometimento do ceco, na ocasião do diagnóstico, em geral evidencia-se comprometimento do apêndice vermiforme e do íleo terminal.Em casos de suspeita de tiflite, a ressecção do cólon deve ser protelada, tratando-se o paciente inicialmente com antibioticoterapia, correção de distúrbios hidroeletrolíticos e antifúngicos em alguns casos, reservando-se cirurgia para casos de complicações, como perfuração intestinal vista no caso descrito.Apesar da gravidade do quadro apresentado e do estado geral debilitado do paciente pela LMA, este apresentou evolução favorável, sem complicações no pós operatório.

CODIGO DO TRABALHO: 1735

TÍTULO DO TRABALHO: Perfuração de cólon após ingestão corpo estranho: relato de caso.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FÁBIO CALANDRINI RODRIGUES; NIMER RATIB MEDREI; ANDRÉ ARAUJO DE MEDEIROS; WALTER HENRIQUE COSTA RIOS; SIMONE FERREIRA BONATTO DAHM; SAMARA NASER. HOSPITAL DA REGIÃO LESTE, BRASÍLIA - DF - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Ingestão de corpo estranho é um evento relativamente comum, que pode evoluir com diversas complicações, sendo a perfuração a mais comum. A deglutição normalmente é acidental, e está relacionada e corpos estranhos presentes na dieta, como espinha de peixe.Cerca de 80 a 90% dos corpos estranhos ingeridos passam pelo trato alimentar sem complicações, e apenas 1% evolui para perfuração.Os casos de perfuração por corpo estranho ingerido, normalmente se apresentam clinicamente como quadros de abdome agudo inflamatório, podendo mimetizar condições como apendicite, ou diverticulite.Em grande parte dos casos, a deglutição do corpo estranho se dá de forma inconsciente, fazendo com que o diagnostico ocorra de forma mais tardia.Relato de caso: Paciente feminina, 65 anos, com queixa de dor abdominal em flanco esquerdo e fossa ilíaca direita, contínua, moderada, sem irradiação, com 30 dias de evolução. Referia febre, negava vômitos e disúria, alterações do hábito intestinal ou hematoquezia. Apresentava eliminação de flatos. Relatou ainda, perda ponderal de 8kg no período. Negava comorbidades. A TC de abdome mostrou a imagem de um corpo estranho pontiagudo, possivelmente uma espinha de peixe. Foi iniciada Hidratação Venosa, antibioticoterapia e realização de laparotomia exploradora. Evidenciado processo inflamatório importante em parede abdominal, identificado plastrão de omento de colon transverso aderido à parede abdominal em fossa ilíaca esquerda. Foi realizada a soltura de aderência entre plastrão e parede abdominal com saída de pus amarelado espesso, em moderada quantidade e saída de espinha de peixe de 3cm. Posteriormente foi ressecado parcialmente o omento maior que constituia o plastrão. Não foi identificada nenhuma abertura en colon transverso nem sigmóide. Seguiu-se com lavagem da cavidade colocação de dreno. Evolução pós operatória: foi liberada dieta no 1o DPO. No 3o DPO foi retirado dreno. Paciente recebe alta hospitalar com prescrição de Cipro + Metronidazol por 5 dias adicionais.Conclusão: O diagnóstico de perfuração de cólon por ingestão de corpo estranho pode ser desafiador, uma vez que os pacientes frequentemente não se recordam da ingestão, além de ser um evento mais comum em extremos de idade, etilistas e pacientes psiquiátricos. A TC é o exame de imagem de escolha nos casos de ICE. As perfurações de parede intestinal por espinha de peixe são raras, sendo a cirurgia aberta o tratamento mais indicado.

CODIGO DO TRABALHO: 1303

TÍTULO DO TRABALHO: PERFURAÇÃO ESPONTÂNEA IDIOPÁTICA DE ÍLEO TERMINAL: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JULIANA CARREIRO CARVALHO1; JORGE LUIZ C. C. GOMES ABRANTES2; MARA CRISTINA NUNES MILHOMEM2; PATRICK NUNES BRITO2; THIAGO LUIS AGUILAR CARLOS PEREIRA3; BENITO ROLANDO GUTIERREZ ROSALES3; EDILSON JORGE BORBA SOUSA JUNIOR3; RONE ANTONIO ALVES ABREU3. 1. INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS, ARAGUAÍNA - TO - BRASIL; 2. ITPAC/FAHESA, ARAGUAÍNA - TO - BRASIL; 3. HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAÍNA, ARAGUAÍNA - TO - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Abdome agudo tem como definição dor abdominal aguda, de diagnóstico complexo e de variadas etiologias, que podem envolver diferentes órgãos. Dos pacientes com dor abdominal de 10% a 15% necessitam de tratamento cirúrgico. O diagnóstico depende da capacidade de interpretação do médico de perceber os sintomas e sinais corretamente, evitando complicações e óbito. Relato de Caso: M.A.C.R.S feminino, 60 anos, parda, admitida no Hospital Regional de Araguaína, com queixa de dor abdominal, intensa, há 3 dias, em região do hipogástrio irradiada para dorso e região mesogástrica, de início súbito, associada a náuseas, nega vômitos. Hipertensa há 5 anos, não soube relatar a medicação em uso. Colecistectomia prévia há 1,5 anos. Tratamento de câncer de colo uterino com quimioterapia e radioterapia há 4 anos, em acompanhamento semestral. Tabagista há 30 anos, nega etilismo. Ao exame dor abdominal difusa, taquicárdica, eupneica, afebril, acianótica, anictérica e hipocorada (2+/4+), abdome globoso, flácido, dor a palpação superficial e profunda em todo abdome, ruídos hidroaéreos presentes e sem irritação peritoneal. Realizou radiografia de tórax e abdome onde evidenciou pneumoperitônio com suspeita de abdome agudo perfurativo. Exames laboratoriais com anemia, sem leucocitose e plaquetopenia, creatinina aumentada; eletrólitos, amilase e lipase normais; função hepática e provas de coagulação sem alterações. Realizou-se laparotomia exploradora, constatando-se inúmeras aderências, grande quantidade de líquido entérico e lesão em íleo terminal há 4 cm da válvula íleo-cecal, onde realizou-se rafia primária e drenagem cavitária. No pós operatório a paciente evoluiu com piora do estado geral, aumento de secreção pelo dreno de care e foi submetida a outra laparatomia exploradora, que constatou múltiplas aderências e deiscência de sutura em lesão próxima a vávula íleo-cecal, foi realizada lise da aderência e enterectomia. No 22° dia paciente evoluiu com sepse e veio a óbito. Conclusão: Nas perfurações de jejuno e íleo se faz necessário o reparo cirúrgico ou ressecção segmentar, a primeira interversão foi a rafia da lesão e, após deiscência, a ressecção do segmento. As condutas mo caso foram conformes descritas na literatura, porém a etiologia não foi identificada, embora a peça tenha sido encaminhada ao estudo histopatológico.

CODIGO DO TRABALHO: 2400

TÍTULO DO TRABALHO: PERFURAÇÃO JEJUNAL COMO COMPLICAÇÃO DE DIVERTICULITE DE SIGMOIDE

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CESAR WAKOFF RANGEL1; MATEUS MENDES OROSKI2; LUCAS MARQUES DE OLIVEIRA1. 1. HOSPITAL SÃO LUCAS, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE - FACULDADE DE MEDICINA, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:
A diverticulite se caracteriza pela inflamação dos divertículos, resultando em micro ou macroperfurações, podendo evoluir com complicações significativas, como abscessos, fistulização, obstrução intestinal e peritonite franca.Relata-se um paciente masculino de 78 anos que deu entrada no pronto-socorro com quadro de dor abdominal difusa, sem outras queixas associadas. Relata episódio recente de diverticulite tratada clinicamente com antibioticoterapia. Ao exame físico, frequência cardíaca de 98 bpm, pressão arterial 150x80 mmHg e eupneico em ar ambiente. Aparelhos cardiovascular e respiratório sem alterações dignas de nota. Abdome com peristalse ausente, difusamente timpânico, doloroso à palpação abdominal e superficial, com descompressão dolorosa em toda a topografia abdominal. Hemograma: leucocitose com desvio à esquerda. Tomografia computadorizada de abdome: presença de líquido livre, pneumoperitôneo e abscesso de sigmoide. Indicada laparotomia exploradora.Realizada incisão xifopubiana e dissecção por planos até a cavidade abdominal. Ao inventário da cavidade, evidenciou-se grande quantidade de conteúdo fecal e purulento livre na cavidade e perfuração em alça de jejuno que estava aderida a um abscesso sobre o sigmoide. Realizada enterectomia com anastomose primária, drenagem cirúrgica do abscesso e lavagem extensiva da cavidade abdominal. Colocado dreno túbulo-laminar em fossa ilíaca esquerda.Concomitantemente, foi iniciada antibioticoterapia com ciprofloxacina e metronidazol. O paciente evoluiu bem clinicamente, recebendo alta no quinto dia de pós-operatório.As macroperfurações colônicas são complicações bem descritas da diverticulite. Entretanto, não há relato na literatura de perfuração de alça jejunal por diverticulite colônica, constituindo achado raro na prática cirúrgica. Infere-se, portanto, que o profundo conhecimento da anatomia intestinal e do processo fisiopatológico da diverticulite é fundamental ao cirurgião, de modo a permitir a correta identificação das lesões associadas e, consequentemente, o adequado manejo cirúrgico.

CODIGO DO TRABALHO: 2298

TÍTULO DO TRABALHO: PNEUMOPERITÔNIO ESPONTÂNEO: RELATO DE DOIS CASOS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FERNANDA CAMILO MADRUGA DE OLIVEIRA LIMA1; MARCELLE BRAGANTE FERNANDES PIMENTA1; GERALDO CAMILO NETO2; DUANRA CHRISTI QUEIROX TEIXEIRA1; ALICE DA COSTA MACHADO3; AMÁLIA MARIA FERNANDES DE SÁ DUARTE FILHA1; GILVAN MOREIRA DUARTE JÚNIOR1; MARTINA BRAGANTE FERNANDES PIMENTA1. 1. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. HOSPITAL REGIONAL DE SOBRADINHO, BRASÍLIA - DF - BRASIL; 3. CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA - UNIPÊ, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
Pneumoperitônio é o acúmulo de ar no interior da cavidade peritoneal. Decorre em 90% dos casos de perfuração de víscera oca (ex. Úlcera péptica), além de afecções torácicas, ginecológicas ou pós operatório. Ocorrendo desassociado dessas condições, é chamado idiopático ou espontâneo, podendo levar a laparotomia não terapêutica. CASO 1: MGH, 46 anos, feminino, queixa de dor abdominal súbita, difusa, intensa há 18 horas. Associa-se náusea e hiporexia. Antecedente de tabagismo e hipertensão arterial. Exame físico: estado geral regular; normocárdica, normotensa; abdomen flácido, depressível, RHA +, doloroso à palpação em fossa ilíaca direita e abdome superior, com irritação peritoneal. Laboratório: hb 13.4 g/dL, HMT 36%, Leucograma: 12.780, 8% Bastões, Proteína-C Reativa 8. Radiografia de abdômen agudo: extenso pneumoperitônio à direita. Indicada laparotomia exploradora, que não evidenciou perfurações de vísceras ocas. Evolução pós-operatória: melhora da dor e leucograma normalizado a partir do 2º DPO. Realizadas endoscopia digestiva alta e colonoscopia, sem alterações. Alta no 4º DPO, em bom estado geral. Sem recidiva dos sintomas após seguimento ambulatorial de 12 meses. CASO 2: AMSP, 42 anos, feminino, com quadro de dor abdominal de inicio insidioso, difusa, de intensidade moderada, há 36 horas - piora progressiva da dor. Nega febre, náusea, vomito e alteração do hábito intestinal. Antecedente de tabagismo e histerectomia transvaginal há 90 dias, pós operatório sem intercorrência. Exame físico: estado geral bom, sem alterações hemodinâmicas; abdome flácido, depressível, com dor ao palpar abdome inferior, sem irritação peritoneal. Exames laboratoriais: HB 12.8, HMT 34%, leucograma: 6850, sem desvios, proteína C reativa 4.8. Tomografia de abdome multislice com contraste endovenoso: presença de pneumoperitônio, gás em espaço supra hepático e cavidade pélvica, sem identificação de fator etiológico. Realizada laparotomia exploradora, que não indicou perfuração de vísceras ocas. Pós operatório: evoluiu com dor na feria operatória, controlada com analgesia. Leucograma normalizado a partir do 2º DPO. Endoscopia digestiva alta e colonoscopia sem alterações. Alta hospitalar no 2º DPO, sem recidiva dos sintomas após seguimento ambulatorial de 12 meses. CONCLUSÃO: pneumoperitônio idiopático é entidade rara. A exclusão de perfuração de víscera oca pode ser desafiadora e a exploração do abdômen por laparotomia ou laparoscopia inevitável no manejo desses pacientes.

CODIGO DO TRABALHO: 2402

TÍTULO DO TRABALHO: Primeiro diagnóstico de doença de Crohn pediátrica a partir da excisão ileocecal de emergência devido à obstrução aguda

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARJORYE BEZERRA PORCIUNCULA1; AMANDA LUIZA AGUIAR TAQUARY ALVARENGA1; DÉBORAH ÁLVARES DO NASCIMENTO1; JOÃO BOSCO LACERDA DE CAMARGO NETO2. 1. UNICEUB, BRASÍLIA - DF - BRASIL; 2. HRAN, BRASÍLIA - DF - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A doença de Crohn (DC) acomete usualmente a 2ª e a 3ª décadas de vida. A DC pode evoluir em tal grau que 50%-80% dos pacientes diagnosticados necessitarão de cirurgia. As principais razões indicativas de cirurgias de emergência são estenoses sintomáticas e perfuração livre. O diagnóstico pode ser difícil devido à heterogeneidade das manifestações. Não obstante, existe uma escassez de indicações quando a suspeita diagnóstica compreende condições de abdome agudo relativas a casos de DC incidental. Relatamos um caso de obstrução intestinal aguda resultante de ileíte terminal, conduzindo a um primeiro diagnóstico de DC.Relato do Caso: Paciente do sexo feminino, 14 anos, admitida na emergência com quadro de abdome agudo. A TC evidenciou distensão hidroaérea de alças intestinais, linfonodomegalia mesentérica reacional e líquido livre na cavidade abdomino-pélvica. A partir dos achados na TC, devido ao uso de antibióticos dez dias antes da admissão e pela idade, suspeitava-se de uma apendicite complicada. Optou-se pela laparotomia exploratória com incisão mediana. Observou-se aderências entre alças de delgado, presença de bloqueio entre íleo e ceco, com secreção purulenta em seu interior, comunicando com área de necrose em parede mesentérica de íleo a 2 cm da válvula ileocecal. Íleo terminal com aspecto papular, endurecido ao toque. Ceco com diversas aderências na área de presença de abcesso, associado a textura endurecida. Presença de linfonodos aumentados em mesentério de íleo e demais órgãos abdominais sem alterações. Foi procedida liberação do bloqueio entre íleo e ceco, com lavagem da região, seguida de colectomia direita com ressecção de 20 cm de íleo. Iniciou-se investigação da história, evidenciando que a paciente apresentava diarreia e anemia hipocrômica microcítica há 3 meses da admissão. Foi solicitado laudo patológico, o qual sugeriu Doença de Crohn.Conclusão: O tratamento da DC exige habilidades clínicas e cirúrgicas para a resolução de complicações supurativas e de obstruções. Usualmente, pacientes com atividade inflamatória intestinal grave e fulminante manifestam sinais de obstrução intestinais ou sinais de irritação peritoneal. O tratamento de escolha para DC incidental que causa obstrução ileal aguda é a ressecção ileocecal, sendo eficaz e prolongada na DC pediátrica. O caso se torna relevante em consequência à exiguidade literária que retrate uma excisão ileocecal de emergência como primeiro diagnóstico de DC pediátrica.

CODIGO DO TRABALHO: 742

TÍTULO DO TRABALHO: Proteína C reativa e leucócitos totais como preditores de apendicite aguda complicada em 506 pacientes.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BIANCA SILVA FANTINI1; OTTO MAURO DOS SANTOS-ROSA2; YASMIN GARCIA BATISTA1; MARSELLE RIBAS1; ALEXANDRE ZANCHENKO FONSECA1; MARCELO AUGUSTO F. RIBEIRO JR.1; STEPHANIE SANTIN1. 1. UNISA, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. UNISA-SP, SAO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Pacientes com apendicite não complicada podem ser manejados com tratamento não operatório e identificar esses pacientes é essencial. Os leucócitos totais (LT) e a proteína C reativa (PCR) são possíveis marcadores. O objetivo deste estudo é avaliar o poder discriminativo deles (LT e PCR) no diagnóstico da apendicite complicada e determinar pontos de cortes para ambos os exames.Métodos: Foram coletados dados de pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico para apendicite aguda durante Janeiro de 2011 a Dezembro 2015 foram analisados. Os valores dos LT e PCR no pré-operatório foram analisados.Resultados: Um total de 1138 apendicectomias foram realizadas e, após instituir os critérios de exclusão, 506 casos foram incluídos neste estudo. Entre eles, 316 do sexo masculino e 190, feminino. A idade variou de 13 a 72 anos. No grupo A, os valores dos LT obtiveram uma média de 14,95 x 103/mm3, e de 17,11 x 103/mm3 no grupo B. A media dos valores da PCR no grupo A foi de 64,43 mg/dL, e de 143,90 mg/dL no grupo B. Analisando as curvas ROC, os pontos de cortes de 16,1 x 103/mm3 para LT e de 76,5 mg/dL para PCR foram obtidos. A sensibilidade e especificidade para o ponto de corte dos LT isolado foi de 57,7% e 57%; para PCR isolada foi de 69,1% e 68,9%, respectivamente. A área abaixo da curva (AUC) para PCR e LT foram de 0,753 e 0,591, respectivamente.Conclusão: A PCR isolada é o melhor preditor de apendicite aguda complicada quando o seu valor é acima de 76,5mg/dL. Quando analisados juntos os marcadores, a sensibilidade obtida foi de 100%, como também o valor preditivo negativo, para os casos complicados.

CODIGO DO TRABALHO: 984

TÍTULO DO TRABALHO: PROTOCOLO DO MANEJO DE ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO DO HOSPITAL UNIVERSITARIO CAJURU ? CURITIBA PR

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LUIZ CARLOS VON BAHTEN; WILLIAM AUGUSTO CASTELEINS CECILIO; RAMON MAXIMO SCHULZ NETO; FABRICIO GOLONO KAMINAGAKURA. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU, CURITIBA - PR - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVO:Este protocolo visa padronizar o atendimento dos diversos quadros de abdome agudo obstrutivo, de forma a otimizar o atendimento realizado em nossa prática diária. MÉTODOUtilizamos uma revisão literária de 11 artigos atuais, os quais discorrem sobre o tema obstrução intestinal e realizamos fluxogramas que possivelmente se enquadram no nosso serviço. RESULTADOSObstrução do intestino delgadoA obstrução do intestino delgado tem ocorrência mais comum devido à aderências e hérnias. Tipicamente são solicitados hemograma completo, eletrólitos, uréia e creatinina séricos. Em alguns casos devem ser realizados gasometria, lactato e hemoculturas.O diagnóstico normalmente é confirmado com o uso de exame de imagem.Radiografia simples de abdome agudo: com maior disponibilidade e baixo custo.TC de abdome: capaz de mostrar o local específico da obstrução e gravidade. É mais específica e sensível do que o raio-X simples.Manejo do paciente: Pacientes com obstrução intestinal aguda apresentando peritonite generalizada ou deterioração clínica devem ser submetidos à cirurgia. Já os pacientes sem os sinais mencionados acima podem ser tratados clinicamente de início.Inicialmente a instituição de jejum e a passagem de sonda nasogástrica deve ser realizada. No serviço propomos que não se espere mais do que 48h para indicação cirúrgica, se não houver melhora clínica evidente.Obstrução do intestino grosso:Tem como principais etiologias o câncer colorretal e o volvo colônico.Os laboratoriais devem ser realizados de rotina.A radiografia de abdome: pode mostrar o local da obstrução, indicando a intervenção cirúrgica.Tomografia de abdome: Tem grande sensibilidade e especificidade para o diagnóstico. Na obstrução secundária a malignidade, tem o benefício adicional de estadiamento, à procura de metástases.Manejo do paciente: Tratamento de suporte com descompressão gastrointestinal, correção dos distúrbios hidroeletrolíticos.Tratamento cirúrgico: ressecção com anastomose primária ou em mais de uma fase, devendo levar em conta a condição do cólon proximal e comorbidades próprias do paciente. CONCLUSÃOO manejo inicial tranquiliza para a realização de exames laboratoriais e de imagem para firmar o diagnóstico. Os exames de imagem, na grande maioria das vezes, confirmam o diagnóstico.
BIBLIOGRAFIATOWNSEND, CM, Beauchamp, RD, Evers, BM, Mttox, KL: SABISTON TEXTBOOK F SURGERY: The Biological Basis of Modern Surgical Practice. 19th Edition. Ed: Saunders-Elsevier, Philadelphia, 2012

CODIGO DO TRABALHO: 1151

TÍTULO DO TRABALHO: RECORRÊNCIA DE VOLVO DE SIGMÓIDE: UM RELATO DE CASO.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CESAR WAKOFF RANGEL1; MATEUS MENDES OROSKI2; LUCAS MARQUES DE OLIVEIRA1. 1. HOSPITAL SÃO LUCAS, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, NITERÓI - RJ - BRASIL.

RESUMO:
O volvo é caracterizado por uma torção de um segmento do trato alimentar, podendo cursar com obstrução intestinal e evoluir com comprometimento vascular. Os sítios mais comuns são o cólon sigmoide e ceco. Sua incidência varia amplamente na literatura, acometendo principalmente idosos na sétima década de vida, particularmente indivíduos com demência ou doença psiquiátrica. Quanto a incidência por gênero, os resultados são conflitantes, porém um sigmoide e mesentério mais longos em homens podem explicar um aumento em sua incidência nesse grupo encontrado em alguns estudos. A clínica se manifesta por dor e distensão abdominal progressivas, acompanhadas de náuseas, vômitos e parada na eliminação de fezes e gases. O prognóstico é variável de acordo com o tempo de instalação do quadro e grau de comprometimento vascular.Paciente masculino de 62 anos, natural do Rio de Janeiro, casado, atleta, sem comorbidades prévias. Deu entrada no pronto socorro com distensão abdominal e parada de eliminação de gases e fezes há 5 dias, associada à náuseas e 1 episódio de vômito e dor abdominal. Ao exame, lúcido, orientado, hidratado, eupneico. Sem alterações do aparelho respiratório e cardiovascular. Abdome globoso (3+/4+), em defesa abdominal, Blumberg negativo, peristalse de luta. Realizada tomografia computadorizada de abdome não-constrastada que evidenciou volvo de sigmoide com distensão de todo o cólon com válvula ileocecal competente, sem perfuração e pequena quantidade de líquido livre na goteira parietocólica direita. Foi iniciada hidratação venosa e passagem de sonda nasogástrica, que não drenou conteúdo intestinal. Foi indicada cirurgia. No inventário da cavidade abdominal não foi evidenciado nenhum segmento isquêmico do cólon nem perfuração, sendo indicado ordenha do cólon, aspiração e pexia do sigmoide. Evoluiu bem no pós-operatório imediato, retornando ao pronto-socorro em 40 dias com quadro abdominal semelhante, sendo evidenciado novo volvo de sigmoide. Foi indicada sigmoidectomia com colostomia a Haartman. Paciente apresentou boa evolução clínica recebendo alta no terceiro dia de pós-operatório e segue em acompanhamento ambulatorial para reconstrução em 6 meses.Apesar da baixa incidência, o volvo de sigmoide pode evoluir rapidamente com complicações significativas, como perfuração intestinal, gangrena do segmento acometido e até o óbito. Dessa forma, o diagnóstico precoce e o correto manejo cirúrgico são fundamentais para a boa evolução do paciente.

CODIGO DO TRABALHO: 1801

TÍTULO DO TRABALHO: RELATO DE CASO - HÉRNIA DE HIATO DE WINSLOW

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ADRIANA DE SOUSA ROS; LUIZA HELENA CRISPIM DA SILVA; JESSI ELEN SOUZA MALDONADO; MAURICIO CORRÊA; PATRÍCIA DA COSTA CÂMARA; AMANDA BLANSKI DE CASTRO; VITOR HOLMO FIGUEIRA. FURB - UNIVERSIDADE REGIONAL DE BLUMENAU, BLUMENAU - SC - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O Forame de Winslow é uma comunicação virtual entre a cavidade peritoneal maior e a menor.As hérnias de hiato de Winslow representam cerca de 8% de todas as hérnias internas e são frequentemente associadas com obstrução. São mais prevalentes no sexo masculino e comumente acontecem entre 20 e 60 anos de idade. A hérnia geralmente começa da direita para a esquerda e pode progredir, compreende principalmente o intestino delgado (60-70%), seguido do ceco, íleo terminal e o cólon ascendente (25-30%).Existem quatro tipos descritas: Tipo I, hérnia isolada de intestino delgado (50-70%); Tipo II, inclui íleo distal, ceco e cólon ascendente (25-30%); Tipo III, incluindo o cólon transverso (7%); e tipo IV, incluindo a vesícula biliar, omento e Meckel ou apenas o último (1%).As causas reais desse tipo de hérnia ainda são desconhecidas, porém, alguns fatores predispõem a apresentação como: frouxidão do cólon da parede abdominal posterior, lobo direito do fígado alargado, defeitos dos ligamentos gastrohepáticos, atrofia do omento e procedimentos cirúrgicos como: fundoplicatura de Niessen, transplante de fígado, bypass gástrico e colecistectomia.CASO CLÍNICO: Paciente Feminina, 77a, com quadro clínico de dor em hipocôndrio direito e flanco direito por alguns meses. Apresentou parada da eliminação de fezes e gases associada a piora da dor por 2 dias e procurou o serviço de emergência. A tomografia mostrava-se com distensão de cólon a direita, com suspeita de um volvo de ceco pela rotação do mesocólon. Foi realizada uma laparotomia exploratória e encontrado alças do cólon direito distendidas e isquêmicas. As porções do íleo terminal, ceco, cólon ascendente e início do transverso passavam pelo forame de Winslow (tipo II). Não havia possibilidade de reduzir a herniação pelo risco de ruptura das alças, então sucedeu-se com colectomia parcial a direita, com ressecção de 10 cm do íleo distal e ileotransversoanastomose primária com grampeador. Paciente evoluiu bem no pós-operatório.CONCLUSÃO: As Hérnias do forame de Winslow são raras, com quadro clínico com características inespecíficas. Os sintomas variam de acordo com o conteúdo herniado e o estágio de evolução.O diagnóstico pré-operatório é de difícil identificação, porém a suspeição desse diagnóstico diferencial deve ser lembrada, uma vez que se identificado precocemente e o tratamento adequado for imediato pode-se prevenir a ocorrência de complicações que possam colocar em risco a sobrevida do paciente.

CODIGO DO TRABALHO: 1090

TÍTULO DO TRABALHO: RELATO DE CASO - HÉRNIA INTERNA CAUSADA POR DIVERTÍCULO DE MECKEL

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: TATIANA MIE MASUKO1; FERNANDO JOSÉ SAVÓIA DE OLIVEIRA1; DIEGO INÁCIO GOERGEN1; RODRIGO DE PIERI COAN1; AUGUSTO NATORF GOTUZZO1; FELIPE DE SOUSA JUNQUEIRA2; RAISA BRINGHENTI3; SAMANTA WITZKE MASSULO4. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 2. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, SANTA MARIA - RS - BRASIL; 4. UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS, PELOTAS - RS - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O Divertículo de Meckel (DM) é a anomalia congênita mais frequente do intestino delgado, ocorre em 1 a 3% da população em geral, é uma estrutura embrionária localizada no íleo terminal cerca de 30 a 100cm da distância da válvula ileocecal, na margem anti-mesentérica. Frequentemente é um achado incidental, através de avaliação radiológica do intestino delgado, procedimento cirúrgico por patologias não relacionadas ou necropsia. Entretanto em 15 a 20% dos casos, pode ocorrer dor abdominal, hemorragia digestiva e quadro de oclusão intestinal. RELATO: Paciente gênero masculino, 34 anos, com queixa de dor abdominal, há 2 dias, progressiva, associada à distensão, náuseas e vômitos. Relato de fezes aquosas pela manhã. Negava picos febris. Historia de apendicectomia previa. Ao exame físico abdominal, presença de cicatriz em fossa iliaca direita, ruidos hidroaereos reduzidos, pouco distendido, timpânico, doloroso à palpação profunda difusa, sem sinais de irritação peritoneal. Exames laboratoriais sem alterações significativas. Tomografia computadorizada de abdome com achados compatíveis de suboclusão intestinal por hérnia interna (transmesentérica? transomental?). Levado para laparatomia exploradora no mesmo dia, identificado distensão difusa de alças de delgado, brida em alça de íleo, na proximidade de lesão sacular, provavelmente relacionada a DM. O paciente apresentou boa evolução pós operatória tendo alta hospitalar. CONCLUSÃO: Obstrução intestinal causada por hérnia abdominal interna devida a um DM é evento raro e tem sinais e sintomas inespecíficos, sendo difícil e infrequente o diagnóstico pré-operatório. A morbidade e mortalidade podem ser diminuídas com a intervenção cirúrgica precoce.

CODIGO DO TRABALHO: 1528

TÍTULO DO TRABALHO: Relato de caso: Apendicite aguda em ?situs inversus totalis?

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: KATHARINNE INACIO VAZ LAURIANO; VINICIUS ALVES FONSECA; CAIO HENRIQUE RIOS BORDUQUE; GABRIEL BROM ANDRADE; MAISA HELENA DE ABREU SILVA SANTOS; HELOIZA ARRAIS BANDEIRA TAVARES LEITE; RODRIGO KOUZAK MAYER; ISABELA CRISTINA DINIZ E PÁDUA. HOSPITAL REGIONAL DO GAMA - DF, GAMA - DF - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoO situs inversus totalis (SIT) é uma rara condição congênita em que os principais órgãos viscerais tem sua posição normal (situs solitus) invertida. Geralmente não causa quaisquer problemas de saúde como outras variações de situs, que pode acarretar defeitos complexos que afetam diversos órgãos[1]. Sua incidência é bastante divergente na literatura, variando de 1:20000 a 1:950002 .A apendicite aguda é a principal causa de abdome agudo cirúrgico no mundo. Seu diagnóstico em fase inicial ainda é um desafio mesmo para pacientes com situs solitus. A apendicite aguda no paciente com SIT tem incidência de 0,016% a 0,024%2,3,4, e geralmente cursam com algum tipo de complicação.Relato do casoPaciente do sexo masculino de 20 anos apresentou-se à unidade de emergência com dor abdominal que iniciou em epigástrio e migrou para quadrante inferior esquerdo há 4 dias, associada a náuseas, vômitos, diarreia, adnamia, hiporexia e febre não aferida. No exame físico apresentava sinal de irritação peritoneal no quadrante inferior esquerdo (QIE). O paciente negou doença ou cirurgia anterior, porém, referiu suspeita médica de dextrocardia sem repercussão clínica. Os exames laboratoriais demonstraram leucocitose (15900 K/UL) e leucocitúria leve (20/campo). A radiografia de tórax revelou dextrocardia e ultra-sonografia abdominal (USG) demonstrou SIT e alça intestinal cego consistente com apendicite aguda no QIE. Foi então realizada uma laparotomia exploradora com incisão mediana infraumbilical. O apêndice cecal a esquerda apresentava perfurado no terço distal, porém, sem peritonite localizada ou difusa. Ele recebeu alta sem complicações cirúrgicas. Tomografia computadorizada tóraco-abdominal (TC) no pós-operatório confirmou o diagnóstico de SIT.Conclusão:A falta do diagnóstico prévio de Situs abnormalis em um paciente com quadro abdominal agudo que procura atendimento médico de emergência pode gerar um dilema diagnóstico. A manifestação da dor em quadrante inferior esquerdo do abdome direciona o raciocínio clínico para diagnósticos diferenciais distintos de apendicite aguda. Prosseguir a investigação com exames complementares iniciais e a reavaliação pelo mesmo médico corroborou com o diagnóstico oportuno de apendicite aguda do lado esquerdo. A agilidade na indicação da apendicectomia reduziu a morbi-mortalidade da doença. Este caso reforça a importância de manter suspeição apendicite aguda em manifestações atípicas de dor abdominal aguda.

CODIGO DO TRABALHO: 2095

TÍTULO DO TRABALHO: RELATO DE CASO: APENDICITE CRÔNICA ENVOLVIDA POR PERITONITE ENCAPSULIZANTE

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCO FELIPE FRANCO ROSA1; FÁBIO ISRAEL LIMA CASTELO BRANCO MARQUES1; SAULO BORBOREMA TELES2; JÉSSICA MIQUELITTO GASPARONI1; MARCELLA VALENTE AMORIM PIRES DE MOURA2; CAMILA TRIGO RUIZ1; ALLISON TAKEO TSUGE1. 1. HOSPITAL HELIÓPOLIS, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL HELIÓPÓLIS, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A apendicite aguda é doença frequente, especialmente em homens jovens, e o tratamento cirúrgico é o padrão ouro. O diagnóstico é clínico, encontrando-se dor epigástrica e periumbilical, náuseas e/ou vômitos, dor e peritonismo em fossa ilíaca direita (FID).A apendicite crônica ainda é tema de grande discussão. Aparentemente é distinta da apendicite aguda, com diferentes mecanismos patológicos, como a mucocele e o divertículo apendicular. Acredita-se que haja obstrução intermitente ou parcial de seu lúmen; a distensão intraluminal se torna máxima, e força a saída da secreção mucosa do apêndice para o ceco, aliviando sintomas. O diagnóstico baseia-se na dor crônica (mais de um mês) em FID, no achado cirúrgico e histológico de inflamação crônica com ou sem fibrose, e no alívio dos sintomas após apendicectomia.A peritonite esclerosante encapsulante (PEE) é uma rara e curiosa entidade, de etiologia desconhecida. Consiste no envelopamento total ou parcial do intestino delgado por uma membrana espessa de tecido conjuntivo fibroso tal como um casulo, podendo envolver outros órgãos (cólon, fígado e estômago), e geral associadas a peritonites recorrentes. A clínica é inespecífica, com dor abdominal frustra e perda de peso, além de episódios recorrentes de obstruções intestinais agudas ou subagudas.Relato de caso: Paciente masculino, 58 anos, ingressou ao PS de cirurgia geral do Hospital Heliópolis com dor abdominal difusa (6 meses), vômitos e perda de 40kg. Cirrose hepática alcoólica Child B, sem cirurgias prévias. Estado geral ruim, caquético, abdome com ruídos propulsivos, tenso e dor à palpação difusa, predomínio em epigástrio. Toque retal sem alterações. Leucocitose=13300/mm³ sem desvio, PCR=8,4mg/L, INR=2,2 e albumina=2,2g/dL. RX abdominal, distensão de alças de delgado. TC de abdome e pelve com distensão e edema de paredes de delgado, envolvidos por uma ?cápsula?.Submetido à laparotomia exploradora, achado peritônio parietal fibrótico, que encapsulizava delgado, cólon, abscessos e intenso bloqueio. Muitas aderências entre delgado, cólon e epíplon necrosado. Havia apenas o coto apendicular no bloqueio. Desfeito a cápsula, procedeu-se à epiplectomia e à apendicectomia. Enviado à UTI para pós operatório, em ventilação mecânica e uso de noradrenalina. Infelizmente faleceu no 5º dia de pós operatório.Conclusão: Este relato demonstra um caso raro de PEE associada a apendicite crônica, apesar de ampla discussão ainda existente acerca deste último tema.

CODIGO DO TRABALHO: 1045

TÍTULO DO TRABALHO: RELATO DE CASO: APENDICITE FISTULIZADA E DISCUSSÃO SOBRE ABORDAGENS EFICAZES

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LEVI CARVALHO E SILVA; WILLY OKOBA; RINELLE MARIA MARTINS COSTA; ELADIO PESSOA DE ANDRADE FILHO; DANIEL HARDY MELO; PEDRO HENRIQUE MARCIEL CASTRO; CAMILA TELES NOVAIS. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, SOBRAL - CE - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O abdome agudo é uma causa frequente de atendimento nos setores de emergência. A inflamação aguda do apêndice é a causa mais comum de abdome agudo nos pacientes que procuram os serviços de emergência. Dos pacientes que apresentam apendicite aguda, a maior parte geralmente requer abordagem cirúrgica, e uma parte cursa com fístulização. Portanto, diversas afecções, de tratamento cirúrgico ou não, cursam com dor abdominal, e uma avaliação clínica minuciosa associada a métodos complementares é de fundamental importância para elucidação diagnóstica e posterior tratamento eficiente.RELATO DO CASO: Paciente com quadro de dor abdominal, de início progressivo há 15 dias, originalmente ocupando o epigástrio e que evoluiu para flanco inferior direito, associado à náusea, mas sem vômitos, sem febre e sem alteração do hábito intestinal. Ao exame físico, apresenta rubor, calor e edema sobre o flanco inferior direito associados à ausência de ruídos intestinais, além de peritonite localizada. Apresenta história pregressa para hipertensão e hiperplasia prostática benigna tratada. Foi internado com diagnóstico de abscesso na fossa ilíaca direita. Depois, foi submetido à laparotomia, durante a qual foram percebidos, além desse grande abscesso, mais dois abscessos na região do canal inguinal. No intra operatório concluiu-se que se tratava de herniação inguinal direta que necrosou e fistulizou para o interior do escroto, formando um abscesso bloqueado que, paradoxalmente, manteve as funções intestinais preservadas. A cirurgia cursou com enterectomia e apendicectomia. O paciente veio a óbito após o sétimo dia pós-operatório.CONCLUSÃO: Os principais métodos utilizados para tratamento de abscesso bloqueado são punção e laparoscopia. Segundo Paterson-Brown, a utilização de qualquer técnica diagnóstica, invasiva ou não, terá que ser avaliada de acordo com a sua eficácia em alterar a terapêutica (operar ou não). Esse raciocínio norteia a abordagem moderna dos quadros abdominais agudos quando o principal objetivo da investigação diagnóstica é a indicação ou não de uma intervenção cirúrgica. Sendo assim, o cirurgião necessita de cautela na escolha do método para tratar abscessos localizados. Para o caso relatado, foi realizada a laparotomia. No entanto, a laparoscopia é a escolhida geralmente como padrão ouro. Como não se tem material de vídeo disponível sempre para operar, principalmente no SUS, lança-se mão da própria laparotomia como abordagem cirúrgica de escolha.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2608

TÍTULO DO TRABALHO: RELATO DE CASO: APENDICITE GRAU 5 E AUSÊNCIA DE SINTOMAS ÁLGICOS IMPORTANTES

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: NATHALIA DE ALCÂNTARA TANAJURA MACIEL; ELISABETH MARTINEZ FONSECA; GABRIEL DÓRIA SANDES LOPES. ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, SALVADOR - BA - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A apendicite aguda é a emergência cirúrgica mais comum no meio hospitalar e a principal causa de abdome agudo. O desfecho mais comum se não houver intervenção é necrose seguida de perfuração, a qual pode levar à formação de abcesso e peritonite local, podendo evoluir para peritonite difusa. A principal e mais importante manifestação clínica é a dor intensa, em mais de 95% dos casos. Pode-se realizar classificações laparoscópicas da apendicite de acordo com os achados inflamatórios, partindo do grau 0 (normal) para grau 05 (peritonite difusa). O leucograma de um paciente com possível diagnóstico pode apresentar moderada contagem de leucócitos totais (15.000/mm3), com predomínio de neutrófilos e a ultrassonografia aparece como opção para confirmação diagnóstica. O tratamento da apendicite aguda é cirúrgico com a realização de uma apendicectomia clássica (laparotômica) ou laparoscópica. Relato do caso: SRSS, 34 anos, sexo feminino, foi atendida com queixa de dor abdominal cursando há 8 dias da admissão. A paciente se encontrava em bom estado geral e ao exame físico, o abdome se encontrava distendido, porém depressível, e foi identificado dor à palpação, sem sinas de irritação peritoneal. A USG evidenciou imagem anecoica, arredondada, sugestiva de cisto, medindo 2,24 x 1,60 e imagem hiperecogênica, sugestiva de cálculo, medindo 0,50cm, ambas em rim direito, além de presença de líquido livre em região pélvica e no exame laboratorial, leucograma significativamente aumentado (46300/mm³) e importante desvio à esquerda. Optou-se por laparotomia exploratória. No intraoperatório, observou-se grande quantidade de pus em cavidade abdominal, inflamação peritoneal difusa e ceco bloqueado pelo omento maior. O apêndice cecal foi identificado edemaciado, necrosado e com rotura de extremidade. O mesoapêndice foi disseccionado, com ligadura do apendicular e ligadura do apêndice em sua base, e em seguida fez-se sua ressecção e exérese. Foi realizada lavagem exaustiva da cavidade abdominal e ressecção da área necrosada do omento, além de colocação de dreno tubular na pelve. Conclusão: A paciente evoluiu hemodinamicamente estável, sem uso de drogas vasoativas; com abdome menos distendido, flácido, pouco doloroso à palpação e sem sinais de irritação. Recebeu alta hospitalar no 13º dia de pós-operatório.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2479

TÍTULO DO TRABALHO: RELATO DE CASO: APENDICITE POR ENDOMETRIOSE

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BRUNA ANDRADE ALEIXO1; LUÍSA PALOMANES MANOEL1; LUCAS SAN MARTIN CARVALHO CORRÊA2; CARLOS EDUARDO AZEVEDO FERRETTI1. 1. UNITAU, TAUBATÉ - SP - BRASIL; 2. SÃO CAMILO, TAUBATÉ - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A endometriose é uma doença caracterizada por tecido endometrial ectópico, classificada como alterações proliferativas benignas, considerada comum em mulheres na idade fértil. No entanto, a endometriose gastrointestinal é incomum, e a endometriose do apêndice resultando em apendicite aguda é ainda mais rara, como demonstrado pelo estudo relatado por Uohara etal., que quantificou a endometriose do apêndice em 0,8% da população analisada de 1.496 casos de apendicectomia. Essa condição patológica não é clara, e o mecanismo pelo qual geralmente ocorre é por extensão direta da lesão do ovário direito ou por metaplasia intestinal. A análise do relato de caso ocorrido no Hospital Regional do Vale do Paraíba (HRVP) é notável por ser um achado cirúrgico, devido a associação de endometriose do apêndice com endometrioma no ovário esquerdo, tornando-se um caso extremamente raro. Objetivo: O presente estudo tem como objetivo relatar um caso de apendicite causada por endometriose, associada à endometrioma no ovário esquerdo.Métodos: É relatado um caso de apendicite por endometriose após revisão de prontuário e acompanhamento do ato cirúrgico de uma paciente de 25 anos, que apresentou inicialmente com quadro clinico de apendicite aguda. A paciente possuía dor em fossa ilíaca direita, presença de náuseas e vômitos, mas negava febre. Negava história pregressa de comorbidades, porém relatou irregularidade do ciclo menstrual, sem uso anticoncepcional.Resultados: Após o encaminhamento da paciente ao serviço de Cirurgia Geral do HRVP, foi optado por abordagem cirúrgica. No ato operatório, encontrou-se como causa da apendicite aguda a endometriose, associada a um endometrioma no ovário esquerdo.Conclusão: Trata-se de um caso pouco frequente, sendo necessário realização de mais pesquisas para esclarecimento da causa da apendicite por endometriose.Referências: Santos AC, Lemos R, Menegatti AL, Pilger MC. Apendicite com inturssuscepção e endometriose: um relato de caso. Revista da AMRIGS, 59(3):233-236, 2015.Revzin MV, Marthur M, Dave HB, Macer ML, Spektor M, et-al. Pelvic Inflammatory Disease: Multimodality Imaging Approach with Clinical - Pathologic Correlation. Radiographics, 2016; 36(5):1579-96.Roman H, Ness J, Suciu N, Bridoura V, Gourcerol G, Leroi AM, Tuech JJ, Ducrotte P, Savoye-Collet C, Saroye G. Are digestive symptoms in women presenting with pelvic endometriosis specific to lesion localizations? Preliminary prospective study. Hum Reprod, 2012; 27:3440-3449.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2074

TÍTULO DO TRABALHO: RELATO DE CASO: APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE OBSTRUÇÃO INTESTINAL SECUNDÁRIA A HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA À DIREITA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PETRILLE ANDRÉ CAVALCANTE DE BARROS; FILIPE DE PAULA MARTINS; JESSICA CAROLINE FREIRE CARVALHO; RAFAEL CALVAO BARBUTO. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Hérnia diafragmática traumática, morbidade em que estruturas situadas primariamente na cavidade abdominal atravessam o diafragma através de uma abertura causada por trauma e passam a localizar-se na cavidade torácica, é condição incomum, acometendo em 70% dos casos o lado esquerdo, tendo em vista que o fígado apresenta-se como fator protetor para herniação de estruturas abdominais à direita. Relato de caso: A.F.N, 82 anos, tetraplégica por lesão raquimedular em trauma prévio, encaminhada ao Pronto Atendimento de nosso serviço, referenciada de UPA local, com quadro de sepse de foco provavelmente misto, secundária a pneumonia aspirativa e obstrução intestinal. Apresentava-se instável hemodinamicamente, em ventilação mecânica, com relato de secreção fecalóide visualizada à intubação, confirmada após passagem de sonda nasogástrica. À admissão, solicitada avaliação da equipe de Cirurgia Geral, após suspeição de quadro obstrutivo. Identificou-se paciente com distensão abdominal, ruídos hidroaéreos extremamente reduzidos, abdome hipertimpânico, sem relato de eliminação de fezes por 72 horas, segundo relato de familiares. Radiogradia de tórax e abdome evidenciaram dilatação colônica difusa e de delgado e consolidação em base pulmonar direita. Optado por Tomografia Computadorizada de tórax e abdome, que identificou distensão difusa de alças, ponto de obstrução no interior de hérnia diafragmática à direita, com alças colônicas herniadas junto com porção de omento e sinais de pneumoperitôneo/pneumatose intestinal no interior do saco herniário. Após otimização clínica, paciente foi submetida à laparotomia exploradora com redução do conteúdo herniário, no qual a alça intestinal do ângulo hepático apresentava viável, sem sinais de sofrimento. Porém, observou-se dois pontos de perfuração, com realização de rafia primária, seguida de fechamento do defeito em diafragma direito. No pós-operatório, paciente manteve instabilidade hemodinâmica, dependendo de drogas vasoativas por longo período. Após desmame progressivo, progrediu com melhora clínica, no entanto teve piora neurológica importante, evoluindo com óbito secundário a acidente vascular encefálico isquêmico bilateral de grande monta. Conclusão: Trata-se de caso com apresentação e evolução atípica, já que as hérnias diafragmáticas à direita, adquiridas ou não, raramente manifestam-se clinicamente, pois na maior parte dos casos o fígado funciona como mecanismo de tamponamento do defeito herniário.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2684

TÍTULO DO TRABALHO: RELATO DE CASO: Complicações de enterectomia com anastomose termino-terminal por obstrução intestinal

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DANIEL LUIZ DO CARMO JÚNIOR; ANDERSON DA ROSA ROSADO; BRUNO BISOGNIN GARLET; FÁBIO DUARTE DA SILVA; PATRICIA WEIBER SCHETTINI FIGUEIREDO. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG, RIO GRANDE - RS - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A obstrução intestinal representa cerca de 20% dos quadros de abdome agudo, principalmente associada a aderências e bridas. Pacientes com laparotomia prévia chegam a um índice de 67% de aderências. Após múltiplas cirurgias, chega a 93%. A contaminação da cavidade abdominal, tanto por bactérias, quanto pela presença de corpos estranhos (talco de luva, restos de fios cirúrgicos), também é causa de aderência peritoneal. Dentre as complicações cirúrgicas, encontra-se a fístula entero-cutânea, relatada nesse caso.RELATO DE CASO: V.S.S., 25 anos, encaminhado ao HU-FURG apresentando, há 3 dias, dor abdominal intensa associada a náuseas, vômitos e constipação intestinal. Informou cirurgia abdominal prévia aos 3 meses de idade, com ectomia a Hartmann e posterior reconstrução aos 5 anos. Apresentou melhora clínica na infância, com início de dores abdominais imprecisas há 3 anos. Ao exame físico, evidenciou-se abdome levemente distendido, timpânico, RHA aumentados, doloroso à palpação abdominal, com sinais de irritação peritoneal. Rotina de abdome agudo: distensão de alças intestinais e níveis hidroaéreos em escada, com predomínio de delgado. Optado por laparotomia exploradora com realização de enterectomia proximal com anastomose termino-teminal.CONCLUSÃO: Paciente apresentou queda do estado geral no segundo dia pós-operatório, com formação de 3 fístulas entero-cutâneas de alto débito, sendo iniciado NPT. Até o momento, necessitou de 7 reintervenções. Na primeira, realizou-se identificação e orientação das fístulas com dreno de Kehr e fechamento das fístulas superior e lateral esquerda, com curativo a vácuo e patch de pele. Na segunda, tunelização da pele com objetivo de orientar a fístula direita, sem sucesso. Na terceira, a fístula lateral direita foi orientada com sonda nasogástrica em aspiração contínua e a lateral esquerda com portovac 6.2. Nas últimas quatro intervenções, foi realizada a troca do curativo a vácuo, com epitelização de alças intestinais. No momento, as fístulas persistem sem adequada orientação. Nova abordagem será realizada com cola biológica a fim de fechamento das fístulas. Atualmente, o tratamento exige o envolvimento de uma equipe multidisciplinar, que engloba tratamento clínico inicial para permitir cicatrização espontânea da fístula, intervenção cirúrgica precoce e cirurgia planejada definitiva para pacientes cujas fístulas não cicatrizaram.

CODIGO DO TRABALHO: 1630

TÍTULO DO TRABALHO: Relato de Caso: Diagnostico Incidental de Pseudomixoma Peritoneal durante Colecistectomia Videolaparoscópica Eletiva

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: NIMER RATIB MEDREI1; EDDI SOFIA DE LA S.T.S. MEJIAS MEDREI2; SAMARA NASER2; DANIELLA SILVA MENA3. 1. HOSPITAL DA REGIÃO LESTE -SES-DF, PARANOÁ - DF - BRASIL; 2. HOSPITAL DA REGIÃO LESTE - SES-DF, PARANOÁ - DF - BRASIL; 3. HOSPITAL REGIONAL DO GAMA, GAMA - DF - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoPseudomixoma é um tipo raro de cancer que afeta a cavidade peritoneal e sua origem pode da ruptura de um tumor mucinoso de apêndice ou do ovário e se caracteriza pela produção contínua de mucina pelas células neoplásicas e acúmulo desta na cavidade peritoneal.Relato do Caso Paciente 28 anos, gênero feminino, comerciária, sem comorbidades e apenas com queixa de hérnia umbilical, foi submetida a herniorrafia em maio de 2016 onde foi verificado no transoperatório conteúdo amorfo, gelatinoso, exteriorizado por orifício herniário. Em análise histopatológica e imunohistoquímica do conteúdo foi diagnosticado como RESTOS EMBRIONÁRIOS. Em avaliação complementar com ecografia de abdomen total foi evidenciada apenas colelitiase com microcalculos SEM SINAIS DE ASCITE OU OUTRAS ALTERAÇÕES, sendo então indicada laparoscopia para colecistectomia. realizado em junho de 2016. Ao inventário observou-se grande quantidade secreção gelatinosa em toda cavidade peritoneal, apêndice cecal com tumoração em seu ápice, sugerindo pseudomixoma peritoneal secundário a tumor de apêndice. A avaliação histopatológica do apêndice apresentou NEOPLASIA MUCINOSA DE APÊNDICE DE BAIXO SEM COMPROMETIMENTO DAS MARGENS (PT3,NX,MX), e a avaliação citológica do líquido peritoneal constatou AUSÊNCIA DE CÉLULAS NEOPLÁSICAS. Paciente foi enviada a equiepe de cirurgia oncológica onde foi avaliada e indicada realização de cirurgia citorredutora com peritoniectomia e quimioterapia intraperitoneal hipertérmica.ConclusãoO pseudomixoma é uma doença rara e difícil diagnóstico clínico, laboratórial e histopatológico, antes de uma laparotomia ou laparoscopia por outros motivos. É diagnóstico diferencia em pacientes com ascite de origem indeterminda.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 448

TÍTULO DO TRABALHO: RELATO DE CASO: DIVERTÍCULO DE MECKEL PERFURADO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JANAINA GATTO1; FERNANDA KREVE2; FRANCISCO SCHOSSLER LOSS3. 1. MEDICINA, TOLEDO - PR - BRASIL; 2. FAG, TOLEDO - PR - BRASIL; 3. FAG, CASCAVEL - PR - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOO divertículo de Meckel é a anomalia congênita mais comum do trato digestório, sendo encontrado em 2% da população. Na sua evolução, aproximadamente 4% dos pacientes desenvolvem sintomatologia ao longo da vida devido a complicações como hemorragia, obstrução, diverticulite ou perfuração. Em média seu tamanho é de 4cm, apresenta mucosa ectópica em 50% dos casos, advinda das células pluripotentes que revestem o ducto vitelino. Dentre essas destacam-se as de origem gástrica (correspondente a 60-85%) e pancreática (5-16%) ou uma combinação das duas em 5-12% dos casos2. As maiores casuísticas relacionam os divertículos a complicações, na medida em que a identificação pré-operatória desta anomalia intestinal é infrequente. Dessa forma, em casos de abdômen agudo cirúrgico, o divertículo de Meckel complicado deve ser considerado.DESCRICÃO DO CASOM.J.S, 39 anos, sexo masculino, foi admitido com dor abdominal difusa de 3 dias, associado a anorexia, náuseas e vômitos. Ausência de eliminação de gases e fezes durante o mesmo período. O abdome apresentava rigidez importante, ruídos hidroaéreos diminuídos, dor difusa à palpação e à manobra de descompressão brusca. Radiografia simples de abdômem revelou distensão importante de alças intestinais, níveis líquidos e pneumoperitônio. Na laparotomia foi identificada grande quantidade de líquido entérico na cavidade, alças de delgado edemaciadas e distendidas. Encontrou-se um divertículo de Meckel perfurado na borda antimesentérica do íleo terminal a 60cm da válvula ileocecal. Frente a um divertículo complicado cirurgicamente removido, a taxa de mortalidade e morbidade pós-operatórias é de 2% e 12%, respectivamente1.CONCLUSÃO A raridade da condição de divertículo de Meckel perfurado aliado ao diagnóstico pré-operatório improvável dessa anomalia intestinal motivaram esse relato de caso. A perfuração pode ser causada por diverticulite, trauma, ulceração, tumor ou corpo estranho e gera um quadro de peritonite difusa de considerável morbi-mortalidade. Foi realizada enterectomia segmentar englobando a área do divertículo e enteroanastomose primária término-terminal em dois planos. Exame histológico da peça cirúrgica: divertículo de Meckel com reação inflamatória difusa e perfuração local, sem achados de mucosa ectópica.o tratamento realizado apresentou bons resultados. A ressecção do divertículo de Meckel foi realizada com certa margem de proteção, a biópsia não demonstrou tecido ectópico remanescente.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2256

TÍTULO DO TRABALHO: RELATO DE CASO: HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA OCASIONADA POR TUBERCULOSE INTESTINAL

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PEDRO OLIVEIRA DE MENEZES QUITETE DE CAMPOS1; OTTO MAURO DOS SANTOS-ROSA2; MARCELA SADDI MENEZES COSTA1; FERNANDO FURLAN NUNES1; DIEGO FERREIRA DE ANDRADE GARCIA1; ORLANDO CONTRUCCI FILHO1; MARCELO AUGUSTO F. RIBEIRO JR.1. 1. UNISA, SAO PAULO - SP - BRASIL; 2. UNISA-SP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Durante a última década, 878 casos de TB intestinal foram relatadas em 15 revisões retrospectivas. A maioria dos Pacientes (60-70%) eram do sexo feminino e a grande parte desses (> 80%) foram tratados como abdome agudo, apresentando quadros como obstrução intestinal e perfuração, com taxa de mortalidade relatada de 15 - 20%. Não há relatado casos de hemorragia gastrointestinal baixa maciça em nosso continente. As manifestações clínicas são inespecíficas. O sangramento retal maciço é considerado um sintoma raro.Caso: C.M. 61 anos, deu entrada do hospital com quadro de diarreia há cerca de um ano. Relata que começou há 5 dias quadro de hematoquezia evoluiu com quadro de enterorragia maciça. Na entrada a paciente apresentava-se em regular estado geral, descorada +/4+, acianótica, febril e anictérica com PA 80 x 60 mmHg, FC 113 bpm, Tax de 37,8o C, sem outras alterações. Os exames laboratoriais mostraram Hemoglobina de 13,0 Hematocrito de 38,0 Leucócitos de 13900 com 14 bastões e 72 segmentados, plaquetas de 143000 e proteína C-reativa de 1,9. No dia seguinde foi submetida a endoscopia digestiva alta que evidenciou quadro de pangastrite leve sem sinais de sangramento. Realizada colonoscopia que não evidenciou sinais de sangramento ou patologias que justificassem o quadro da paciente, foi visto toda a extensão do colon, até a válvula íleo-cecal. Paciente se manteve estável até o nono dia de internação onde apresentou quadro de enterorragia franca, sendo 2 episódios e evoluindo com hipotensão, necessitando de drogas vasoativas e recebendo mais 2 concentrado de hemácias. Foi levada ao centro cirúrgico devido ao quadro de instabilidade, no intraoperatório foi observado presença de moderada quantidade de sangue na cavidade abdominal e tumoração perfurada em jejuno com sangramento ativo no local, foi procedido então uma realizada enterectomia segmentar com margens de segurança e realizada anastomose primária com grampeador linear. (fotos da peça pegar com furlan) O segmento ressecado foi enviado para anatomia patógica que evidenciou processo inflamatório crônico ulcerado transmural, perfurado e linfadenite granulomatosa necrosante, sugerindo então o diagnóstico de Tuberculose intestinal. Realizado então a imuno-histoquímica da peça que constatou perfil imuno-histoquímico consistente com linfadenite granulomatosa necrosante, fechando então o diagnóstico de tuberculose intestinal.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 421

TÍTULO DO TRABALHO: RELATO DE CASO: OBSTRUÇÃO INTESTINAL E VOLVO DE SIGMÓIDE EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DANIELE MARCHET; GUILHERME AUGUSTO HETTWER; PRISCILA OBREGON BORGES; HAIRTON COPETTI; ERNANI CLÓVIS BULOW; ISABELA DUARTE E SOUZA. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, SANTA MARIA - RS - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoVolvo intestinal é uma torção de uma alça ao redor de seu ponto de fixação mesentérica, mais no sigmoide e no ceco. Ocorre mais em extremos de idade e em homens.Objetivo é relatar um caso clínico de Volvo de Sigmoide em pcte no Hospital Universitário de Santa Maria ? RS, 15 anos, com dificuldade de comunicação pela sua linguagem indígena, dando ênfase na clínica, diagnóstico e terapêuticas. Estudo do tipo relato de caso, retrospectivo, com consulta ao prontuário da pcte no período de dezembro?2016.Pcte com TCLE. Relato de CasoE.T.B., 15 anos, feminina, indígena, não fala idioma português. Familiar chega ao P.A. encaminhado de UBS, referindo que a pcte iniciou quadro de dor abdominal há 6 dias, com parada de evacuação e flatos. Teve náusea, sem vômito. Sensação de febre. Nega demais queixas. Pcte previamente hígida, sem cx prévia, nega tabagismo ou etilismo. Exame laboratorial sem alteração. Trouxe RX de abdome agudo, que sugeria dilatação de alças intestinais com Sinal do U invertido. Abdome distendido, timpânico, RH+ e dor difusa a palpação. Solicitada uma TC de abdome, que mostrou importante distensão do cólon, com ponto de Stop em região de sigmoide.Pcte encaminhada para bloco cirúrgico para realizar laparotomia exploradora com coletomia parcial; foi visualizado volvo em região do sigmoide, feito secção do colón descendente terminal até o sigmoide terminal, realizado anastomose primária latero-lateral com Stappler linear em porção terminal de cólon descendente e sigmoide terminal.Iniciado ceftriaxone e metronidazol no P.O., com boa evolução. ConclusãoO volvo intestinal é uma torção de uma alça do intestino ao redor de seu ponto de fixação mesentérica. Alguns fatores de risco são: constipação crônica; bridas.Os sintomas são dor, náuseas e vômitos, parada dos flatos e fezes e distensão abdominal. Abdome distendido e timpânico com sensibilidade à palpação; rigidez e sensibilidade indicam perfuração e?ou peritonite.Exames laboratoriais devem ser solicitados. A TC abdominal é utilizada para diagnóstico. Pode se utilizar Rx de abdome e até enema de contrasteO manejo se baseia na redução do volvo e prevenção. Pode ser feito sigmoidoscopia flexível para redução do volvo, e após cirurgia, deixando a laparotomia imediata nos casos onde sigmoidoscopia não obteve sucesso ou se houver suspeita de peritonite; ou então, ressecção com anastomose primária ou cirurgia de Hartmann. Rápido diagnóstico ajuda para uma conduta adequada e menor morbimortalidade.

CODIGO DO TRABALHO: 2681

TÍTULO DO TRABALHO: Reparo videolaparoscopico de hérnia diafragmatica encarcerada

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MAITE MAZIERO AFONSO1; FELIPE RICARDO GRANZOTTO2; ADRIANO CORONA BRANCO2; JOSE FRANCISCO DE MATTOS FARAH2; JOSÉ CARLOS S. P. FILHO2; RENATO ARIONI LUPINACCI2; MAURICIO RODRIGUES LACERDA2; JOSÉ RICARDO W. RISTOW1. 1. UNIVERSIDADE CIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL (HSPE), SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO A hérnia diafragmática, independente de trauma ou não, pode levar a sérias complicações devido à herniação das vísceras abdominais para a caixa torácica. Os sinais e sintomas detectados em pacientes com esse quadro são representados por desconforto precordial ou abdominal no período pós-prandial, sangramento gastrointestinal, por vezes oculto, dispnéia em um menor número de casos, quadro de obstrução abdominal devido a volvo ou herniação grave das estruturas intestinais com consequente estagnação do trânsito intestinal.RELATO DE CASO Paciente do sexo feminino, 59 anos, admitida na sala de emergência com história de náuseas e vômitos há 7 dias. Associados a dor epigástrica súbita pós-prandial. Evoluiu para episódios de hematêmese com repercussão hemodinâmica. Nega queixas dispépticas prévias e relata esplenectomia há 1 ano por plaquetopenia. Ao exame inicial apresentava-se taquicárdica, hipotensa, eupneica, sem sinais de irritação peritoneal. Iniciadas medidas para estabilização clínica e solicitada endoscopia digestiva alta, que evidenciou importante estase associada a volvo gástrico. Realizada tomografia de abdome total com diagnóstico de hérnia diafragmática encarcerada à esquerda com interposição de gordura omental e câmara gástrica. Indicado reparo videolaparoscópico. No intraoperatório foi observada presença de hernia diafragmática esquerda de aproximadamente 6cm, com herniação de grande omento e antro gástrico, sem sinais de isquemia.Realizada redução de conteúdo herniário e rafia de defeito, reforço com tela dupla face fixada com pontos manuais e drenagens de tórax a esquerda. No pós operatório a paciente evoluiu com boa aceitação de dieta, controle satisfatório de dor e sem sinais de isquemia de mucosa gástrica. Recebendo alta no quinto dia pós operatório, sem intercorrências.CONCLUSÃO O surgimento de hérnias diafragmáticas em adultos é em sua maioria causado por traumatismo durante colisão automobilística, ferimentos por arma branca, ou em casos mais raros, por projéteis de arma de fogo, sendo poucos os casos de hérnia diafragmática congênita descritos em adultos. As queixas habitualmente são formadas por quadros de dor, náuseas, vômitos, e de acordo com a protusão e redução da hérnia.Quando estes sintomas se tornam progressivos, associados a dor, é muito provável que alguma víscera tenha sido encarcerada e a indicação cirúrgica deverá ocorrer tão logo seja feito o diagnóstico.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2209

TÍTULO DO TRABALHO: Ressuscitação tipo controle de danos aplicada a caso de choque hemorrágico não traumático.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FABIO EITI NISHIBE MINAMOTO; DIEGO ADAO FANTI SILVA; MARTIN MARCONDES CASTIGLIA; RAMIRO COLLEONI NETO; MILTON SCALABRINI. ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - UNIFESP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução:A diálise peritoneal é uma forma de terapia de substituição renal, cuja realização se dá por meio da passagem de um cateter transperitoneal. Tal procedimento não é isento de riscos, sendo o sangramento pré-peritoneal e a lesão de alça intestinal algumas de suas complicações mais comuns, com alto potencial de gravidade caso não seja feito o diagnóstico precoce.Apresentaremos a seguir um caso de grave sangramento pré-peritoneal após tentativa de passagem de um cateter de Tenckhoff, necessitando de ressuscitação com controle de danos (damage control resuscitation) e cirurgia abreviada em virtude do grave comprometimento hemodinâmico. Relato do caso:Mulher, 78 anos, com mieloma múltiplo e doença renal crônica dialítica, procurou atendimento de urgência, 3 dias após tentativa sem sucesso de passagem de cateter de Tenckhoff, realizada em outro serviço, em quadrante superior esquerdo de abdome, sobre região de correção prévia de hérnia incisional com tela. Foi admitida com dor abdominal, astenia e confusão, apresentando abaulamento no hemiabdome esquerdo, choque hipovolêmico grau IV, anemia grave (Hb 3 g/dL), acidose metabólica e coagulopatia. A tomografia computadorizada evidenciou extenso hematoma no espaço pré-peritoneal à esquerda, estendendo-se do epigástrio até a pelve extraperitoneal (Espaço de Retzius), com sinais de sangramento ativo.Realizada ressuscitação segundo os princípios do controle de danos: hipotensão permissiva, infusão de pequeno volume de cristaloides, uso imediato de hemoderivados balanceados (1:1:1) e intervenção precoce. Em virtude da indisponibilidade de radiointervenção para embolização seletiva, optou-se por laparotomia exploradora, com ampliação da incisão prévia. Identificou-se volumoso hematoma posterior ao músculo reto abdominal esquerdo, com sangramento proveniente da artéria epigástrica superior. Optado por ligadura arterial, drenagem do hematoma, tamponamento pélvico pré-peritoneal com compressas e curativo com pressão negativa. A paciente foi estabilizada em UTI, com sucesso no controle do sangramento após reabordagens programadas e fechamento da parede abdominal após 23 dias.Conclusão:Os princípios de ressuscitação e cirugia com controle de danos, originalmente descritos para pacientes politraumatizados, puderam ser aplicados com sucesso a um caso de grave hemorragia pré-peritoneal associada à falha na tentativa de passagem de cateter de diálise peritoneal em uma doente idosa e com várias doenças associadas.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2453

TÍTULO DO TRABALHO: ROTURA DE ANEURISMA DA ARTÉRIA ESPLÊNICA: RELATO DE CASO.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: NAILTON GALDINO DE OLIVEIRA; MARCIO JOSE CARDOSO AMARAL; MAURO HENRIQUE DE SA ADAMI MILMAN; CAMILLY SCHWANZ WANDERMUREM; JOSE ROBERTO MELCHIORI BUCCO. HOSPITAL REGIONAL DE COTIA, COTIA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: os aneurismas das artérias viscerais são doenças raras. Dentre estes, o Aneurisma da artéria esplênica (AAE) é o mais frequente,respondendo por 60% dos casos, com maior prevalência no sexo feminino, portadores de hipertensão portal ou arteriosclerose e gestantes. Além disso, trauma e infecções são fatores fisiopatológicos comuns. O AAE é uma doença de curso quase sempre assintomático, muitas vezes descoberta acidentalmente em exame de imagem e que representa ameaça à vida pelo risco de rotura e sangramento.O AAE pode se tornar sintomático em 20% dos casos e se manifesta com dor em quadrantes superiores do abdome, ou, ainda, com irradiação da dor para região escapular esquerda. A dor pode progredir para lancinante quando há rotura com rápida progressão para dor em todo abdome, associada à choque hipovolêmico.O rompimento acontece em 3,0 a 9,6 % dos portadores, com mortalidade cirúrgica aproximada de 0,5% nos não-rotos e de 25% dos rotos.Relato de Caso: paciente do gênero masculino, 41 anos, portador de hipertensão portal, atendido na emergência de um hospital secundário do Estado de São Paulo, com queixa de dor torácica com irradiação para a região epigástrica e no exame físico apresentava dor à palpação da região epigástrica. Dezoito horas após admissão,evoluiu com choque hipovolêmico e queixa de dor lancinante difusa no abdome. Realizada ressuscitação hemodinâmica.Os exames laboratoriais evidenciaram anemia aguda. O paciente foi submetido à TC de abdome que evidenciou AAE roto de cerca de 1,5cm de diâmetro. Realizada laparotomia exploradora, que confirmou o diagnóstico tomográfico, observado grande quantidade de sangue livre em toda cavidade abdominal (mais de 2L), hematoma retroperitoneal e aneurisma da artéria esplênica. Realizada esplenectomia. No pós-operatório, ocorreu choque hipovolêmico refratário às manobras de ressuscitação e óbito.Conclusão: o aneurisma de artéria esplênica é uma dos diagnósticos diferenciais do abdômen agudo hemorrágico e exige rápida intervenção para reduzir o risco de desfecho letal.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 3008

TÍTULO DO TRABALHO: Rotura espontânea de Baço: Relato de Caso e Revisão Bibliográfica

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RENAN GUIMARAES ASSUNÇÃO CAMPOS1; TALITA SPOSITO DE OLIVEIRA2; VINICIUS VARGAS SANTOS1; CARLOS HENRIQUE TOLEDO NETTO1; DANIELA RODRIGUES SIQUEIRA1. 1. SANTA CASA SAO SEBASTIAO DO PARAISO, SAO SEBASTIAO DO PARAISO - MG - BRASIL; 2. SANTA CASA SSP, SAO SEBASTIAO DO PARAISO - MG - BRASIL.

RESUMO:
A ruptura espontânea do baço descrita por Edward Atkinson,1874, rara, difícil diagnóstico, mortalidade de 20%, devido ao retardo do diagnóstico. A REB por ser incomum é subdiagnosticada na ausência de trauma.Suas principais causas: infecciosa (30%); hematológica (27%), tumoral (11%); doenças digestivas (10%); reumatológica (4%) e demais. Fatores de risco:acima de 40 anos,sexo masculino,esplenomegalia, e etiológicos. O tratamento, em até 85% dos casos, é a esplenectomia.Revisão na literatura através Scielo,PubMed e UpToDate e laudo da anatomia patológica.RELATOPaciente masculino,56 anos,etilista. Admitido no PS com dor epigástrica intensa há um dia, de início súbito,contínua,piora progressiva e ventilatório-dependente.Ao exame físico abdome volumoso, rígido à palpação. A avaliação laboratorial inicial: eas normal; hb 10,0, ht 29, leuco11.156 sem desvios,plaquetas156.000,amilase 48,lipase 28,PCR 1:32; TGO 230;TGP 280;GGT 120;FA 110. A avaliação inicial era incompatível com os resultados laboratoriais, o que incitou a realização de TC de abdome, ressaltando esplenomegalia, fígado contornos irregulares e ausência de líquidos livres.O paciente foi reavaliado, exibindo melhora da dor, mantido em observação. No quinto dia de internação. a novo hemograma: hb: 7,4, ht: 25,0, sem sangramento evidente, o que determinou a indicação de laparoscopia. O procedimento foi realizado sem intercorrências, exame normal, com exceção de esplenomegalia moderada, sem sangramento intra-abdominal, mas agora com ascite volumosa, que não foi evidenciada na primeira TC abdome.O paciente evoluía bem no primeiro dia após a laparoscopia , sendo solicitado novo hemograma, que revelou: hemoglobina: 4,1 g/dL, hematócrito: 13,1%; INR 3,2. Foi realizada, então hemotransfusao e laparotomia exploradora, sendo visualizado volumoso hematoma esplênico; e restante da cavidade sem alterações. Realizada esplenectomia.O exame anatomopatológico : baço de 1300 g, cápsula lisa e vascularizada, cortes com extensas zonas de hemorragia e microscopicamente: hemorragia formando massa subcapsular.Acredita-se que a ruptura do baço seja causada pela infiltração esplênica, consumo de fatores de coagulação e severa trombocitopenia, que resultaram em hemorragias intraesplênicas e subcapsulares que acabaram evoluindo para rotura do baço, dissecando a cápsula do baço.CONCLUSÕESA REB, apesar de se tratar de entidade rara, não deve ser subestimada, pois seu diagnóstico tardio resulta em alta taxa de mortalidade.

CODIGO DO TRABALHO: 2631

TÍTULO DO TRABALHO: ROTURA INTESTINAL ESPONTÂNEA EM PACIENTE COM ARTERITE DE TAKAYASU

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LEANDRO MARCHETTI BRUNO; MAURÍCIO MACHADO GARCIA JUSTO; PATRÍCIA PEÑA VALDA; ANTONIO KNEIPP PITTA DE CASTRO NETO; ANIELA RODRIGUES GOMES DE BARROS; MARIA DE FÁTIMA REI PEREIRA BARROS; JOÃO BOSCO LOPES DE BARROS; ARMANDO PORTO CARREIRO DE SOUZA. HOSPITAL CENTRAL DA POLÍCIA MILITAR - RIO DE JANEIRO (HCPM-RJ), RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A Arterite de Takayasu (AT) é uma rara doença autoimune manifestada como vasculite sistêmica de grandes vasos, acometendo mais comumente a Aorta e seus grandes ramos. No presente caso, a paciente apresentou isquemia de alças de delgado e retossigmóide com rotura espontânea retal.Relato do Caso: Paciente A.P.S.C.G., sexo feminino, 46 anos, HAS, DRC em HD, em tratamento de AT, chega à Emergência com dor e distensão abdominais. Lúcida, deambulando, sem leucocitose; abdome algo distendido, pouco doloroso, com defesa. TC de Abdome: pneumoperitônio e dilatação de delgado.Submetida à laparotomia exploradora (urgência), identificou-se rotura de reto alto sem lesão aparente, com peritonite fecal volumosa bloqueada e focos purulentos esparsos. Realizadas retossigmoidectomia à Hartmann e lavagem de cavidade. Durante a cirurgia, identificou-se isquemia e hipoperistalse de alças de delgado, sendo realizada enterectomia e ileostomia (deixando parte do cólon sem função terminando na colostomia).Evoluiu com hipotensão, dependente de amina e ventilação mecânica. Após 6 horas no CTI, obteve melhora importante, extubada e normotensa sem amina. Acompanhada com fisioterapia, nefrologia e nutrição, recebeu alta para quarto em 18 dias e domiciliar em 30.Histopatológico: perfuração (2x1cm) de reto a 3,5cm da margem excisada (margem livre) com necrose transmural, afluxo inflamatório misto e peritonite com deposição de fibrina e edema de submucosa; Delgado com peritonite, afluxo neutrofílico e deposição de fibrina; todas as peças com vasocongestão de mucosa.Com 6 meses de acompanhamento ambulatorial, realizou AngioTC de abdome que evidenciou hipoperfusão intestinal difusa: Artéria Mesentérica Inferior com reabitação de seus ramos através de colaterais; Mesentérica Superior com estreitamento e oclusão de terço médio; Ilíaca Comum Esquerda com estenose acentuada em segmento médio; Hipogástricas ocluídas; Tronco celíaco estreitado; Hipertrofia da Arcada de Riolan.A doença arterial avançada contraindicou a reconstrução do trânsito. A paciente mantém-se estável, em acompanhamento (há 8 meses), em corticoterapia, sem novos eventos intestinais.CONCLUSÃO:O acometimento intestinal da A T deve ser conhecido. Embora seja descrita relação com Retocolite Ulcerativa na literatura, a rotura intestinal espontânea é rara. Deve-se avaliar com critério o paciente com dor abdominal, pois o quadro clínico pode não corroborar a real gravidade da urgência cirúrgica.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 482

TÍTULO DO TRABALHO: Ruptura intragastrica de aneurisma gigante da artéria esplênica

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: HEITOR FERNANDO XEDIEK CONSANI1; MARILIA COLTURATO CLETO2; YASMINE HENRIQUES DE FIGUEIREDO REBECCHI2. 1. CENTRO CIRURGIA DA HÉRNIA E UNIDADE REGIONAL DE EMERGENCIA - CHS, PIRACICABA - SP - BRASIL; 2. UNIDADE REGIONAL DE EMERGENCIA - CHS, SOROCABA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Os aneurismas gigantes de artéria esplênica são na maioria dos casos assintomáticos, apresentam-se em maior incidência no sexo feminino, estão relacionados com a gravidez, forte associação com hipertensão portal, distúrbios do tecido conjuntivo, aterosclerose, pancreatite, trauma e transplante de fígado. Sua etiologia ainda é desconhecida.Apresentamos um caso de paciente com diagnostico de entrada de hemorragia digestiva alta que durante a endoscopia alta com abaulamento gástrico e ulceração sem sinais de sangramento ativo ou recente no presente exame. Solicitado tomografia para avaliação deste abaulamento que cujo diagnostico foi presença de formação expansiva, de contornos lobulados e limites parcialmente definidos, junto ao bordo superior do pâncreas, atingindo cerca de 9,7cm no seu maior eixo essa formação apresentava captação e extravasamento de contraste, feito a hipótese de aneurisma de artéria esplênica roto e indicado cirurgiaNa sala de cirurgia apresentou nova hda com hipótese de rotura intragastrica do aneurisma.Feita cirurgia e comprovada a hipótese diagnostica , feita esplenectomia rafia gástrica e tratamento do aneurisma, paciente evoluiu bem tendo alta no 5 pos operatório.O objetivo do tratamento consiste em exclusão do aneurisma, reconstrução da artéria e preservação do baço, porém, a exposição da artéria esplênica pode ser de difícil alcance pela presença de grande hematoma perisplênico e peritoneal, o que geralmente está associado a quadro de hipotensão grave.O melhor manejo consiste na intervenção cirúrgica, seja do modo tradicional ou supracelíaco endovascular aórtico com esplenectomia para controle da hemorragia e evitar o óbito do paciente.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 808

TÍTULO DO TRABALHO: SARCOMA DE EWING, ACOMETENDO MÚSCULO PSOAS E COM EROSÃO DO ILÍACO - RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JULIANA CARREIRO CARVALHO1; JOÃO MANOEL SANTOS BOTELHO2; RICARDO DIAS BORGES2; JESSIKA RODRIGUES TAUHATA2; DÉBORA COELHO DUARTE2; JULIANE LOPES DO NASCIMENTO2; NADER NAZIR SULEIMAN2; RONE ANTONIO ALVES ABREU2. 1. INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS, IMPERATRIZ - TO - BRASIL; 2. ITPAC, ARAGUAINA - TO - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Os sarcomas de partes moles são neoplasias mesenquimais raras que apresentam menos de 1% de todos os tumores sólidos, surgindo nos osso e em partes moles. São mais comuns nos extremos de idade, com pico de incidência entre a quinta e sexta década de vida. Possuem diagnóstico tardio, levando assim a uma baixa expectativa, onde sua conduta terapêutica depende do tamanho da lesão, variando tanto de uma conduta expectante, cirurgia, radio e quimioterapia neoadjuvante e/ou paliativa. Foi feita então, consulta retrospectiva em prontuário do caso, obtendo dados dos exames de imagem e anatomopatológico e da conduta cirúrgica empregada. RELATO DE CASO: Masculino, 21 anos, sem comorbidades, com queixa de dor pélvica à direita com irradiação para membro inferior direito, desde o glúteo até a face medial da coxa, com evolução de 8 meses e piora progressiva relacionada a deambulação. Conta perda ponderal significativa nesse período, mas não mensurada, e sintomas álgicos refratários a medicação. Procurou atendimento em seu município onde foi diagnosticado com uma massa em retroperitônio, sendo encaminhado ao serviço de referência. Ao exame, paciente com massa palpável em flanco direito, edema leve em membro inferior direito até a bolsa escrotal. Realizado tomografia computadorizada de pelve, que evidenciou lesão expansiva com densidade de partes moles e heterogênea, medindo 17,0 x 10,0 x 11,9 cm. A lesão apresentava íntima relação com o músculo íliopsoas, com aspecto infiltrativo e área de osteólise na asa do ilíaco e infiltração também do músculo glúteo mínimo e médio, excedendo efeito expansivo sobre os vasos ilíacos desse mesmo lado, sem aparente infiltração dos mesmos. O anatomopatológico sugeriu neuroectoderma primitivo (PNET) / Sarcoma de Ewing, que foi posteriormente confirmado por imunohistoquímica. A conduta empregada foi quimioterapia neoadjuvante com posterior hemipelvectomia tipo 2 à direita. CONCLUSÃO: Devido a sua localização, os sinais e sintomas desse tumor apareceram mais tardiamente, por compressão, e invasão. A origem neuroectodérmica não é habitual nos sarcomas em geral, contudo, esse dado foi primordial para guiar a intenção do tratamento neoadjuvante, onde essa histologia responde bem à quimioterapia. Com isso, ressecções com perspectiva de margem ideal tem uma taxa de controle local em 85% a 90%.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2471

TÍTULO DO TRABALHO: Sinal de Chilaiditi. Relato de raro sinal clinico-radiológico abdominal.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LAURA TIMM JUNQUEIRA1; GERSON JUNQUEIRA JUNIOR2; MARCIUS PRESTES3; CARLA BOCHI2; MARIENE CENTENO ABEL4; RODOLFO DOS SANTOS MONTEIRO4; CARLOS ARTURO MOLINA OSPINO3; NADIA GABRIELE RUDNICK2. 1. UNISC, SANTA CRUZ DO SUL - RS - BRASIL; 2. SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL E DIGESTIVA. HOSPITAL MÃE DE DEUS., PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 3. SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA. HOSPITAL MÃE DE DEUS., PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 4. UFCSPA, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O sinal de Chilaiditi é definido como a interposição permanente ou temporária do cólon ou do intestino delgado entre o fígado e o rebordo costal diafragmático direito. Descrito pela primeira vez na literatura médica pelo radiologista grego Demetrius Chilaiditi em 1910, o sinal é encontrado em 0,025% a 0,28% da população em qualquer faixa etária, aumentando levemente nos maiores de 60 anos, sendo mais comum em homens do que em mulheres na relação de 4:1. A patogênese dessa distorção anatômica pode ser resultado de disfunções funcionais como constipação crônica, aerofagia, cirrose, paralisia diafragmática, doença pulmonar obstrutiva crônica, obesidade, multiparidade e ascite. Quando associado a sintomas como dor abdominal, náuseas, dor retroesternal, sintomas respiratórios, vômitos, distensão abdominal, obstrução ou suboclusão intestinal, designa-se síndrome de Chilaiditi. O presente relato apresenta um caso de paciente com sinal de Chilaiditi diagnosticado por meio de angiotomografia arterial pulmonar com contraste no Hospital Mãe de Deus, em Porto Alegre.Relato de Caso: L.F.M., 72 anos, masculino, branco. Paciente com história prévia de HAS, gota, Hepatite B e DPOC e em uso crônico de losartana, alopurinol, finasterida e sinvastatina. Paciente procurou atendimento na emergência do hospital por infecção do trato respiratório inferior e hipoxemia. Sem queixas digestivas e/ou urinárias no momento da internação. Com a suspeita clínica de tromboembolismo pulmonar, realizou, entre outros exames, angiotomografia arterial pulmonar (com contraste), em que se visualizava a imagem do cólon transverso interposto entre o diafragma e o fígado. Sem outras alterações radiológicas. Não apresentava no momento do exame qualquer sinal ou sintoma abdominal relevante.Conclusões: O sinal de Chilaiditi normalmente é diagnosticado em um exame radiológico de tórax ou abdômen ou em tomografia computadorizada e o paciente é assintomático. A sua incidência é de 0,025% a 0,28% nos exames radiológicos em todas as idades, sendo mais comum em homens. A associação desse sinal com sintomas clínicos caracteriza a síndrome de Chilaiditi.

CODIGO DO TRABALHO: 1073

TÍTULO DO TRABALHO: SÍNDROME DA ARTÉRIA MESENTÉRICA SUPERIOR: RELATO DE CASO CAUSADO POR BRIDA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: TATIANA MIE MASUKO1; DIEGO INÁCIO GOERGEN1; CAMILA GUERESI TREVISAN2; LUANA BRINGHENTI1; JOHANNA JOHANN1; FERNANDO JOSÉ SAVÓIA DE OLIVEIRA1; RODRIGO DE PIERI COAN1; FELIPE DE SOUSA JUNQUEIRA3. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 3. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A síndrome da artéria mesentérica superior (SAMS), ou Síndrome de Wilkie, é causa rara de obstrução intestinal alta. Sua etiologia pode ser secundária a qualquer condição que diminui o ângulo entre artéria mesentérica superior (AMS) e aorta. RELATO: Paciente feminina, 60 anos, diabética, hipertensa, com arritmia, apresenta adenocarcinoma de reto inferior, sendo realizada neoadjuvância com quimioterapia e radioterapia. Após retossigmoidectomia com anastomose primária e confecção de ileostomia protetora, iniciou quadro sugestivo de oclusão intestinal alta no 7º dia de pós-operatório. Realizou Tomografia Computadorizada que apresentava redução abrupta do ângulo aortomesentérico. EDA demonstrou estômago com líquido bilioso e presença de trave com retração cicatricial, adjacente ao piloro, modificando a anatomia do antro. O duodeno com aparente aumento da luz do bulbo e segunda porção, sem identificação de ponto obstrutivo até D2. Enteroscopia mostrava estreitamento da luz na terceira porção duodenal, observando-se área pulsátil nesta região. A paciente foi levada para laparotomia, onde foram visualizadas e corrigidas aderências fibróticas que envolviam a terceira porção duodenal, aderidas à aorta, causando evidente compressão duodenal por diminuição do ângulo aortomesentérico. Paciente evoluiu bem no pós-operatório, com boa aceitação da dieta, recebendo alta no 8º dia de pós-operatório da lise de aderências. DISCUSSÃO: A SAMS foi descrita por Von Rokitanski em 1861, tendo incidência variando entre 0.013-0,3%. A AMS deixa a aorta em um ângulo agudo fechado, através do qual a terceira parte do duodeno passa, ficando vulnerável a um pinçamento. A existência de tecido linfático e adiposo retroperitoneal entre a AMS e aorta promove um coxim protetor à compressão extrínseca ao duodeno. Qualquer condição que leve à perda dessa gordura retroperitoneal e tecido linfático provoca a compressão de D3. A SAMS pode apresentar manifestações agudas, agravadas pela alimentação e aliviadas com a mudança postural. Há ainda manifestações crônicas: perda de peso, vômitos, perda de apetite e dor abdominal pós-prandial. O tratamento conservador é possível com NPT e descompressão por sonda nasogástrica, existindo várias opções cirúrgicas se houver falha. Estas incluem procedimento de Strong, que consiste da retirada do duodeno do pinçamento arterial, gastrojejunostomia e duodenojejunostomia com ou sem divisão ou ressecção da quarta parte do duodeno.

CODIGO DO TRABALHO: 2982

TÍTULO DO TRABALHO: SÍNDROME DA CAUDA EQUINA CAUSADA POR COMPRESSÃO DE HÉRNIA DE DISCO LOMBAR

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CAMILLA RIBEIRO DE OLIVEIRA; LUIZ HENRIQUE TORRES COTA; THAIANA MANSUR BOTELHO DE CARVALHO MENDONCA; ROBERTO SALVADOR DE SOUZA GUIMARÃES. UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO, ALFENAS - MG - BRASIL.

RESUMO:
ResumoA síndrome da cauda equina apresenta como sintomas dor lombar intensa frequentemente acompanhada de ciatalgias, anestesia em sela, disfunção esfincteriana e sexual e fraqueza de membros inferiores. A confirmação diagnóstica é feita através de exames complementares como tomografia computadorizada e ressonância magnética (padrão-ouro). Trata-se de urgência, sendo a descompressão cirúrgica, que se realizada antes de 48 horas do início dos sintomas, reduz consideravelmente os danos neurológicos e melhora o prognóstico do paciente.ObjetivoDescrever o caso de um paciente submetido a laminectomia parcial para descompressão após 48h do início dos sintomas.MétodoMRB, 35 anos de idade, masculino. Há um ano iniciou com dor na região lombar, de forte intensidade, com irradiação para membro inferior esquerdo, piora diante médios esforços e discreta melhora após uso de analgésicos. A dor foi tornando-se incapacitante nos últimos meses, sem alívio após posições antálgicas ou analgésicos e associada a hipoestesia da região posterior do membro inferior esquerdo. Nos dois últimos dias, iniciou quadro de retenção urinária, constipação, anestesia em sela, ciatalgia contínua e anestesia plantar. Antecedentes patológicos: sem doenças prévias. Hábitos de vida: referia permanecer sentado com postura incorreta por muito tempo. Exame físico: REG, corado, hidratado, boa perfusão capilar, com fáscies álgica. ACV: BRNF em 2t sem s/e/c; AR: MVF s/ RA; AGI: RH+, com presença de bexigoma e dor a palpação superficial e profunda da região supra púbica. Exame neurológico: Lasegue+ (MIE), Kernig+ (MIE), anestia em sela, hipoestesia da região posterior do MIE, anestesia plantar, hiporreflexia osteotendinosa patelar bilateral (+) e diminuição do reflexo Aquileu bilateral (++). RM da coluna lombossacral: abaulamentos discais difusos retificando a face ventral do saco dural, destacando-se componente extruso posteromediano/ paramediano esquerdo em L5-S1, compressão da raiz nervosa emergente de S1 à esquerda e contato com a de S1 à direita e emergente de S2 à esquerda. Paciente foi submetido a laminectomia parcial para descompressão.ResultadoO prognóstico é determinado pelos sintomas na sua admissão, principalmente nos casos de evolução atípica. Paciente referiu melhora da ciatalgia e da retenção urinária, porém sem melhora da anestesia em sela. Permaneceu com hipoestesia em região posterior de MIE e discreta melhora da bexiga neurogênica seguindo orientações do serviço de fisioterapia.

CODIGO DO TRABALHO: 3127

TÍTULO DO TRABALHO: SÍNDROME DE FOURNIER EM IDOSO PORTADOR DE DIABETES MELLITUS TIPO 2: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FLÁVIO DE PÁDUA BRITO DE FIGUEIREDO ALMEIDA1; FRANCISCO DE ASSIS SILVA SEGUNDO1; ARTUR PUZISKI FERREIRA DE MELO1; DAVI LIMA MEDEIROS1; ANNA LUIZA PORTELA TARGINO1; LUCAS VILLAR DE MELO2; ERNESTO DE SOUZA DINIZ NETO3; GILDO ROMERO PEREIRA DE MELO4. 1. DISCENTE DA FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE/PB, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. DISCENTE DE MEDICINA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA - UNIPÊ, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 3. MÉDICO RESIDENTE EM CIRURGIA PELA FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA (FAMENE), JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 4. MÉDICO CIRURGIÃO PELA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA (UFPB), JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇAO: A Síndrome ou Gangrena de Fournier (GF) é uma condição rara, caracterizada por um início agudo e rápida progressão para sepse fulminante, com elevada morbimortalidade. Pode ser classificada em primária, quando não há causa identificada, e secundária, quando se descobrem fatores causadores. Não é exclusiva em homens, apesar de ter uma alta prevalência para esse sexo (10:1). Alguns fatores de risco podem ser citados, como trauma local, infecção geniturinária, imunossupressão e, principalmente, a Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2). É composta por uma infecção polimicrobiana, com causa identificada em 95% dos casos, originada nas regiões genital e perineal. O diagnóstico é baseado em achados clínicos e do exame físico. Testes laboratoriais são inespecíficos, mostrando geralmente anemia, leucocitose, trombocitopenia, hiperglicemia, hiponatremia, hipocalemia, azotemia e hipoalbuminemia. RELATO DO CASO: Paciente masculino, 71 anos, portador de DM2, é admitido em Hospital Público de João Pessoa (PB) com história de dor e edema em bolsa escrotal há 4 dias, apresentando Estado Geral Regular (EGR) e sem grandes alterações. Ao exame físico, é observado tecido necrótico e sinais flogísticos em região escrotal. Hemograma constata leucocitose de 20.000, com desvio à esquerda. Diagnosticada a GF, foi feito o desbridamento cirúrgico e antibioticoterapia com Ciprofloxacino e Metronidazol. Após o procedimento cirúrgico, o paciente evoluía bem e sem queixas, mas ao 7º. Dia Pós Operatório (DPO), referiu alucinações auditivas, sendo suspensa a administração do Diazepam, usado para tratar a insônia; evoluiu bem, sem outras complicações. No 20º. DPO, a Ferida Operatória (FO) apresentava-se com fibrina e tecido de granulação; realizada reconstrução plástica da bolsa escrotal com enxerto de pele originado da coxa, tendo boa aceitação do enxerto. CONCLUSÃO: Diante do caso, mostra-se evidente a importância de uma intervenção correta e rápida em pacientes acometidos pela GF, devido ao grande risco da infecção polimicrobiana disseminar sistematicamente, justificando a grande mortalidade. Realizado desbridamento cirúrgico e antibioticoterapia de amplo espectro, com posterior reconstrução plástica por enxertia e boa evolução.

CODIGO DO TRABALHO: 1691

TÍTULO DO TRABALHO: SÍNDROME DE FURNIE: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RONALDO RODRIGUES ZACARIAS1; HAMILTON LUIZ XAVIER FUNES1; FERNANDA RIBEIRO FUNES1; JONAS DIAS CAMPOS SEVERI1; FERNANDO BATIGALIA2; CARLOS HENRIQUE DOS REIS CONTE1; DANIEL AUGUSTO DE FERNANDES1; FABIANO DE ALMEIDA FERRARI1. 1. IELAR - HOSPITAL ESPIRITA NOSSO LAR, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL; 2. 2. FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO (FAMERP), SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL.

RESUMO:
A Síndrome de Furnier (SF), também denominada de Gangrena de Fournier, fasceíte necrosante ou Síndrome de Mellené é causada por infecção polimicrobiana (anaeróbica e aeróbica) com tropismo por tecidos moles da região perineal. Possui etiologia idiopática ou associada principalmente a doenças sistêmicas, imunossupressão, trauma mecânico, procedimentos cirúrgicos e infecções urinárias ou perianais. Prevalece notavelmente no sexo masculino (10:1), com média de 50 anos de idade, e seu diagnóstico é clínico. O presente estudo tem por finalidade relatar caso de SF. Paciente do sexo feminino de meia idade, diabética, insulino-dependente descontrolada, com ardência perianal e presença de nódulo glúteo com sinais flogísticos indicativos de celulite, confirmada por ultrassonografia. Foram programados desbridamentos cirúrgicos locais seriados, com coleta de secreção para cultura (que indicou presença de Streptococcus agalactiae), antibioticoterapia de amplo espectro e evolução favorável. A despeito do tratamento, fasceíte necrotizante associada à SF permanece com mortalidade entre 25% e 52%, o que justifica a identificação precoce de suas manifestações cutâneas, uma vez que a infecção se dissemina através dos planos fasciais.

CODIGO DO TRABALHO: 2481

TÍTULO DO TRABALHO: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA E ULTRASSOM EM APENDICITES EM UM HOSPITALSECUNDÁRIO DA GRANDE SÃO PAULO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MONICA DE OLIVEIRA MELO; MAURO HENRIQUE DE SA ADAMI MILMAN; MARCIO JOSE CARDOSO AMARAL; LUCAS CARTAFINA BARBOSA DE SOUSA; RENATHA PAIVA DE CASTRO; JOSE ROBERTO MELCHIORI BUCCO. HOSPITAL REGIONAL DE COTIA, COTIA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Objetivos: analisar a acurácia da tomografia computadorizada ? TC ? e ultrassom ? USG ? no diagnóstico de apendicites e o seu impacto no intervalo de tempo entre a admissão hospitalar e a cirurgia e tempo de internação.Materiais e Método:estudo observacional retrospectivode prontuários eletrônicos de pacientes submetidos à apendicectomia no período de abril de 2014 a abril de 2015. Os resultados foram submetidos à análise estatística. Resultados:a apendicectomia foi realizada em 108 pacientes (61,1% homens).Os exames de imagem (ultrassom e/ou tomografia) foram realizados em 79,6% dos pacientes.O tempo médio entre admissão hospitalar e realização destes exames de imagem foi de 9 horas. A sensibilidade da TC (n=72) foi de 72% e do USG (n=24), 52%. A especificidade da TC foi de 62,5% e do USG 100%. A acurácia da TC foi de 70,8% e do USG, 58,3%. Os pacientes que não realizaram estes 2 exames de imagem (20,4%) tiveram tempo médio entre admissão hospitalar e cirurgia de 11 horas; os submetidos apenas à USG (13%), 15 horas; os submetidos apenas à TC (57,4%), 28 horas e os submetidos à USG e TC (9,2%) foi de 49 horas (pConclusões: a TC e o USG apresentaram acurácia limitada. Os pacientes submetidos a estes exames foram apendicectomizados mais tardiamente e permaneceram internados por mais tempo.Bibliografia:1. SAMMALKORPI etal.A new adult appendicitis score improves diagnostic accuracy of acute appendicitis ? a prospective study. In BMCGastroenterology 2014, 14:114; 2. BORGES, Ricardo Salgueiro et al. Relevância da ultrassonografia no diagnóstico pré-operatório da apendicite aguda. Rev. Med. Res. Curitiba; 3. PAAJANEM, Hannu et al. A prospective randomized controlled multicenter trial comparing antibiotic therapy with appendectomy in the treatment ofuncomplicated acute appendicitis (APPAC trial). BMC Surgery. 2013. 13:3.27.

CODIGO DO TRABALHO: 555

TÍTULO DO TRABALHO: TORÇÃO DE HIDÁTIDE DE MORGANI: UM IMPORTANTE DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL NO ESCROTO AGUDO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ROBSON FELTRIN1; JOSÉ MARIO CENI BARRETO2; ARTHUR CONTE KASPER3; AMANDA CAROLINE DAMAS TABORDA4; CAROLINE GARGIANI BARRETO5. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL, CURITIBANOS - RS - BRASIL; 2. DIRETOR CLÍNICO E UROLOGISTA NO HOSPITAL SÃO PAULO DE LAGOA VERMELHA, LAGOA VERMELHA - RS - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA, TUBARÃO - SC - BRASIL; 4. UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL, PASSO FUNDO - RS - BRASIL; 5. UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL, LAGOA VERMELHA - RS - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A Hidátide de Morgani (HM) é um remanescente embrionário localizando no polo superior do testículo. Sua torção ocorre com maior frequência durante a adolescência com dor de início insidioso e sinais inflamatórios mínimos, podendo ocorrer ponto com dor à palpação, o qual apresenta normalmente coloração azulada (?blue dot?). Utiliza-se o ecodoppler para diagnosticar ou excluir possível torção testicular. O tratamento é sintomático, com a utilização de anti-inflamatórios, antibióticos, repouso e elevação escrotal. RELATO: Paciente masculino, de 11 anos, previamente hígido, atendido dia 14 de setembro de 2016 na emergência do Hospital São Paulo de Lagoa Vermelha ? RS, queixava-se de intensa dor localizada na região esquerda de bolsa escrotal, iniciada há 2 horas, sem fatores aliviantes e sem melhora com analgésicos comuns. Negava disúria, febre, náuseas, vômitos, diarreia, dor lombar, corrimento uretral ou alteração macroscópica da urina. Referia um episódio pregresso semelhante há 4 anos, quando a mesma dor obteve melhora com analgesia realizada na mesma emergência e cujo ultrassom doppler (USD) de bolsa escrotal fora normal ? SIC. À inspeção, havia edema e aumento da bolsa escrotal esquerda em relação à direita, sem sinais flogísticos e ausência do sinal do ponto azul. À palpação apresentava dor, sem melhora após elevação do testículo (ausência de sinal de Prehn). Com o diagnóstico de escroto agudo, após receber analgesia endovenosa com tramadol 100mg, solicitou-se USD, o qual revelou TESTÍCULO ESQUERDO TÓPICO, DE CONTORNOS LIVRES, VOLUME NORMAL, PARÊNQUIMA HOMOGÊNEO, SEM MASSAS OU CALCIFICAÇÕES. APRESENTAVA, EM POLO SUPERIOR NÓDULO HETEROGÊNEO, MEDINDO 1,9 X 1,4CM, CARACTERÍSTICO DE PROCESSO INFLAMATÓRIO AGUDO (PROVÁVEL TORÇÃO DE HIDÁTIDE DE MORGANI). Ao exame Doppler, mostrou-se circulação testicular normal bilateral. Não apresentou alterações em testículo direito. O paciente ficou 24h em observação, evoluindo com melhora completa dos sintomas, sendo liberado com receita de cetoprofeno 100mg de 12/12h por 5 dias, lisador: 1 comprimido de 6/6h se dor e ciprofloxacino 500 mg de 12/12h por 7 dias. Foi ainda encaminhado ao ambulatório de urologia, aonde faz acompanhamento. CONCLUSÃO: A torção da HM compõe diagnóstico diferencial do escroto agudo. Este pode ser causado por uma torção testicular, que possuí caráter de urgência no tratamento, enquanto o tratamento da torção de HM é de manejo clínico.

CODIGO DO TRABALHO: 1672

TÍTULO DO TRABALHO: TORÇÃO TESTICULAR CRIPTORQUÍDEA: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE APENDICITE AGUDA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: TULIO DOS SANTOS CARNEIRO; DAVID SUCUPIRA CRISTINO; CAMILA PACHECO E SOUZA DA SILVA; THIAGO D`ADDAZIO MACHADO; GUILHERME COSTA E SILVA; STEPHANIE GIULIANNE SILVA MORELLI; MAURICIO ANDRADE AZEVEDO. CONJUNTO HOSPITALAR DO MANDAQUI, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução:A incidência de criptorquidia é de 2-5% dos recém-nascidos a termo, diminuindo essa incidência para 1% após 1 ano de vida. Os testículos intra-abdominais, representam 10% dos testículos não descidos, com a possibilidade de torção levando a intervenção cirúrgica de urgência. Relato de Caso:Paciente de 15 anos, sexo masculino, nascido a termo e portador de anomalias congênitas, com história de cirurgia para criptorquidia a direita na infância, evoluiu com quadro de abdome agudo inflamatório, sendo realizado investigação clínico/laboratorial/imagens com hipótese diagnóstica de apendicite aguda. No ato operatório foi evidenciado apêndice cecal sem alterações, porém com testículo direito intra abdominal necrótico com torção de cordão espermático. Conclusão:Dentre esses múltiplos diagnósticos diferenciais, a torção testicular intra-abdominal não é citada, ressaltando a 9 importância e raridade do caso relatadoDescritores: Criptorquidia. Abdome agudo. Apendicite aguda. Torção de cordão espermático.1- RODRIGUES FONTES, Carlos Edmundo et al. Abdome agudo por torção de testículo criptorquídico em adulto. [S.l.: s.n.], 2010. 3 p.2- MAA, John; KIRKWOOD, Kimberly S. O apêndice. In: TOWNSEND, CM et al. Tratado de Cirurgia. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. cap. 49, p. 1252-1265.3- OLUMI, Aria F.; RICHIE, Jerome P. Cirurgia Urológica. In: TOWNSEND, CM et al. Tratado de Cirurgia. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. cap. 77, p. 2109-2142.4- HAMPL, Daniel; KOIFMAN, Leandro; ALMEIDA, Ricardo de. Escroto agudo: diagnostico diferencial e tratamento. In: NARDI, Aguinaldo Cesar et al. Urologia Brasil. [S.l.: s.n.], 2013. cap. 38, p. 413-418.5- HAOUES, Noomen et al. Torsion testiculaire en intra-abdominale simulant une appendicite aigue.esticulaire en intra-abdominale simulant une appendicite aigue.Disponível em: >. Acesso em: 05 jan. 2017.

CODIGO DO TRABALHO: 2895

TÍTULO DO TRABALHO: Tratamento Clinico para apendicite : um relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DANIEL DANTAS DE OLIVEIRA1; MONICA MAZZURANA BENETTI2; BARBARA ALVES RHOMBERG3; HEITOR FRANCO DE GODOY2; AMER ABDUL BASSET EL KHATIB2; BRUNO BARREIRO2; GUINES ANTUNES ALVAREZ2; JOÃO PAULO PINHEIRO ORTEGA2. 1. HOSPITAL GUILHERME ÁLVARO, SANTOS - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL GUILHERME ALVARO, SANTOS - SP - BRASIL; 3. FUNDAÇÃO LUSIADA, SANTOS - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A apendicite aguda é uma causa comum de dor abdominal aguda e a causa mais freqüente de cirurgia abdominal de emergência. Sabe-se que seu manejo tradicional é a apendicectomia, mas que o uso de antibióticos apresenta papel fundamental no seu manejo. Nas duas últimas décadas, tem sido publicado um número crescente de evidências sobre o uso de antibióticos como tratamento exclusivo para a apendicite aguda. O objetivo desse relato é apresentar caso clinico de paciente com apendicite aguda tratada clinicamente e discutir aspectos relevantes.RELATO DE CASO: I.U.D.S, masculino, 58 anos, hemofílico, diabético, ex etilista/tabagista deu entrada no PS com queixa de dor em FID há 4 dias. Sem alteração do hábito intestinal, náuseas, vômitos, febre e ou disúria. Ao exame físico apresentava abdome plano e doloroso à palpação da FID com massa palpável endurecida na mesma região, RHA diminuídos e DB-. Havia a presença de hérnia inguinal bilateral sem sinais de encarceramento. A primeira hipótese diagnostica foi tumor de colón direito e para tal finalidade diagnóstica solicitou-se tomografia de abdome. A tomografia evidenciou espessamento apendicular na FID com gás em seu interior, densificação de planos adiposos regionais, espessamento do peritônio e do ceco com sinais de ruptura do apêndice com pequena coleção retrocecal e bolhas de pneumoperitônio, ou seja, laudo sugestivo de apendicite aguda bloqueada. Optou-se por tratamento não operatório, já que se tratava de paciente com clinicamente estável, sem sinais de sepse grave, plastrão palpável e com pequena coleção bloqueada. Foi iniciado antibioticoterapia com Rocefin e Flagyl por sete dias e o paciente evoluiu clinicamente de forma satisfatória. Realizou-se TC de controle ao final desse período que evidenciou leve espessamento e realce parietal na topografia ileoceco-apendicular associada à densificação dos planos adiposos e linfonodos locais sugestivos de processo inflamatório infeccionado.Nesta data, o paciente teve alta com prescrição de ciprofloxacino e flagyl po via oral, além de ser orientado a retornar em sete dias 7 dias para controle tomográfico. Ao retorno, o paciente seguiu assintomático e TC não evidenciou sinais inflamatórios ou infecciosos, demonstrando melhora radiológica e clinica com o uso de antibioticoterapia.CONCLUSÃO:Tratamento não cirurgico da apendicite como única estratégia, tem como objetivo reduzir os custos e diminuir as complicações relacionadas à cirurgia ou à ressecção do órgão.

CODIGO DO TRABALHO: 605

TÍTULO DO TRABALHO: TRATAMENTO DE ENDOMETRIOSE POR LAPAROSCOPIA: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LUNNA OLIVEIRA SANTOS1; STEPHANIE ARAUJO MARQUES1; ISABELLA PAIVA PALMEIRA1; RENATA LIMA BATALHA DE ANDRADE1; DANILLO PRIMO ANDRADE SANTANA2; GABRIELA OLIVEIRA PEIXOTO1; LUCAS LEAL VARJÃO2; SONIA OLIVEIRA LIMA1. 1. UNIVERSIDADE TIRADENTES, ARACAJU - SE - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE, ARACAJU - SE - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A endometriose é uma doença benigna crônica nas mulheres em idade reprodutiva que leva à diminuição da qualidade de vida, à infertilidade e caracteriza-se pela presença de tecido endometrial fora da cavidade uterina, que pode se apresentar de forma difusa, com implantes pélvicos ou de forma localizada (endometrioma). A doença acomete mais freqüentemente ovários, peritônio pélvico e ligamentos útero-sacros e, de modo menos comum, intestino, bexiga, diafragma, vagina e parede abdominal. O manejo atual da endometriose é baseado em tratamento clínico e intervenção cirúrgica. O tratamento cirúrgico é indicado para confirmar o diagnóstico da doença e para manejar as pacientes não responsivas ao tratamento clínico. A dor pélvica associada à endometriose pode ser reduzida pela remoção completa das lesões, nos casos de doença infiltrativa profunda e severa. Relato de Caso: Realizou-se ooferectomia direita, miomectomia uterina e salpingectomia direita em virtude do método ser menos traumático e da possibilidade da existência de aderências. Após realização da antissepsias e sondagem vesical, foi feita incisão transumbilical com colocação do trocater umbilical e da ótica. Após formação do pneumoperitonio foi feita a colocação dos demais trocateres, sob visão direta. Relizou-se ooferectomia direita e salpingectomia. A miomectomia foi executada por eletrocoagulação. Identificou-se a presença de endometriomas difusos na cavidade, com predomínio na região do sigmoide. Foi possível classificar a paciente com endometriose em Estágio IV (endometriose grave): escore > 40, múltiplos implantes superficiais e profundos, incluindo endometriomas, aderências densas e firmes, de acordo com a Classificação da American Society for Reproductive Medicine (ASRM). Após a retirada das peças cirúrgicas foram realizadas revisões da hemostasia e da cavidade, seguidas da retirada do pneumoperitonio e dos trocateres. Realizou-se suturas e curativos ao fim do procedimento.Conclusão: O artificio utilizado de laparoscopia mostrou-se eficaz no tratamento dos endometriomas e realização da ooferectomia, miomectomia e salpingectomia.

CODIGO DO TRABALHO: 2536

TÍTULO DO TRABALHO: Tratamento não operatório da apendicite aguda complicada: Relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANDRE GUSMAO CUNHA; ANA CELIA DINIZ C. BARBOSA ROMEO; RODRIGO LOUREIRO MACHADO. HOSPITAL DO SUBÚRBIO, SALVADOR - BA - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Apendicite aguda (AG) é uma das causas mais comuns de abdome agudo entre adultos jovens e a apendicectomia é o tratamento mais frequentemente realizado. A decisão de explorar cirurgicamente uma suspeita de AG envolve diversos fatores, dentre eles: a acurácia do método diagnóstico, idade do paciente e suas comorbidades, desejo do paciente, curso natural da doença e consideração dos recursos, muitas vezes limitados, para abordagem do caso. Estudos retrospectivos atuais recomendam tratamento conservador com antibioticoterapia e drenagem percutânea, na presença de abscessos como complicação da AG. Nestes casos, há relatos que cirurgias imediatas estão associadas a um aumento de morbidade e risco de ressecção ileocecal desnecessária. Assim, é válido considerar que o tratamento não operatório da apendicite aguda.Relato do caso: Paciente sexo masculino, 61 anos, sem comorbidades, deu entrada na emergência com queixa de dor em fossa ilíaca direita (FID) há 12 dias, associado a febre não mensurada e vômitos diários. Trouxe consigo ultrassonografia de abdome total sugestiva de apendicite aguda. À admissão encontrava-se em bom estado geral, sem sinais de resposta inflamatória, apresentando ao exame físico dor intensa em FID, com aparente plastrão à palpação profunda e sinal de Blumberg positivo. Foi submetido à tomografia computadorizada de abdome que evidenciou imagens compatíveis com apendicite aguda complicada com abscesso. Optado por realizar drenagem percutânea do abscesso guiada por ultrassonografia com colocação de dreno abdominal (procedimento sem intercorrências e material coletado enviado para cultura), associado a antibioticoterapia por 7 dias. Realizada tomografia computadorizada de abdome de controle 5 dias após a drenagem, que evidenciou redução significativa do abscesso em FID. Recebeu alta hospitalar o 7º dia de internamento. Retornou após 6 semanas com resultado de colonoscopia normal, sem apresentar queixas, quando foi optado por não realizar apendicectomia e manter acompanhamento ambulatorial.Conclusão: O tratamento conservador em casos de complicações da AG, como o abscesso, pode evitar riscos desnecessários de ressecção ileocecal evitando aumento da morbidade nos pacientes estáveis. Porém, esta prática ainda não é bem difundida na maioria dos serviços de cirurgia.

CODIGO DO TRABALHO: 2328

TÍTULO DO TRABALHO: Trombose venosa mesentérica aguda ? diagnóstico e tratamento

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MAÍRA AMORIM SILVEIRA E SANTOS; DANIEL PAULINO SANTANA; BRUNO DE LIMA RODRIGUES; LUCAS CAMPOMIZZI CALAZANS; FERNANDO MALDINI PENNA DE MASCARENHAS AMARAL; CAROLINA TRANCOSO DE ALMEIDA; RAPHAEL GUEDES ANDRADE. REDE MATER DEI SAÚDE, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A trombose venosa mesentérica (TVM) aguda é uma emergência vascular rara, sendo responsável por 5% a 15% de todos os casos de isquemia mesentérica aguda. Com taxa de mortalidade entre 60% e 80% requer intervenção adequada, a fim de evitar complicações como gangrena transmural, perfuração e peritonite, causas potenciais de óbito. Devido a sua apresentação clínica não específica, com discrepância entre dor abdominal severa e mínimos achados clínicos, o diagnóstico precoce é moroso, porém essencial para o sucesso no tratamento. Relato de caso: Paciente do sexo feminino, 59 anos, obesa e tabagista, comparece a pronto atendimento com queixa de dor hipogástrica com irradiação para o dorso. Exames de admissão evidenciaram somente leucocitose e aumento de proteína C reativa discretos, além de densificação do tecido adiposo mesentérico ao exame tomográfico não contrastado. Após internação para complementação propedêutica, definição de diagnóstico e tratamento, optou-se por repetir o exame tomográfico com contraste venoso devido à persistência da dor, não responsiva à analgesia, evidenciando falha de enchimento na veia mesentérica superior estendendo-se a toda a arcada mesentérica, sofrimento de alças caracterizado por espessamento parietal segmentar do delgado em região mesogástrica, com leve distensão em sua luz e pequena quantidade de líquido livre interalças. A paciente foi então encaminhada para laparoscopia diagnóstica para avaliar a necessidade de ressecção de alças por isquemia e posteriormente submetida a angiografia e tratamento intravascular com agentes trombolíticos e encaminhada para unidade de suporte intensivo. No 8º DPO recebeu alta hospitalar com boa tolerância a dieta oral, hábitos intestinais preservados e estabilidade hemodinâmica. Conclusão: A TVM é uma doença rara, porém letal, e constitui hoje um desafio por sua dificuldade em ser diagnosticada e história pobre em entendimento. Seu tratamento ótimo, portanto, é ainda controverso. Sabe-se, contudo, que o diagnóstico precoce, restauração do fluxo sanguíneo, anticoagulação apropriada e suporte intensivo constituem as bases de um tratamento bem-sucedido. Melhores respostas são obtidas quando se evitam processos patológicos que levam à necrose, e consequentes abordagens cirúrgicas agressivas, que aumentam a taxa de complicações e o tempo de internação.

CODIGO DO TRABALHO: 2097

TÍTULO DO TRABALHO: Trombose Venosa Mesentérica fatal em usuária de contraceptivo oral

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ARTHUR VIOLANTE SAPIA; CARLOS ALBERTO CASTRO TEIXEIRA JÚNIOR; DIEGO ADAO FANTI SILVA; LUIS CARLOS UTA NAKANO; HENRIQUE MANOEL LEDERMAN; DAVID CARLOS SHINGUEOKA; MILTON SCALABRINI; RAMIRO COLLEONI NETO. UNIFESP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução:A trombose venosa mesentérica (TVM) responde por uma em cada 1000 laparotomias de emergência por abdome agudo, com a expressiva taxa de mortalidade de 20%. Dentre os fatores de risco, destacam-se a cirrose hepática com hipertensão portal, os estados trombofílicos, uso de contraceptivos orais, neoplasias e processos inflamatórios.O diagnóstico é difícil devido ao quadro inespecífico e exame físico duvidoso, portanto é importante a identificação dos fatores de risco. O método recomendado para a identificação da TMV é a tomografia computadorizada contrastada.A maioria dos pacientes apresenta boa evolução com anticoagulação, podendo ser complementada com trombólise em casos selecionados. A indicação de cirurgia está restrita aos casos graves de isquemia e complicações. Relato do caso:Mulher, 40 anos, hipertensa e obesa (grau I), procurou o serviço de emergência queixando-se de dor abdominal em epigástrio e hipocôndrio esquerdo, de início súbito, forte intensidade, associada a fezes com sangue, náuseas e vômitos. Relatou que fizera uso pela primeira vez de altas doses de contraceptivos orais no último mês. Ao exame físico, o abdome se apresentava globoso e flácido, sem sinais de peritonite.Admitida com quadro sistêmico grave, apresentou piora clínica e desconforto respiratório com necessidade de intubação. A tomografia evidenciou extensa TVM aguda e acometimento da veia porta. Foi iniciada anticoagulação, mas a paciente seguiu piorando, com disfunções orgânicas graves, acidemia e síndrome compartimental abdominal. Indicada laparotomia exploradora, que revelou grande quantidade de líquido inflamatório hemático e extensa necrose de alças de delgado. A equipe optou por paliação e a paciente veio a óbito.Conclusão:Paciente apresentou extensa trombose venosa, com acometimento de veia porta e isquemia crítica de grande porção do intestino delgado. Apesar do início precoce da anticoagulação e da realização de cirurgia, o desfecho foi letal, o que é incomum em casos de TVM.Bibliografia:1. Blumberg SN, Maldonado TS. Mesenteric venous thrombosis. J Vasc Surg Venous Lymphat Disord. 2016 Oct;4(4):501-7;2. Russell CE, Wadhera RK, Piazza G. Mesenteric venous thrombosis. Circulation. 2015 May 5;131(18):1599-603;3. Singal AK, Kamath PS, Tefferi A. Mesenteric venous thrombosis. Mayo Clin Proc. 2013 Mar;88(3):285-94;4. Acosta S, Björck M. Modern treatment of acute mesenteric ischaemia. Br J Surg. 2014 Jan;101(1):e100-8.

CODIGO DO TRABALHO: 1024

TÍTULO DO TRABALHO: TUBERCULOSE ABDOMINAL COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL NA URGÊNCIA: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GABRIELE CASTIGLIONI GAROZE1; THALES MENDES MIRANDA1; RAPHAEL CASTIGLIONI NASCIMENTO2; ELAISY CRISTINA DE SARRO SOARES1; JACHELYNE PERMAGNANI NEVES1; CAROLINE GRAVEL3; JULIO CESAR BATISTA JUNIOR1; LOREN ROSETTI REBELLO2. 1. HEJSN - HOSPITAL ESTADUAL DR JAYME DOS SANTOS NEVES, SERRA - ES - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE VILA VELHA, VILA VELHA - ES - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO, VITÓRIA - ES - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO. A tuberculose abdominal pode envolver o trato gastrintestinal, geniturinário, órgãos sólidos, vesícula biliar, peritônio, linfonodos e aorta. Na forma intestinal, os exames de imagem são sugestivos, quando considerados apresentação clínica e estado imunológico do paciente. A região ileocecal constitui o sítio de maior comprometimento. Foi realizado estudo descritivo tipo relato de caso de uma tuberculose abdominal como diagnóstico diferencial de abdome agudo obstrutivo. RELATO DE CASO. Homem, 32 anos, queixa de dor abdominal difusa, abaulamento em região inguinal esquerda, vômitos e retenção urinária há 15 dias associado à parada de eliminação de gases e fezes há 8 dias. Presença de hérnia inguino-escrotal bilateral, encarcerada à esquerda com sinais de irritação peritoneal. Tomografia de abdome evidenciou distensão intestinal com pneumatose em delgado, hérnia inguinal bilateral contendo cólon sigmoide à esquerda, delgado à direita e grande quantidade de líquido livre. No intra-operatório observou-se 3.500 ml de ascite citrina, espessamento difuso do estômago, delgado e cólon de aspecto inflamatório granulomatoso, grande omento herniado em fossa ilíaca esquerda com sofrimento, causando obstrução do sigmóide e delgado. Realizado herniorrafia bilateral, omentectomia, apendicectomia, biópsias do peritoneo parietal e visceral. Anatomopatológico com BAAR e Ziehl-Nielsen confirmou tuberculose extra-pulmonar. No 7° dia de pós-operatório apresentou eventração sendo submetido ressutura de parede com presença de ascite hemorrágica. Evoluiu com piora clínica e óbito no 9° dia de pós-operatório. CONSLUSÃO. A tuberculose abdominal cursa com sintomas inespecíficos. O diagnóstico pré-operatório é difícil, confirmado apenas com histopatológico ou cultura de tecidos. O tratamento cirúrgico está indicado nos casos de complicações como a obstrução intestinal. É importante atentar-se para este diagnóstico diferencial principalmente no intra-operatório, para saber conduzir pacientes com abdome agudo associado a doenças de base como a tuberculose abdominal.

CODIGO DO TRABALHO: 845

TÍTULO DO TRABALHO: Tumor De Ovario Gigante Em Paciente Com Histerectomia Previa: Relato De Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ROLANDO GUTIERREZ ROSALES1; TATIANY PAES DA SILVA2; TÁSSYLLA CAROLINE FERREIRA PEREIRA3; VÍCTOR SOUSA SILVA3; DÉBORA COELHO DUARTE3; OSMAR GOMES CARVALHO JÚNIOR3; JESSIKA RODRIGUES TAUHATA3; BENITO ROLANDO GUTIERREZ ROSALES3. 1. ITPAC ARAGUAINA, ARAGUAINA - TO - BRASIL; 2. UBS SAO BRAZ DO PIAUI, SAO BRAZ DO PIAUI - PI - BRASIL; 3. ITPAC, ARAGUAINA - TO - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Durante o climatério predominam as neoplasias epiteliais. Por fortuna, aproximadamente 80% delas são benignas. Os tumores de ovário de baixo grau de malignidade costumam se derivar do epitélio e tem um comportamento intermédio entre as lesões malignas e benignas. Dentre deles o cistoadenoma seroso é o mais frequente, e varia desde pequenos tumores macroscópicos até aqueles que ocupam toda a pelve e inclusive a cavidade abdominal. RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 75 anos, com histerectomia previa há um ano, apresentado tumoração volumosa ocupando toda a cavidade abdominal sugestivo de processo expansivo de origem ginecológico, provavelmente ovariano, diagnosticado por ultrassom. Apresentava dor abdominal difusa, que piorava a palpação, constipação e incontinência urinaria. Foi indicada laparotomia exploradora. Realizada laparotomia mediana supra e infra umbilical , diérese por planos, com exposição da massa tumoral de origem ovariana a qual estava aderida ao intestino delgado, reto e ureter esquerdo, cavidade abdominal com presencia de ascite moderada. Realizou-se divulsão digital das aderências, isolamento com separação do ureter do tumor e ressecção ampla da tumoração (ooforectomia esquerda), com ligadura da artéria ovárica. Revisão da cavidade abdominal sem sinais macroscópicos de metástase, nem lesão de vísceras de colón. A Massa tumoral apresentava aspecto cístico de conteúdo heterogeneo, superfície lisa e com abundantes vasos, e de aproximadamente 6kg de peso, enviada para biopsia.Paciente evoluiu bem, com alta no segundo dia pôs operatório e orientações de regressar no ambulatório após 21 dias.CONCLUSÃO: As neoplasias ginecológicas são muito frequentes, e o potencial de malignidade independe a maioria das vezes da velocidade do crescimento. Os tumores que apresentam sintomatologia devem ser valorados com rapidez. A ultrassonografia pode ser esclarecedora na maioria dos casos. A intervenção cirúrgica se justifica nos casos de dor abdominal, constipação, incontinência e outros sintomas compressivos ou suspeita de malignidade. Alterações musculo esqueléticas podem estar presentes devido ao tamanho e peso da tumoração.. A maioria dos tumores gigantes de ovário são de caráter benigno. Com tudo a investigação histopatológica sempre se faz necessária.

CODIGO DO TRABALHO: 2289

TÍTULO DO TRABALHO: Tumor de reto médio na neurofibromatose tipo 1, provável GIST.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RAQUEL GOUVEA MOLEIRO1; RICARDO ALESSANDRO TEIXEIRA GONSAGA2; GABRIELA STEFANESCU SILVA3; MICHELE VAZ MARQUES4; GLAUBER CERIZZA SILVEIRA5; NICOLLI ZAMO ORTOLAN6; GABRIEL HENRIQUE CAVERÇAN GOMES3; STEPHANIE CECILIA BARBOSA DRUDI2; LARYSSA HELENA DE OLIVEIRA BESSA7. 1. UFRR UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA, BOA VISTA - RR - BRASIL; 2. FACULDADES INTEGRADAS PADRE ALBINO, CATANDUVA - SP - BRASIL; 3. FACULDADES INTEGRADAS PADRE ALBINO-FAMECA, CATANDUVA - SP - BRASIL; 4. FUNDAÇÃO PADRE ALBINO-HOSPITAL PADRE ALBINO, CATANDUVA - SP - BRASIL; 5. UNIVERSIDADE DE RIBEIRAO PRETO - UNAERP, RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL; 6. FACULDADE DE CIENCIAS BIOMÉDICAS DE CACOAL - FACIMED, CACOAL - RO - BRASIL; 7. UFRR - UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA, BOA VISTA - RR - BRASIL.

RESUMO:
Este é um caso de tumor congênere ao raro tumor estromal gastrointestinal (GIST) na neurofibromatose tipo 1 (NF1) envolvendo o reto médio e apresentando-se como um abdômen agudo perfurativo.A NF1, doença de von Recklinghausen é uma doença autossômica dominante que ocorre em 1 em cada 3.000 nascimentos, causada pela inativação do gene NF1 supressor de tumor, que codifica a proteína neurofibromina. A doença é caracterizada por neurofibromas cutâneos, máculas café com leite, sardas axilares e inguinais e nódulo de Lisch.A NF1 também está associada a vários tumores, incluindo tumores do sistema nervoso central e periférico e do trato gastrointestinal. Os portadores têm um risco aumentado de desenvolver GIST que são indicados como os tumores mais associados à NF1, porém o mesmo é incomum, possuindo incidência de 10-20 novos casos por milhão. GISTs em pacientes NF1 são geralmente um achado incidental, muitas vezes assintomáticos, múltiplos e encontrados no intestino delgado, sendo majoritariamente o jejuno e em seguida o íleo os locais mais acometidos, não encontrada até então relato sobre incidência em reto. Histórico do Caso: Paciente masculino, 34 anos, teve as primeiras manifestações da NF1 aos 5 anos de idade e diagnóstico por biópsia aos 15 anos. No dia 17/02/2017 chega encaminhado ao Hospital Padre Albino no município de Catanduva-SP com quadro de vômito em jato há 20 dias, dor e distensão abdominal, constipado, incapaz de eliminar flatos e sem ingestão de alimentos há 15 dias, relatou quadros anteriores de constipação intermitente e vômitos, alegou ainda perda ponderal de 25 kg em 5 meses. No exame físico apresenta icterícia +/4+, afebril, ruídos hidroaéreos diminuídos, abdômen timpânico e distendido, doloroso à palpação profunda de hipogástrio e mesogástrio, descompressão brusca negativa, fezes em dedo de luva, ampola retal vazia e massa palpável anteriormente. O raio-x de abdômen evidenciou pneumoperitônio. No mesmo dia foi realizada laparatomia exploradora, durante a cirurgia foram revelados: perfuração de colón transverso e tumor de grande similaridade aos tumores estromais localizado em reto médio. Foi realizado durante a cirurgia colectomia subtotal esquerda, amputação reto abaixo do tumor, ressecção de colón transverso e descendente com anastomose colón ascendente-reto e ileostomia de proteção, as peças foram enviadas para exame anatomopatológico e aguarda-se resultado para confirmação de GIST. O paciente teve alta hospitalar 5 dias após cirurgia.

CODIGO DO TRABALHO: 1313

TÍTULO DO TRABALHO: Tumor desmoide de parede abdominal na gravidez. Remoção do tumor com manutenção da gravidez.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARIA KAROLINA DE BRITO GOUVEIA1; CHARLEY RAFAEL COELHO VAZ PACHECO2; CLARICE DE ARAUJO CAIO3; DIEGO TAVARES RUFINO ALVES2; THALES BARBOSA DE FARIAS2. 1. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA, RECIFE - PE - BRASIL; 2. HOSPITAL BARÃO DE LUCENA, RECIFE - PE - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO, RECIFE - PE - BRASIL.

RESUMO:
Introdução:Tumores desmoides são neoplasias raras que se originam das células-tronco mesenquimais. Ocorrem aproximadamente 3.7 novos casos a cada um milhão de pessoas por ano. Apresentam comportamento clínico heterogêneo e uma forte tendência a infiltração do tecido adjacente causando significativa morbidade e mortalidade. Tumores desmoides relacionados a gestação são ainda mais infrequentes, com limitadas publicações na literatura. A relevância do presente caso baseia-se no rápido crescimento dos tumoral durante a gravidez, levando a crer que mudanças hormonais e imunológicas durante a gestação possam ter papel importante na gravidade e no curso da doença.Relato de caso:Mulher, 36 anos, 13 semanas de idade gestacional e assintomática, com duas cesárias prévias. Durante ultrassom do primeiro trimestre da gravidez, foi diagnosticada com uma massa na parede abdominal de 5 x 2 x 2 cm (20cm³), sugestiva de tumor desmoide. Decidiu-se por manter o tumor sob observação a cada 4 semanas e não realizar nenhuma abordagem. O exame físico da 21ª semana de gestação revelou uma massa protusa na parede abdominal direita. Ressonância magnética mostrou uma massa heterogênea crânio-caudal medindo 8 x 7 x 6 (336 cm³) centrada na musculatura da parede abdominal direita, hiperintensa em T2 e iso a ligeiramente hiperintensa em T1. Optou-se então, por intervir antes do parto devido ao rápido crescimento da lesão e risco do estado gestacional. A paciente consentiu a uma ampla excisão cirúrgica da massa. Durante a cirurgia foram realizadas biopsias que revelaram células fusiformes benignas sugestivas de Tumor desmoide, embora sarcoma não poderia ser descartado devido ao rápido crescimento tumoral. Foi realizada ressecção total do tumor incluindo o musculo abdominal afetado e margem periférica do tecido saudável circunjacente. Nos realizamos reconstrução da parede abdominal com retalhos da rotação muscular e fixação de tela de polipropileno. A paciente tolerou bem o procedimento, mantendo a gestação até 38 semanas. Seguida do parto de um recém nascido com Apgar 9/10 at 5 min .A paciente não recebeu nenhum tratamento adjuvante.Conclusão: O tratamento ideal deve ser personalizado a cada caso com base em um processo de tomada de decisão que leve em conta o local e o histórico de crescimento do tumor, bem como características como idade e genética molecular.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1463

TÍTULO DO TRABALHO: Urgências Cirúrgicas no Paciente Idoso: uma revisão bibligráfica

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FÁBIO JOSÉ PAVAN1; MARIA EDUARDA TELÓ2; DORIS MEDIANEIRA LAZZAROTTO SWAROWSKY1; INÁCIO SWAROWSKY1. 1. UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL, SANTA CRUZ DO SUL - RS - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ, SANTA CRUZ DO SUL - RS - BRASIL.

RESUMO:
Urgências Cirúrgicas no Paciente Idoso: uma revisão bibligráficaMaria Eduarda Teló[1], Fabio José Pavan[1], Dóris Medianeira Lazzarotto Swarowsky[2], Inácio Swarowsky[21]Estudante de Medicina, Departamento de Biologia e Farmácia, Universidade de Santa Cruz do Sul. [2]Docente do Curso de Medicina, Hospital Santa Cruz (HSC). Resumo:O envelhecimento populacional ocorre aceleradamente. Estima-se que em 2050 mais de 20% da população terá 60 anos ou mais. (4,5 e 6). As causas abdominais estão presentes na população idosa e representam alta mortalidade. A ocorrência de condições cirúrgicas de emergência e sua complexidade tendem a aumentar com o envelhecimento.Objetivo: Identificar as principais urgências cirúrgicas de causa abdominal na população idosa, levando em conta a complexidade da atuação.Métodos: Revisão bibliográfica fundamentada em artigos relacionados ao tema ?Urgências Cirúrgicas em Idosos? buscados na base de dados do PubMed. A estratégia de busca empregou as palavras-chave ?Elderly?, ?Emergency?, ?Surgery? e ?Geriatric?.Resultados: A dor abdominal no paciente idoso necessita de mais exames laboratoriais e de imagem (4). A Isquemia aguda mesentérica resultando em dano isquêmico possui estimativas de mortalidade acima de 50%. A embolia da artéria mesentérica superior é a variedade mais comum e os doentes com maior risco possuem fonte cardíaca de êmbolos e cerca de um terço tem histórico de doença embólica. Observamos o aneurisma da aorta abdominal como causa de alta mortalidade e quase exclusiva em idosos. A obstrução do intestino delgado em idosos é causada por hérnias e aderências e constitui a segunda urgência cirúrgica mais comum. Causas vistas nos idosos incluem neoplasia e íleo biliar.Conclusões: Observou-se a necessidade de investimentos no atendimento secundário e ambulatorial para a população idosa, principalmente os de caráter públicos, pois 70,4% dos idosos o utiliza quando necessita de atendimento (1), bem como conhecimento das causas e complicações das urgências em idosos.Bibliografia: 1. A atenção à saúde do idoso nos serviços brasileiros de urgência: uma revisão integrativa. 2.Pilger C, Menon UM, Mathias TAF. Utilização de serviços de saúde por idosos vivendo na comunidade. 3.Profile of elderly patients admitted to the hospital emergency;2014. 4.Abdominal emergencies in the geriatric patient; Spangler et al,2014, 5.World Health Organization, WHO. Interesting facts about ageing;2012. 6.How to cope with an ageing population, The Lancet; 2013.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 915

TÍTULO DO TRABALHO: Uso da neostigmina para tratamento da pseudo-obstrução do cólon (síndrome de Ogilvie): relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LUCAS SILVA COUTO; CARLOS DIEGO RIBEIRO CENTELLAS; CAMILA MATOS VERSIANI; YUJI XAVIER ETO; ANTONIO DE CARVALHO JUNIOR; CAMILA COUTO GOMES; LUCAS TOBIAS ALMEIDA QUEIROZ; MARCELA REZENDE SALLES. IPSEMG, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A pseudo-obstrução colônica aguda (síndrome de Ogilvie) consiste na dilatação do cólon e reto sem evidências de mecanismos de obstrução intrínseco ou extrínseco. A fisiopatologia dessa doença ainda é pouco conhecida e o diagnóstico é feito pela anamnese, exame físico e propedêutica radiológica, como radiografia simples e tomografia computadorizada de abdome. O tratamento é inicialmente conservador por meio de fármacos como a neostigmina, sondagem retal contínua, administração de laxativos (polietilenoglicol) e colonoscopia descompressiva. Procedimentos cirúrgicos devem ser considerados somente em caso de falha terapêutica da abordagem conservadora ou suspeita de perfuração colônica.RELATO: Paciente de 49 anos, sem comorbidades, vítima de projétil de arma de fogo em tórax e úmero esquerdo admitido em Unidade de Tratamento Intensivo. Diagnosticados fratura de úmero esquerdo com abordagem conservadora pela ortopedia e trauma raquimedular torácico (fratura do pedículo e lâmina esquerdas e processo espinhoso de T5) com alojamento de projétil em coluna, evoluindo com paraplegia permanente. Intercorreu com distensão abdominal importante e insuficiência respiratória sete dias após a admissão com necessidade de intubação orotraqueal por insuficiência respiratória. Solicitada tomografia de abdome com evidência de distensão e dilatação de alças do hemicólon direito com maior diâmetro na região do ceco/ascendente medindo cerca de 9 centímetros. Ceco sem evidências de torção/volvo. Hemicólon esquerdo proximal apresentava-se distendido com conteúdo gasoso, enquanto sigmoide e reto continham material fluido luminal, não se observando dilatação franca nem redundância/enovelamento de alças. Dessa maneira, foi diagnosticada síndrome de Ogilvie, sendo instituídos clister e colonoscopia descompressiva sem melhora significativa. Optou-se então por iniciar neostigmina 2 gramas/dia. Em 48 horas, apresentou evacuações pastosas e melhora relevante de distensão abdominal com resolução completa do caso.CONCLUSÃO: Apesar da inexistência na literatura de estudos conclusivos, a neostigmina constitui opção terapêutica viável para tratamento da pseudo-obstrução colônica aguda em caso de falha da conduta conservadora inicial. Dessa forma, a abordagem cirúrgica continua sendo indicada como último recurso em virtude das altas taxas de morbimortalidade.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2924

TÍTULO DO TRABALHO: Útero de Couvelaire pós cesariana em Departamento de Cirurgia na região Amazônica: Relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: REBECA ANTUNES DE OLIVEIRA1; VICTOR DALL AGLIO DE ORNELLAS2; ALBER PESSOA FIGUEIREDO1; THIAGO PATTA DA SILVA1. 1. INSTITUTO VIGOR, PORTO VELHO - RO - BRASIL; 2. HOSPITAL DE BASE ARY PINHEIRO, PORTO VELHO - RO - BRASIL.

RESUMO:
Introdução O Útero de Couvelaire (UC) ainda tem etiologia desconhecida, todavia, tem sido associado a doenças como descolamento prematuro de placenta, placenta prévia,coagulopatia, pré-eclâmpsia, rupturado útero e embolia de líquido amniótico. Acreditava-se que sua fisiopatologia se devia a uma toxina produzida pela placenta durante o descolamento, atualmente é aceito que o UC ocorre decorrente da invasão miometrial de sangue a partir de um quadro hemorrágico retroplacentário, que separa os feixes musculares e estende a hemorragia até a superfície da serosa, causando manchas equimóticas arroxeadas na superfície uterina com progressão para a cavidade peritoneal. A histerectomia com adição de uterotônicos ainda é o padrão ouro de tratamento quando a condição não é resolvida espontâneamente. No exame clínico achados comuns são a hipertonia uterina, hemorragia e bolsa das águas tensas, dor abdominal de intensidade variável, contrações e padrão cardíaco fetal não reativo. O quadro pode levar a complicações como insuficiência renal aguda, atonia uterina, coagulopatia,coagulação intravascular disseminada, infecção puerperal e choque. Relato de caso T.S.M, 21 anos, ex-tabagista, etilista e usuária de drogas, submetida a cesária de emergência há 6 dias em decorrência de doença hipertensiva específica da gravidez. Evoluiu após 1 dia de pós operatório com astenia, distensão abdominal, hematoma arroxeado extenso em hipogastro, discrasia sanguínea (hemoglobina 5g%, hematócrito 15% e plaquetas 791.000mm³) e ausência de sangramento vaginal visivel. A tomografia computadorizada de abdômen evidenciou útero e hematoma profundo de parede abdominal de grandes dimensões. Foi submetida a hemotransfusão e encaminhada ao centro cirúrgico para relaparotomia. Na exploração da cavidade abdominal foi visualizado grande quantidade de coágulos, útero amolecido, aumentado de tamanho (cerca de 12cm) e arrocheado confirmando o diagnóstico de UC. Após a retirada dos coágulos, massagem uterina e administração de 10U de ocitocina intramuscular sem respostas, prosseguiu-se com histerectomia. Permaneceu em UTI evoluindo com insuficiência cardíaca congestiva e após melhora recebeu alta hospitalar. Conclusão O diagnóstico precoce da UC foi essencial para o sucesso desse caso, visto que a paciente pode evoluir rapidamente com choque hipovolêmico, síndrome da angústia respiratória do adulto, insuficiência renal e de múltiplos órgãos e morte.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1157

TÍTULO DO TRABALHO: Valor diagnóstico da relação neutrófilos-linfócitos em apendicite aguda complicada

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LUCAS AFONSO DAIA; ADILSON COSTA RODRIGUES JR; GABRIEL SCHNITMAN; DANILA GOMES; EDIVALDO MASSAZO UTIYAMA; CARLOS AUGUSTO METIDIERI MENEGOZZO; DANILO ALVES ANDRADE. HC-FMUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Cirurgia de emergência é a atual conduta frente a pacientes diagnosticados com apendicite aguda. Sintomas inespecíficos, apresentações atípicas e exames de imagem inconclusivos, no entanto, podem postergar esse procedimento. Além disso, apendicite em fase inicial pode ser tratada com antibioticoterapia. Para uma melhor avaliação da gravidade da doença e adequada indicação da cirurgia de emergência, estudos recentes têm associado o valor da relação neutrófilo/linfócito (RNL) como preditor de complicação da apendicite aguda.Objetivo: Avaliar a capacidade preditiva da RNL, entre outros fatores, em distinguir apendicite aguda complicada de não complicada em um centro de referência terciário.Método: Um estudo retrospectivo de pacientes submetidos a apendicectomia no Departamento de Cirurgia do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, Brasil, entre janeiro de 2003 e dezembro 2014 foi realizado. Os seguintes dados serão coletados de registros médicos no momento da primeira avaliação: idade, sexo, Alvarado, PCR, temperatura, contagem total de leucócitos, número de neutrófilos e linfócitos. Apendicite complicada foi definida como aqueles que tinham abscessos, peritonite ou apendicite gangrenosa ou perfurada com base em laudo histopatológico ou descrição macroscópica. O valor de corte para NLR foi decidido usando análise da curva ROC. Valor de corte ideal indicou o ponto mais proeminente da curva ROC mostrando a melhor sensibilidade (0,63) e especificidade (0,60). Uma vez que estes dois parâmetros indicou um valor de corte de 7,5.Resultado: Entre um total de 1063 pacientes, os dados completos foram obtidos de 498, com 24% eram apendicite complicada e 76% não eram complicados. Valores elevados de NLR foram associados com apendicite aguda complicada (pConclusão: Sugere-se que a RNL é um dado clínico útil que deve ser levado em consideração pré operatória. Entretanto, avaliação clinica e estudos prospectivos devem ser realizados para melhor uso da RNL.Referências: 1. Shimizu T, Ishizuka M, Kubota K. A lower neutrophil to lymphocyte ratio is closely associated with catarrhal appendicitis versus severe appendicitis. Surg Today. 2016 Jan;46(1):84-89. 2. Kahramanca S, Ozgehan G, Seker D, Gökce EI, Seker G, Tunç G, Küçükp?nar T, Karg?c? H. Neutrophil-to-lymphocyte ratio as a predictor of acute appendicitis.UlusTravmaAcilCerrahiDerg. 2014; 20(1):19-22.

CODIGO DO TRABALHO: 515

TÍTULO DO TRABALHO: Vasculite mesentérica grave em paciente com Lúpus eritematoso sistêmico e nefrite lúpica.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GUSTAVO FALAVIGNA GUILHERME; VINICIUS RODRIGO BULLA VASCONCELLOS; RODRIGO FLORENCIO ECHEVERRIA; PAULO CESAR ESPADA; ROBERTO KAORU YAGI. FAMERP - FACULDADE DE MEDICINA DE SAO JOSE DO RIO PRETO, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introducão: Doença inflamatória crônica de causa desconhecida, o Lupus Eritematoso Sistêmico (LUES) afeta diversos órgãos como rins, articulações e sistema gastrointestinal. Neste último em mais de 40% dos pacientes, geralmente por vasculite ou efeitos colaterais de medicações.Todavia, vasculite mesentérica é complicação rara do LUES, porém grave, sendo o tratamento cirúrgico indicado para indivíduos com isquemia avançada, peritonite, sepse ou pneumatose. O objetivo foi descrever um caso de vasculite grave em paciente com LUES.Relato de caso: JFS, 61 anos, masculino, em acompanhamento ambulatorial por Lupus Eritematoso Sistêmico e nefrite lúpica grau IV dialítica, em uso de azatioprina e prednisona, tabagista, procura pronto atendimento com queixa de dor abdominal em mesogástrio, associado a vômitos em período noturno e constipação intestinal, há dois dias; anúria há três meses.Exame Físico: Temperatura 35,60C, PA 160x100 mm/Hg, FC 100bpm, ECG 15, dor difusa à palpação abdominal com sinais de irritação peritoneal em todo o abdômen. Ausência de fezes em ampola retal.Exames laboratoriais e imagenológicosHb 12,7 g/dl; Ht 40,1%, Leucócitos 10.950/mm3, Segmentados 8360/mm3, Linfócitos típicos 1.780/mm3, Monócitos 770/mm3, Plaquetas 500.000/mm3, Coagulograma incoagulável, PCreativa 11,3 mg/dl, Creatinina 10 mg/dl, Uréia 69 mg/dl, Gas arterial: pH: 7,41, PO2: 118,3 mmHg, PCO2: 18,4 MMOL/L, BIC: 11,4 MMOL/L, Lactato: 1,0 MMOL/L.Anticorpos anti-FAN e anti-Núcleo reagentes e anti-Nucléolo, Citoplasma, Placa mitótica e Aparelho metafásico, não reagentes. Complemento sérico normais (C4: 14 mg/dl, C3: 70 mg/dl).Raio-X de abdômen agudo não evidenciou alterações patológicas.Foi submetido a laparotomia exploradora no mesmo dia, evidenciando presença de moderada quantidade de sangue em cavidade abdominal, com área de delgado vinhosa sem vitalidade se iniciando há 70 cm do ângulo de Treitz se estendendo por 120 cm.Realizada enterectomia segmentar de aproximadamente 50 cm com anastomose primária em dois planos. Após, paciente foi encaminhado à UTI.A biópisa revelou necrose isquêmica multifocal associada a edema e hemorragia transmural do segmento intestinal.O paciente foi a óbito decorrente de choque cardiogênico e IRC agudizada três dias após a admissão.Conclusão: Considerando que se trata de um caso de admissão tardia, com LUES e isquemia mesentérica por vasculite e necrose, o diagnóstico e a intervenção precoces poderiam ter contribuído na maior sobrevida do paciente.

CODIGO DO TRABALHO: 1017

TÍTULO DO TRABALHO: VIDEOLAPAROSCOPIA NA ABORDAGEM DO ABDOME AGUDO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ROCLIDES CASTRO DE LIMA1; ANDREY SALGADO MORAES FILHO2; ISLANARA DIÓGENES URBANO SOUSA2; JOSE APARECIDO VALADAO3; GIULIANO PEIXOTO CAMPELO3; ABDON JOSE MURAD JUNIOR3; LUIS EDUARDO VERAS PINTO4; GUSTAVO JOSE CAVALCANTI VALADÃO4. 1. HOSPITAL SÃO DOMINGOS, PETROLINA - MA - BRASIL; 2. UFMA, SAO LUIS - MA - BRASIL; 3. HOSPITAL SÃO DOMINGOS, SAO LUIS - MA - BRASIL; 4. HOSPITAL SAO DOMINGOS, SAO LUIS - MA - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Nos setores de emergência sao frequentes os atendimentos por abdome agudo. Muitas patologias, de tratamento cirúrgico ou não, apresentam-se com dor abdominal e uma avaliação clínica minuciosa associada a métodos complementares é de fundamental importância para elucidação diagnóstica. A abordagem moderna dos quadros abdominais agudos tem como principal objetivo a investigação diagnóstica e a indicação ou não de uma intervenção cirúrgica. A laparoscopia é mais uma opção para se evitar um possível erro de conduta, principalmente quando o quadro clínico e os exames complementares não conseguem definir o diagnóstico e/ou tratamento ideal. Podendo tratar de forma definitiva pelo acesso mini-invasivo, principalmente os quadros de apendicite aguda, úlcera péptica perfurada, afecções ginecológicas e nos casos de obstrução intestinal. OBEJTIVO: Realizar uma revisão de literatura com o tema videolaparoscopia no abdome agudo ressaltando suas vantagens. MÉTODOS: Trata-se de uma revisão de literatura não-sistemática sobre videolaparoscopia no abdome agudo nas bases de dados Scielo, MEDLINE, PubMed e ScienceDirect, sem restrições quanto ao ano de publicação, porém proferindo como referência aqueles que foram publicados mais recentemente sobre o tema e que respondessem os tópicos de organização de forma satisfatória. Foram selecionados 12 artigos internacionais e nacionais. CONCLUSÃO: O abdome agudo é uma causa frequente de atendimento nos setores de emergência. A abordagem moderna dos quadros abdominais agudos é o principal objetivo de investigação diagnóstica para discernir quanto a necessidade ou não de abordagem cirúrgica.Stravosa, Antoniou.; George A. Antoniou.; Athanasios, Antoniou. Pass, present and future of minimally invasive abdominal surgery. JSLS, 2015

CODIGO DO TRABALHO: 561

TÍTULO DO TRABALHO: Volvo de ceco e cólon ascendente secundário a má rotação intestinal em paciente adulto

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DIONISIO DE SOUZA GOMES NETO1; ANA CELIA DINIZ C. BARBOSA ROMEO2; ANDRE GUSMAO CUNHA2. 1. HOSPITAL SÃO RAFAEL, SALVADOR - BA - BRASIL; 2. HOSPITAL DO SUBÚRBIO, SALVADOR - BA - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O volvo é uma das causas mais comuns de obstrução intestinal, superada apenas pelo câncer e diverticulite. 75% dos quadros de volvo ocorrem no colo sigmoide, sendo o volvo cecal uma patologia incomum, geralmente associada a um defeito de rotação intestinal ou ceco muito móvel (?báscula cecal?), comumente descritos em pacientes pediátricos ? 1/6.000 nascidos vivos. Neste trabalho relatamos um caso de volvo cecal associado a má rotação intestinal em um paciente de 42 anos.Objetivo: Relatar o caso de um paciente adulto com Abdome Agudo Obstrutivo (AAO) por volvo de ceco e cólon direito secundário a má rotação intestinal.Metodologia: Relato de casoResultados: Paciente masculino, 42 anos, neuropata crônico (paralisia cerebral congênita), admitido no Hospital do Subúrbio com distensão abdominal e ausência de flatos e fezes há 5 dias. Apresentava constipação crônica com piora nos últimos 2 anos. Ao exame: posição viciosa no leito, dados vitais normais, abdome distendido e hipertimpânico; toque retal com fezes em dedo de luva. TC de abdome ? imagem sugestiva de má rotação intestinal em hipocôndrio direito, distensão de alças a montante; trombo em v.femoral direita. Realizada Laparotomia Exploradora (LE) em 22/12/16, evidenciando-se torção do ceco e cólon direito sobre o próprio eixo. Desfeita torção e realizada pexia do ceco, de modo e evitar novas torções. Paciente restrito ao leito, evolui com íleo no pós operatório, atelectasia ? culminando em pneumonia e choque séptico ? e trombose de v.porta. Reabordado 3 vezes devido a obstrução intestinal por hérnia interna (26/12/16) e brida (06/01 e 13/01/17), veio a óbito no 24ºDPO após novo choque séptico secundário a pneumonia.Conclusão: Paciente adulto, neuropata crônico, com defeito congênito da rotação intestinal, levando a AAO por volvo cecal. Submetido a LE, desfeita torção, no entanto paciente veio a óbito no 24ºDPO por complicações clínicas ? choque séptico refratário sec a ITR.O volvo é uma das principais causas de obstrução intestinal, mais frequente ao nível do sigmóde. Para que ocorra em outras localizações, é necessário que haja um defeito de rotação do intestino, e maior mobilidade do segmento acometido, o que costuma ocorrer na população pediátrica. Pacientes com má rotação intestinal também podem apresentar dor abdominal crônica e episódios de volvo incompleto ou intermitente do intestino médio, o que neste paciente pode não ter sido notado previamente devido à neuropatia crônica.

CODIGO DO TRABALHO: 2192

TÍTULO DO TRABALHO: Volvo de cólon sigmoide complicado: um caso raro em faixa etária pediátrica.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOÃO ANTONIO VERONESE LEME1; MARCOS VINICIUS TAVARES ROLIM2; JOSÉ EDSON PUERARI BENEVIDES2; RAPHAEL AUGUSTO BRAGA NUNES2; VALTER MAGALHÃES DE SOUZA FILHO1; CLAUDINEIA FERNANDES DA SILVA3. 1. FACIMED-FACULDADE DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE CACOAL, CACOAL - RO - BRASIL; 2. COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DE CACOAL/SESAU, CACOAL - RO - BRASIL; 3. HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA REGIONAL DE CACOAL, CACOAL - RO - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOA obstrução intestinal pertencente às etiologias de abdômen agudo ocorre quando a propulsão do conteúdo em direção ao ânus sofre interferência. Uma das causas de obstrução intestinal é o volvo, termo que tem origem do latim volvere, que significa girar. Trata-se uma emergência cirúrgica. Tem baixa incidência na faixa etária pediátrica, e há maior incidência no sexo masculino (2:1 a 5:1)3. Na faixa etária pediátrica, em estudo de 6 anos, de 5.075 cirurgias pediátricas somente 0,3% corresponderam a volvo intestinal. Dos casos estudados, 6 eram neonatos entre 1 a 30 dias de vida, e 7 eram crianças entre 1 ano e 9 anos de idade. Além dos sinais mais comuns, o paciente do caso também apresentou tenesmo e ausência de flatos. Em escolares pode apresentar-se com vômito bilioso e dor abdominal. Hematoquezia é um sinal tardio, e indica processo de necrose2. Mais tardiamente a doença se apresenta com peritonite e choque hipovolêmico. Os sintomas duram cerca de 10 horas a 5 dias e nos extremos de idade demoram mais a aparecer. No caso, o paciente apresentou evolução dos sintomas em 48 horas, apresentando sinais tardios1.RELATO DO CASOA.V, 14 anos, feminino, procedente de Ouro Preto do Oeste ? RO apresentou quadro de distensão abdominal e dor súbita a 36 horas do ato cirúrgico, deu entrada no pronto socorro de Ji-Paraná ? RO 24 horas antes da intervenção cirúrgica. Com radiografia evidenciando distensão colônica importante, não foi realizado abordagem que evoluiu com piora do quadro. Foi transferido para o serviço do município de Cacoal ? RO onde foi admitida hipocorada, taquipnéica (FR 60 ipm), taquicardia (FC 192 bpm), hipotensa, abdômen muito distendo, ruído hidroaéreo abolido. Encaminhado para laparotomia exploratória de emergência, que observou grande dilatação de colón transverso e descendente com presença de necrose do mesmo devido ao volvo e isquemia da parte antimesentérica do jejuno e íleo. Realizado colectomia de colón transverso e descente e colostomia a Hartman. Devido ao quadro séptico e distúrbio hidroeletrolítico evoluiu 24 horas para óbito.CONCLUSÃOVolvo de sigmoide é um raro diagnóstico dentro das causas de abdome agudo na faixa etária pediátrica. Devendo ser investigado com cautela devido aos riscos cirúrgicos e suas complicações fatais inerentes da patologia. No caso relatado se observou que é necessária uma abordagem rápida nessa faixa etária no intuito de se evitar a sepse e ruim prognóstico do paciente pediátrico.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 3070

TÍTULO DO TRABALHO: Volvo Ileal em paciente Idoso.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOÃO ANTONIO VERONESE LEME1; RAPHAEL AUGUSTO BRAGA NUNES2; MARCOS VINICIUS TAVARES ROLIM2; JOSÉ EDSON PUERARI BENEVIDES3; CAROLINE NISHIMURA1; VALTER MAGALHÃES DE SOUZA FILHO1; NATHALIA TABALIPA DA SILVA4. 1. FACIMED-FACULDADE DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE CACOAL-RO, CACOAL - RO - BRASIL; 2. COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DE CACOAL/SESAU, CACOAL - RO - BRASIL; 3. HEURO - HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA REGIONAL DE CACOAL, CACOAL - RO - BRASIL; 4. HRC - HOSPITAL REGIONAL DE CACOAL, CACOAL - RO - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOO volvo de intestino delgado é uma condição rara[1], correspondendo menos de 5% de todas as obstruções intestinais. Ele pode ser classificado como primário ou secundário. O primário ocorre em uma cavidade abdominal normal, sem alterações anatômicas, e pode estar associado com hábitos especiais na dieta. O secundário se relaciona com fatores predisponentes congênitos ou adquiridos, como má-formação anatômica e má-rotação intestinais, aderências, entre outros[2]. Os sintomas comuns são dor abdominal, náuseas ou vômitos, distensão e irritação peritoneal. O diagnóstico correto de volvo de intestino delgado é realizado com menos frequência do que o volvo de intestino grosso, pois este não apresenta um sinal patognomônico para distinguir uma obstrução simples de uma estrangulada, sendo que em alguns casos os exames de imagem podem vir sem alterações, diagnosticando-se apenas na laparotomia exploratória[1].RELATO DE CASOMF, 81 anos, feminino, procedente de espigão do oeste ? RO, com quadro de 72 horas de evolução com parada de eliminação de flatos e fezes, dor abdominal difusa do tipo cólica e vômitos. Admitido no pronto socorro com abdômen globoso, com ruído hidroaéreo diminuído, timpânico, doloroso a palpação profunda e superficial em flanco direito e esquerdo. PA: 110/60 mmhg FC: 94 bpm, FR: 15, Sat O2: 96%, Leucócitos séricos: 11.470, Plaquetas: 187.000, Sódio: 139 mmol/L Potássio: 4 mmol/L, PCR: Reagente (1:16). Na TC de abdômen se constatou imagem heterogênea de deformação ileocecal com dilatação das alças intestinais. Foi encaminhado para abordagem cirúrgica, laparotomia exploratória, que observou torção do íleo terminal e aderência entre apêndice e cólon sigmoide com grande presença de liquido ascítico na cavidade abdominal.CONCLUSÃOVolvo é uma das causas de abdome agudo obstrutivo, sendo rara a sua ocorrência no intestino delgado. A associação entre aderências e volvo de intestino delgado uma condição rara, sendo provável a existência prévia da brida propiciando o volvo em intestino delgado, e se manifestando tão tardiamente. Infere-se a raridade do caso, quando são levantados dados na literatura e não se encontram com facilidade trabalhos científicos sobre o tema.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1473

TÍTULO DO TRABALHO: ADENOCARCINOMA DE ÚRACO: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: UROLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: SERGIO HENRIQUE BASTOS DAMOUS; ANDERSON BRUNO PELLANDA; CAIO NASSER MANCINI; MAURICIO MUNIZ MAGALHAES; JOCIELLE SANTOS DE MIRANDA; JULIO BISSOLI; EDIVALDO MASSAZO UTIYAMA. HC-FMUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
ADENOCARCINOMA DE ÚRACO: RELATO DE CASOIntrodução: O adenocarcinoma primário da bexiga representa menos de 1% de todas as malignidades da bexiga. Destes, 20-40% tem origem no úraco, sendo o adenocarcinoma o tipo mais comum (89,7%). Trazemos um caso ilustrativo desta patologia rara, atendido no serviço de Cirurgia Geral da III Clínica Cirúrgica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP.Relato do Caso: Paciente do sexo feminino, 60 anos, assintomática, apresentou como achado incidental em ultrassonografia de abdome total imagem cística supra vesical em parede abdominal. Marcadores CA 125, CEA e CA 19.9 e exames laboratoriais sem alterações. A Tomografia Computadorizada evidenciou formação cística supraumbilical com ligação com a cúpula da bexiga. A cistoscopia identificou lesão tumoral em cúpula vesical de aspecto infiltrativo, hiperemiada e necrótica. O exame anatomopatológico confirmou o diagnóstico de adenocarcinoma de padrão mucinoso moderadamente diferenciado, infiltrando a mucosa vesical. Paciente foi submetida à cistectomia parcial (parede vesical anterossuperior) e ressecção em bloco do úraco, incluindo umbigo, fáscia posterior do músculo reto abdominal, peritônio adjacente, gordura perivesical e porção do grande omento, com margens livres à congelação. O estadiamento patológico foi pT3a, pNX e Classificação de Sheldon: IIIa Henly/Mayo II. Paciente recebeu alta no 3º dia de pós-operatório evoluindo sem intercorrências. Encontra-se há 4 meses em seguimento, sem sinais de recidiva.Conclusão: O adenocarcinoma de úraco é uma patologia rara e complexa. Relatamos um caso de diagnosticado incidental em exame USG, confirmado com cistoscopia e biópsia. A paciente foi tratada por meio de cistectomia parcial e ressecção em bloco do úraco, com margens livres no intra-operatório. Um seguimento de longo prazo será necessário para avaliar o comportamento tumoral e a sobrevida livre de doença.Referências: 1. Molina JR, Quevedo JF, Furth AF, et al. Predictors of survival from urachal cancer: a Mayo Clinic study of 49 cases. Cancer. 2007;110:2434?2440.2. Szarvas T, Módos O, Niedworok C, Reis H, Szendrői A, Szász MA, Nyirády P. Clinical, prognostic, and therapeutic aspects of urachal carcinoma ? A comprehensive review with meta-analysis of 1,010 cases. Urol Oncol. 2016 Sep;34(9):388-98.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 542

TÍTULO DO TRABALHO: Adenocarcinoma de úraco: uma rara neoplasia

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: UROLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GABRIELA HORBE WACHHOLZ; GIULLIA GARIBALDI BERTONCELLO; GUSTAVO WINTER; MATHIAS BURIN GROHE; ALEXANDRE LANGE AGRA; LETÍCIA MENDES LEÃES; JORGE ANTÔNIO PASTRO NORONHA. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O úraco é um resquício embrionário fibroso, remanescente do alantoide. Sua permanência pode ocasionar uma rara neoplasia primária, correspondendo a 0,01% de todos os cânceres malignos e a 0,4 a 0,7% dos tumores malignos de bexiga. A conduta preferencial para o adenocarcinoma de úraco é a cistectomia parcial.RELATO DO CASO: Paciente masculino de 50 anos, não tabagista e sem comorbidades. História de hematúria macroscópica há seis meses antes da internação. Realizou ecografia e tomografia externas de bexiga contendo lesão vegetante na parede anterior. A cistoscopia demonstrou presença de lesão tumoral de aproximadamente 3cm em parede anterior da bexiga. Realizada ressecção transuretral (RTU) de bexiga, a qual o resultado anátomo-patológico foi adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Enviado material para estudo imunohistoquímico, onde o perfil foi compatível com adenocarcinoma com sítio primário em úraco ou bexiga (CEA e CD15 positivos). Complementou-se investigação com colonoscopia e endoscopia digestiva alta para descartar origem extra-vesical de adenocarcinoma. Estes exames foram normais. O estadiamento com tomografia de tórax, abdome e pelve foi negativo para metástases. Optou-se por realizar cistectomia parcial com retirada do domo vesical e cicatriz umbilical, além de ampla margem peritoneal e linfadenectomia pélvica extendida bilateral. O diagnóstico definitivo citopatológico foi de adenocarcinoma de úraco moderadamente diferenciado com invasão da lâmina própria. As margens cirúrgicas de ressecção apresentaram-se livres de neoplasia e também não houve presença de neoplasia em pele, tecidos moles ou linfonodos. Paciente evoluiu no pós-operatório sem intercorrências e recebeu alta no 8º dia. Segue acompanhamento, apresentando cistoscopia sem novas lesões, além de exames de imagem e laboratoriais sem evidência de progressão ou recidiva de doença.CONCLUSÃO: Devido à raridade do adenocarcinoma de úraco, é importante ter conhecimento das formas de apresentação clínica e o tratamento. É um tumor que tipicamente se se manifesta no domo vesical. A maioria dos paciente se apresenta com hematúria macroscópica ou microscópica. O estadiamento é fundamental para decisão terapêutica. Visto que tais lesões envolvem, geralmente, apenas o domo vesical, cistectomia parcial demonstrou ser suficiente para eficácia oncológica. Radioterapia e quimioterapia são ineficazes.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 519

TÍTULO DO TRABALHO: Análise epidemiológica da mortalidade por câncer de próstata em João Pessoa, Paraíba, no período de 2006 a 2016.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: UROLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: HOMERO MEDEIROS DE OLIVEIRA JUNIOR1; MARLA MIKAELY DANTAS DE MEDEIROS2. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA, JOAO PESSOA - PB - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA, BOA VISTA - RR - BRASIL.

RESUMO:
Objetivos: compreender a evolução da mortalidade por câncer de próstata, nos últimos 10 anos, no município de João Pessoa, Paraíba.Método: realizou-se estudo transversal retrospectivo sobre a freqüência de mortalidade por câncer de próstata, de 2006 a 2016, estratificando os dados por faixas etárias e raça/cor; através do banco de dados TABNET-PB, do Sistema de Informação de Mortalidade, da secretaria municipal de saúde deste município, que possui atualização semanal.Resultados: em 2006, o número absoluto de mortes por câncer de próstata foi de 37 pacientes (5 óbitos por 100mil habitantes) e de 64 usuários em 2016 (8 óbitos por 100mil habitantes); apresentando tendência crescente nos últimos 10 anos. Houve maior freqüência entre brancos e pardos; de 509 mortes analisadas, 214 (42%) ocorreram entre brancos, 61 (12%) negros e 234 (46%) entre declarados pardos. A mortalidade entre 60-69 anos, ao longo dos anos, correspondeu a 20,2% do total de mortes; 30% ocorreram entre 70-79 e 43,8% entre maiores de 80 anos.Conclusões: Apesar da freqüência crescente em 10 anos, percebe-se que o número de óbitos por câncer de próstata, neste estudo, esteve abaixo da média brasileira que é de 14 óbitos por 100mil habitantes, sendo o segundo mais frequente, entre os óbitos por neoplasias, na população do país. Em relação as faixas etárias, a situação epidemiológica de João Pessoa se aproxima dos índices nacionais, uma vez que, no Brasil, cerca de 90% dos óbitos ocorre em maiores de 65 anos. Sabe-se que há elevada prevalência e morbimortalidade da doença em pacientes negros, mesmo assim, este estudo concluiu que os óbitos entre usuários declarados pardos ou brancos compreenderam 88% do total.Bibliografia:INCA- NORMA TÉCNICA CONJUNTA n 001/2015. Posicionamento do Ministério da Saúde acerca da integralidade da saúde dos homens no contexto do novembro azul. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/9e6e07004a50eca8968bd6504e7bf539/Nota+T%C3%A9cnica+CAP+finalizada.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=9e6e07004a50eca8968bd6504e7bf539. Acessado em 06/02/2017.DATASUS. Sistema de Informações sobre mortalidade. Disponível em: http://tabnet.saude.pb.gov.br/tabnet/deftohtm.exe?tabdo/sim_estado.def . Acessado em 06/02/2017.MOYER , VA. Screening for prostate câncer: US Preventive Service Task Force Recommendation Statement. Anals of Internal Medicine. 2012; v 157; n 2.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1963

TÍTULO DO TRABALHO: Angiomiofibroblastoma de Vulva: Relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: UROLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCELO PAULO TISSIANI1; MARINA DANTAS HENRIQUE2; CAMILLA DE ALMEIDA FRANCA FALCÃO2; KARINE ABREU TAVARES2; WANUZIA KEYLA SILVA MIRANDA2; JOSÉ CALIXTO DA SILVA NETO2. 1. UFPB, JOAO PESSOA - PB - BRASIL; 2. FAMENE, JOAO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O angiomiofibroblastoma (AMFB) é tumor raro, benigno e de origem mesenquimal, que ocorre prevalentemente no trato genital feminino e masculino em proporção de 10:1. A região mais acometida é a vulva e a população mais envolvida são mulheres em idade reprodutiva. Relato do caso: Mulher, C.S.T., 40 anos, casada, GIIIPIII, com queixa isolada de massa em região vulvar em lábio maior direito, de crescimento lento aproximadamente há dois anos. Ao exame da vulva, evidenciou-se tumoração volumosa, de bordos bem delimitados, consistência fibroelástica, móvel e indolor. Ao toque vaginal bimanual, útero e anexos sem massas palpáveis e linfonodos pélvicos ausentes à palpação. Na ultrassonografia de partes moles de vulva foi identificado processo sólido de 10 x 5,5 x 3,0 cm, sem vascularização interna ao Doppler, mantendo nítido plano de clivagem com estruturas adjacentes. Posteriormente, realizou-se ressonância nuclear magnética cujo laudo demostrou formação expansiva no tecido subcutâneo do grande lábio direito. A cirurgia de exérese do tumor foi realizada sem intercorrências sendo possível a retirada completa da tumoração. À macroscopia, a massa era única e sólida, media 13 x 10 x 4 cm, com bordos bem delimitados, ausência de líquido e de necrose em seu permeio. À microscopia, os cortes histológicos apresentavam-se com lesão constituída por estroma edematoso, cercado por capilares delgados e zonas alteradas de celularidade compostas por células com núcleos ovoides à fusiformes, concentrados próximos ao vaso, o que definiu o diagnóstico de AMFB. No pós-operatório, a paciente evoluiu com boa recuperação e cicatrização. Conclusão: A queixa inicial das pacientes com AMFB é uma massa indolor de crescimento lento. Por serem pouco frequentes, os tumores mesenquimais são confundidos clínica e até ultrassonograficamente com outras massas mais comuns, o que torna impressindível a abordagem com EcoDoppler para tal diferenciação. A histopatologia do angiomiofibroblastoma descreve alterações bem circunscritas e caracterizadas pela alternância de áreas hipo e hipercelulares com vasos sanguíneos abundantes de paredes finas e células com núcleos fusiformes ou ovoides, que tendem a concentrar-se em torno dos vasos ou em pequenas aglomerações ? como encontrado no presente estudo. O tratamento curativo de escolha para AMFB é a excisão total, pois, quase não há recorrências após a retirada completa da lesão, o que reafirma a natureza benigna dessa patologia.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2489

TÍTULO DO TRABALHO: ANGIOMIOLIPOMA BILATERAL E ESCLEROSE TUBEROSA DIAGNOSTICADOS APÓS HEMORRAGIA RETROPERITONIAL SEM REPERCUSSÃO HEMODINÂMICA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: UROLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FABIO LUIZ DE SOUZA1; JUAN MATHEUS SANTANA MENDES2; JOSE BARBOSA MENDES JUNIOR1; MILTON TATSUO TANAKA1; FABRISIO BARBOSA1; GILBERTO DOBLER1; MALCOM J K BRIGO1. 1. MASTER CLÍNICA (CASCAVEL - PR); FACULDADES ASSIS GURGACZ (CASCAVEL - PR), CASCAVEL - PR - BRASIL; 2. MASTER CLÍNICA (CASCAVEL - PR); UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA (LONDRINA - PR), CASCAVEL - PR - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O angiomiolipoma (AML) é um tumor benigno, constituído de gordura, vasos sanguíneos e tecido muscular liso. Apresenta-se habitualmente como incidentaloma em exames de imagem, com prevalência de 0,4% na população. O diagnóstico confirma-se pela tomografia computadorizada (TC), com achados bastante característicos. A ocorrência de AML múltiplo e bilateral está fortemente ligada à esclerose tuberosa (ET), uma doença genética rara e que afeta vários órgãos. A ET pode ocasionar nódulos nos rins, cérebro e pele. Os portadores apresentam defeitos em dois genes (TSC1 e TSC2), que codificam as proteínas hamartina e tuberina. OBJETIVOS: Relatar um caso de AML bilateral e ET, diagnosticados após hemorragia retroperitonial sem repercussão hemodinâmica. MÉTODOS: Análise retrospectiva do prontuário médico, exames complementares e revisão da literatura. RESULTADOS: Paciente do sexo feminino, 43 anos, com lombalgia à direita há 5 dias e febre não-aferida. Não havia antecedentes patológicos importantes, trauma ou história familiar relevante. Apresentava-se levemente descorada, hemodinamicamente normal e com punhopercussão dolorosa à direita. Os exames laboratoriais mostraram 90 hemácias/campo na urina e hemoglobina 10,3 ng/dL. Submetida à TC que mostrou múltiplos AML no rim esquerdo de até 15 mm, além de acentuada distorção arquitetural do rim direito, com múltiplas lesões coalescentes e hematoma perirrenal. Devido ao quadro de hemorragia retroperitonial foi indicada cirurgia exploradora, onde verificou-se extenso dano renal ocasionado pelo tumor e pela hemorragia, optando-se pela nefrectomia total direita. A análise patológica confirmou múltiplos AMLs até 12 cm e acometimento de 80% do parênquima. A evolução foi favorável, com alta hospitalar após 2 dias, sem necessidade de hemotransfusões. Investigação complementar posterior confirmou o diagnóstico de esclerose tuberosa. Foram realizadas TC de tórax e crânio, que evidenciaram múltiplos cistos pulmonares até 14 mm, além de pequenas formações nodulares subependimárias e calcificadas na periferia dos ventrículos cerebrais. CONCLUSÕES: Apesar da rotura de AMLs renais apresentar-se na maioria dos casos com sinais de perda volêmica, ela pode ocorrer de forma oligossintomática. A investigação de ET nos casos de AML bilaterais é importante devido à forte associação entre as duas doenças.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1890

TÍTULO DO TRABALHO: ANGIOMIOLIPOMA RENAL COM ROTURA ESPONTÂNEA: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: UROLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: KAREN CRISTINE PEREIRA RIBEIRO1; THIAGO ADRIANO SILVA GUIMARÃES1; VALTER GARCIA MORATO JUNIOR1; JULIO CESAR SANTOS DA SILVA1; JOÃO PAULO DE OLIVEIRA GUIMARÃES1; FABRÍCIO GONZAGA E SILVA2. 1. HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS, PATOS DE MINAS - MG - BRASIL; 2. MARIO PALMERIO HOSPITAL UNIVERSITARIO, UBERABA - MG - BRASIL.

RESUMO:
O ANGIOMIOLIPOMA RENAL É UMA NEOPLASIA BENIGNA CONSTITUÍDA POR VASOS SANGUÍNEOS, ADIPÓCITOS E FIBRAS MUSCULARES LISAS, CORRESPONDE A 1% A 3% DE TODOS OS TUMORES RENAIS, SENDO ASSINTOMÁTICO EM SUA MAIORIA. PACIENTE DO SEXO FEMININO, 53 ANOS, ADMITIDA DEVIDO A DOR ABDOMINAL HÁ 01 DIA, APÓS ESFORÇO FÍSICO, ASSOCIADO A CHOQUE HIPOVOLÊMICO. REALIZADO TOMOGRAFIA DE ABDOME COM HEMATOMA RETROPERITONEAL, COM DIAGNÓSTICO SUSPEITO DE ANGIOMIOLIPOMA RENAL A DIREITA, COM ROTURA ESPONTÂNEA E HEMORRAGIA. PACIENTE FOI LEVADA PARA LAPAROTOMIA DE URGÊNCIA, COM ACHADO DE LESÃO RENAL A DIREITA COM HEMATOMA ENCAPSULADO, ADERIDA A VEIA CAVA, DUODENO E POLO INFERIOR HEPÁTICO, SENDO RESSECADA INTEIRAMENTE, SEM COMPROMETIMENTO DE OUTRAS ESTRUTURAS, REALIZADA NEFRECTOMIA A DIREITA À MONTANTE. PACIENTE ENCAMINHADA AO CTI, NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO, NECESSITANDO DE HEMOTRANSFUSÃO E USO DE AMINAS VASOATIVAS, RECEBENDO ALTA DA UNIDADE INTENSIVA NO 3º DIA PÓS-OPERATÓRIO (DPO). ENCAMINHADA A ENFERMARIA, ONDE RECEBEU CUIDADOS, EVOLUINDO SATISFATORIAMENTE, COM ALTA HOSPITALAR NO 10º DPO. RETORNA NO 30º DPO, COM HISTÓRIA DE DISPNÉIA EM REPOUSO, FEITO RX SIMPLES DE TÓRAX, COM DIAGNÓSTICO DE DERRAME PLEURAL, REALIZADA TORACOCENTESE, DE ASPECTO SANGUINOLENTO, COM MELHORA DA DISPNÉIA, SEM OUTRAS INTERVENÇÕES. SOLICITADO D DIMERO, COM AUMENTO SIGNIFICATIVO E FEITO DIAGNÓSTICO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR A DIREITA. INICIADA ANTICOAGULAÇÃO E RECEBEU ALTA APÓS 7 DIAS DE INTERNAÇÃO. RETORNA EM AMBULATÓRIO, COM ANATOMOPATOLÓGICO, COM ACHADO DE PARENQUIMA RENAL SUBSTITUÍDOS POR NEOPLASIA PELA FORMAÇÃO DE TECIDO ADIPOSO UNILOCULAR, TECIDO MUSCULAR ALEM DE PROLIFERAÇÃO VASCULAR AS VEZES COM ALTERAÇÕES MODERADAS DE ALGUNS DE SEUS COMPONENTES, COM DIAGNÓSTICO DE ANGIOMIOLIPOMA RENAL. AS RUPTURAS ESPONTÂNEAS DO PARÊNQUIMA RENAL ESTÃO ASSOCIADAS A TUMORES EM APROXIMADAMENTE 50% DOS CASOS, ALÉM DA RICA VASCULARIZAÇÃO, EXISTEM ALTERAÇÕES ESTRUTURAIS NAS PAREDES DOS VASOS QUE OS PREDISPÕEM À RUPTURA, COMO A PRESENÇA DE UMA PAREDE VASCULAR POBRE EM TECIDO ELÁSTICO NORMAL; BEM COMO TUMORES GRANDES, COM ANEURISMAS SÃO MAIS PREDISPOSTOS À RUPTURA. A ABORDAGEM CIRÚRGICA PODE ENGLOBAR EMBOLIZAÇÃO ARTERIAL SUPERSELETIVA, ENUCLEAÇÃO DO TUMOR E, EM ALGUNS CASOS, NEFRECTOMIA. NESTE CASO, O DIAGNÓSTICO CONFIRMADO FOI FEITO APÓS RESSECÇÃO CIRURGICA DO TUMOR E NEFRECTOMIA, EVIDENCIANDO A IMPORTÂNCIA DA SUSPEIÇÃO DESTA LESÃO EM CASOS DE HEMATOMA RETROPERITONEAL, VISTOS EM IMAGENS RADIOLÓGICAS.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2741

TÍTULO DO TRABALHO: AVALIAÇÃO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES PORTADORES DE CÂNCER DE PRÓSTATA NO HOSPITAL OPHIR LOYOLA NO MUNICÍPIO DE BELÉM ? PA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: UROLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ALEXANDRE ERNESTO POZZEBON MOURÃO1; HIGOR LUCIANO SERIQUE GATO LEITE1; LARA BEATRIX SNIJDERS RIZZI ROGERIO1; FABIO ALVES MORIKAWA CALDEIRA1; NATALIE ALMEIDA SILVA1; LEANDRO DE SOUSA COELHO1; VICTOR DE FREITAS FERREIRA1; ERIKA SILVA SPESSIRITS2; ALLAN HERBERT FELIZ FONSECA1. 1. OPHIR LOYOLA, BELÉM - PA - BRASIL; 2. OPHIR LOYOLA, BELEM - PA - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O câncer de próstata (CAp) é o segundo câncer em incidência entre os homens no mundo e a quinta causa de mortalidade por tumores malignos, à exceção do câncer de pele não melanoma, e por isso torna-se um tema intensa relevância. OBJETIVO: Avaliar o perfil epidemiológico dos pacientes portadores de câncer de próstata no hospital Ophir Loyola do período de janeiro de 2010 a novembro de 2014 no município de Belém-PA. METODOLOGIA: Trata-se de um estudo transversal, observacional, descritivo, onde a unidade de estudo foi um grupo de indivíduos (pacientes portadores de câncer de próstata atendidos no serviço urologia do Hospital Ophir Loyola) e que estiveram de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, onde foi realizado o levantamento de dados dos prontuários dos pacientes atendidos entre o período de Janeiro de 2010 a Novembro de 2014. RESULTADOS: Dos 150 prontuários de pacientes analisados, a maioria (75,33%) encontrava-se entre 55 a 75 anos de idade, 70% eram casados, 75,3% tinham escolaridade inferior a 8 anos de estudo, 54% dos pacientes eram da raça negra, quanto à história familiar 18% dos pacientes possuíam parentes de 1º grau com diagnóstico do câncer de próstata. No que diz respeito ao grau do escore de Gleason, o valor: 3+3= 6, foi o mais observado no presente estudo com 76%. CONCLUSÃO: Conclui-se que o perfil dos pacientes portadores de câncer de próstata é de homens negros, casados, entre 55 e 75 anos de idade, com escolaridade inferior a 8 anos de estudo e com score de Gleason na admissão, valor: 3+3=6.

CODIGO DO TRABALHO: 754

TÍTULO DO TRABALHO: CARCINOMA NEUROENDÓCRINO (CARCINOMA DAS CÉLULAS DE MERKEL) DO RETROPERITÔNIO: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: UROLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CARLOS ROBERTO CARVALHO LEITE1; JÉSSICA MONTENEGRO PONTES2; ERNESTO DE SOUZA DINIZ NETO1; JOSANN FREDERICO RIBEIRO1; GABRIELLA SANCHO LEITE1; ARTHUR GONÇALVES DE LIMA FRANÇA1; KAROLINE RODRIGUES COSTA ARAÚJO1; ANTONIO MATEUS ANDRADE DE SOUSA1. 1. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. FAMENE, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Carcinoma neuroendócrino é uma neoplasia maligna e agressiva, originária do sistema neuroendócrino e tem nas células de Merkel seu substrato anatomopatológico. A doença é bastante rara e apenas um número relativamente pequeno de casos não apresenta lesão primária aparente. A finalidade deste trabalho é relatar um caso raro de tumor neuroendócrino (tumor das células de Merkel) da região retroperitoneal observado e tratado no Hospital de Câncer Napoleão Laureano, em João Pessoa-PB. Relato de caso: PQS, 70 anos, branco, masculino, com queixas de dor lombar de forte intensidade, com 06 meses de evolução. Tomografia computadorizada de abdome revelou formação expansiva na região retroperitoneal direita anteriormente ao rim homolateral, medindo aproximadamente 4cm de diâmetro, sem outros achados. Endoscopia digestiva alta e colonoscopia sem alterações. CEA, alfafetoproteína e CA 19-9 estavam dentro do limite da normalidade. Antígeno prostático específico (PSA) estava aumentado, mas o toque retal era normal e a biópsia prostática não revelou malignidade. O paciente foi submetido à ressecção de massa retroperitoneal com margens de segurança por lombotomia direita, evoluindo sem intercorrências no pós-operatório. O perfil imuno-histoquímico da peça operatória revelou positividade da cromogranina e negatividade para 35BH11 e 34BE12, confirmando o diagnóstico de carcinoma neuroendócrino pouco diferenciado. Um mês após o procedimento cirúrgico, foi detectada, por ressonância nuclear magnética, a presença de doença metastática na coluna vertebral, promovendo dor lancinante e dificuldade de deambulação, quadro que foi tratado com quimioterapia com Etoposide e Ifosfamida e radioterapia locorregional, evoluindo com melhora significativa. No momento encontra-se assintomático, sem evidência clínica e radiológica em atividade. Conclusão: O carcinoma neuroendócrino é uma entidade rara, principalmente em retroperitônio. Nesta localização, o tamanho determina a sintomatologia e o diagnóstico tardio, favorecendo a recorrência e metástase. O tratamento quimioterápico é controverso e a extensa excisão local do tumor primário, com margens amplas, é o tratamento cirúrgico de escolha para doença localizada. Propomos que sejam necessários mais estudos para elucidar a verdadeira eficácia da quimioterapia em pacientes convencionais e não convencionais com carcinoma neuroendócrino.

CODIGO DO TRABALHO: 2404

TÍTULO DO TRABALHO: CIRURGIA REPARADORA, CURATIVO À VÁCUO E OXIGENIOTERAPIA HIPERBÁRICA NO TRATAMENTO DA SÍNDROME DE FOURNIER ? UM RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: UROLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PEDRO VICTOR LAZARETTI MENECHINI1; LUCAS EDUARDO SAVÓIA DE OLIVEIRA2; MARCELO GONZALES FAVORETO2; ROSA VIRGINE TAJRA BATISTA3; ANTONIO MARCOS DOS ANJOS2; ADANS WESLLEY TRAUTWEIN2; JULIANA PATRICIA SANTOS DE OLIVEIRA4; NICKSON DELLA GIUSTINA4. 1. HOSPITAL SANTA RITA - MARINGÁ - PR, MARINGÁ - PR - BRASIL; 2. HOSPITAL MARINGÁ, MARINGÁ - PR - BRASIL; 3. HOSPITAL MARINGÁ, BRASIL - PR - BRASIL; 4. HOSPITAL SANTA RITA, MARINGÁ - PR - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃODescrita pela primeira vez em 1883 por Jean Alfred Founier, a síndrome ou grangrena de Fournier é uma fasciíte necrotizante grave, que afeta o trato genital, regiões perineal e perianal. É de origem polimicrobiana e tem caráter progressivo, e com alta morbi-mortalidade, se não tratada precocemente. Doença rara, que afeta homens em sua maioria e na média com 50 anos de idade. Os fatores de risco são diabetes, hipertensão, obesidade, tabagismo, imunossupressão e etc. O tratamento se baseia em desbridamento cirúrgico, antibioticoterapia de largo espectro e cuidados suportivos. Além, a oxigenioterapia hiperbárica tem se mostrado como adjuvante no tratamento da síndrome de Fournier.RELATO DE CASOPaciente masculino, 68 anos de idade, deu entrada em pronto socorro de um hospital da cidade de Maringá, Paraná com história de ingesão de corpo estranho (osso de frango), que impactou em reto baixo. Após tentativa de remoção manual, paciente evoluiu ao longo dos dias com formação de abscesso perianal. À admissão, encontrava-se séptico, em insuficiência renal aguda, instabilidade hemodinâmica e coagulação intravascular disseminada. Ao exame físico, presença de abscesso perianal extenso, que acometia região perienal e escrotal, sendo diagnosticado como gangrena de Fournier. Após estabilização hemodinâmica inicial, paciente é submetido a desbridamento cirúrgico de urgência. Devido à gravidade e instabilidade clínica, optou-se por realização de curativos a vácuo durante os vinte e cinco primeiros dias de internação. Após melhora da condição clínica, realizou-se retalho cirúrgico e, após, oxigenioterapia hiperbárica. Paciente evoluiu de forma favorável, recebendo alta no quadragésimo dia de pós-operatório.CONSIDERAÇÕES FINAISDevido a grande morbimortalidade apresentada pela síndrome de Fournier é importante que história clínica e um exame físico pormenorizado sejam realizados na admissão. Assim, a instituição do tratamento é mandatória assim que diagnosticado, pelo caráter progressivo da doença. Importante também ressaltar que terapia cirúrgica e cuidados intensivos devem estar aliados durante o manejo clínico, podendo-se lançar mão da oxigenioterapia hiperbárica, como tratamento adjuvante. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS Yilmazlar T, Gulcu B, Isik O, Ozturk E, Microbiological Aspects of Fournier?s Gangrene, International Journal of Surgery (2017).Marchesi, A., Marcelli, S., Parodi, P.C. et al. Aesth Plast Surg (2017). doi:10.1007/s00266-016-0754-2

CODIGO DO TRABALHO: 2501

TÍTULO DO TRABALHO: CISTITE ENFISEMATOSA - RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: UROLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCIO JOSE CARDOSO AMARAL; MAURO HENRIQUE DE SA ADAMI MILMAN; JOSE ANTONIO SCROCCO DA SILVA; FABIO SOUZA GUIMARÃES; JOSE ROBERTO MELCHIORI BUCCO. HOSPITAL REGIONAL DE COTIA, COTIA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: a cistite enfisematosa é uma entidade rara caracterizada pela alta letalidade e pelo acúmulo de gás na parede vesical, resultante da infecção por bactérias produtoras de gás, principalmente a E. coli e a Klebsiella sp. Fatores de risco incluem mulheres com idade avançada, imunossuprimidos e diabéticos descompensados. Na maioria dos casos é oligossintomática,mas apresenta sepse grave. Alguns pacientes podem apresentar dor abdominal, hematúria e febre. O diagnóstico diferencial para a cistite simples é feito pelos exames de imagem.O tratamento baseia-se na antibioticoterapia de amplo espectro e, em casos selecionados, na cirurgia. Relato de Caso: gênero masculino, 54 anos, branco, admitido no pronto socorro com dor intensa em QID abdominal há 24 h, associada a náuseas,vômitos e diarréia. Referiu disúria, hematúria e urina fétida. Negava febre. Paciente portador de diabetes mellitus, hipertensão, obesidadee antecedente de amputação de hálux direito há 20 dias. No exame físico, apresentava-se em bom estado geral, hemodinamicamente normal, apenas com dor à palpação de fossa ilíaca direita. A glicemia capilar era de 340 mg/dL. Apresentava piúria maciça. Realizada hipótese diagnóstica de infecção de trato urinário complicada.Os exames laboratoriais evidenciaramHb 10,9g%; leucograma: 16.800 leucócitos/mm3, 9% debastões e 79% de segmentados; plaquetas 366.000/mm3; uréia 92 e creatinina 1,84; Na+130; urina 1:piúria>1.000.000; urocultura: K. pneumoniae ESBL. Na TC de abdome com contraste EV, identificou-se cistite enfisematosa + dilatação ureteropiélica com focos gasosos no trajeto ureteral bilateral + focos gasosos na cavidade pélvica, uretra e região inguinal direita + espessamento retal. Iniciado tratamento antibiótico de largo espectro,além de suporte clinico. Paciente apresentou melhora do quadro clínico, persistindo os achados tomográficos. No 62º dia de internação, quando apresentou quadro de sepse grave, foi realizada nova tc de pelve que demonstrou abscesso retrosacral e pélvico, necessitando drenagem cirúrgica de urgência. Iniciado uso de fluconazol, realizada drenagem cirúrgica e mantido sob cuidados intensivos. No 68º dia, foi realizada traqueostomia de proteção, sigmoidostomia em alça, cistostomia e redrenagem da coleção pélvica. Manteve-se instável com choque refratário e faleceu no 74º dia de internação.Conclusão: a cistite enfisematosa é uma doença dramática de alta morbimortalidade.

CODIGO DO TRABALHO: 1338

TÍTULO DO TRABALHO: Cistite eosinofílica: um relato de caso.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: UROLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PATRÍCIA DUTRA HAMILTON1; LAIS RAMALHO CHAVES ISOBE1; CLEISI PEZZINI SANDRI2; FABIANA MARTINO SEHN1; FELIPE BALDUS1; ANDRE LUIZ LOUREIRO DE MATTOS FILHO1; RODRIGO MAZOCO BORGES1; GABRIELA BOHN SPIES3. 1. UFFS, PASSO FUNDO - RS - BRASIL; 2. PASSO FUNDO, PASSO FUNDO - RS - BRASIL; 3. FURG, CAXIAS DO SUL - RS - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A cistite eosinofílica é uma patologia inflamatória extremamente rara da parede vesical cuja fisiopatologia permanece obscura. O diagnóstico é essencialmente histopatológico e se caracteriza pela presença de células inflamatórias com numerosos eosinófilos em todas as camadas da parede vesical, fibrose da mucosa e muscular e necrose da muscular. Relato de caso: D.E., sexo feminino, 30 anos, havia realizado cesariana há 75 dias e procurou pronto-atendimento com queixa de febre (38,5ºC), disúria, hematúria, polaciúria e urgência miccional, sendo realizado antibioticoterapia sem melhora. Após um dia de tratamento, a paciente procurou atendimento urológico, foi solicitado tomografia computadorizada de abdome que evidenciou espessamento da parede da bexiga e RNM de abdome que também evidenciou espessamento uniforme de toda a parede da bexiga, medindo até 6 mm que se estendia até a uretra. A hipótese diagnóstica de cistite intersticial foi levantada, sendo, então, realizada cistoscopia que demonstrou presença de inflamação de aproximadamente 70% da parede vesical e pequena quantidade de secreção purulenta aderida. O anatomopatológico veio como resultado de cistite eosinofílica. Iniciou-se o tratamento com cortico-esteróides, anti-histamínicos e antibioticoterapia empírica com Ampicilina. Após 14 dias sem sucesso terapêutico, foi suspenso Ampicilina e iniciado Azatioprina com boa resposta clínica. A paciente ficou internada por 18 dias com analgesia escalonada. A melhora do quadro foi monitorada pela diminuição da necessidade de analgesia e por nova cistoscopia com melhora macroscópica do aspecto da parede vesical. Conclusões: A cistite eosinofílica é uma patologia singular que entra no quadro de diagnósticos diferenciais de neoplasia de bexiga. Os sintomas clássicos são polaciúria, disúria, hematúria e dor supra-púbica à micção. Sua apresentação clínica é similar a patologias comuns do trato urinário (como infecção do trato urinário), porém, o diagnóstico diferencial só é possível através do exame histológico. O tratamento é embasado em anti-inflamatórios e cortico-esteróides, podendo eventualmente ser necessário a associação de anti-histamínicos e imunossupressor (Azatioprina). Em caso de falha do tratamento clínico, recorrer ao tratamento cirúrgico pode ser necessário. As possibilidades cirúrgicas envolvem a ressecção endoscópica com eletrocoagulação, cistectomia parcial e nos quadros mais graves, cistectomia total.

CODIGO DO TRABALHO: 678

TÍTULO DO TRABALHO: Condiloma acuminado gigante ? Tumor de Buschke-Löwenstein: relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: UROLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: NICOLAS ALMEIDA LEAL DA SILVA1; AMANDA CAROLINE DAMAS TABORDA2; FELIPE ABATTI SPADINI2; AMANDA VARNIER PARISOTTO3; GABRIEL WEISS3; CLAUDIO MIGUEL PINTO MORALES1; MARCELO PIMENTEL1; SUELLEN CRISTINA MONTAGNA2. 1. SERVIÇO AVANÇADO DE UROLOGIA, PASSO FUNDO - RS - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS, PASSO FUNDO - RS - BRASIL; 3. RESIDÊNCIA MÉDICA EM CIRURGIA GERAL - UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL / HCPF, PASSO FUNDO - RS - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O condiloma acuminado gigante é conhecido como tumor de Buschke Löwenstein(TBL). Primeiramente descrita por Buschke em 1896 e em 1925 foi definida clinicamente por Löwenstein. A lesão é descrita como vegetante, verrugosa e com aspecto exofítico. Embora histopatologicamente benigna, clinicamente exibe propriedades malignas ao infiltrar tecido adjacentes (carcinoma de células escamosas). Apresenta uma elevada taxa de recorrência (até 70%). A sua incidência é de 1,7% na população geral e de 11-62% entre os pacientes HIV positivo.RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 27 anos, natural de Passo Fundo - RS, sem vacina para HPV. Apresentou lesões vegetantes de pequeno tamanho na região inguinal e bolsa escrotal. Realizou terapia tópica com Cetoconazol e Betametasona. A lesão apresentou crescimento progressivo e o paciente foi encaminhado ao ambulatório de urologia. No exame físico, foi identificada lesão vegetante, com aspecto verrucoso, com cerca de 20cm de comprimento em região inguinal, predominante à esquerda, e bolsa escrotal. Na investigação diagnóstica do paciente, foi realizado sorologias para hepatite C e B, HIV e sífilis, todos negativos. Realizado tratamento cirúrgico, com ressecção ampla das lesões associada à eletrocauterização. Na revisão cirúrgica, após 15 dias, apresentava aspecto clínico satisfatório. O estudo histopatológico confirmou os achados clínicos da lesão.CONCLUSÃO: O TBL é uma variante do condiloma acuminando e está relacionado ao papilomavírus humano, pricipalmente os subtipos 6 e 11. Os sintomas são uma ou múltiplas massas, com tamanhos variados. Deve ser identificado precocemente, já que possui uma progressão e crescimento acelerado e pode transformar-se em carcinoma de células escamosas em até 70% dos casos. Entre as opções de tratamento incluem medicações tópicas, quimioterapia, laser, eletrocoagulação e ressecção cirúrgica, sendo esta a que apresenta os melhores resultados. Paciente foi submetido à ressecção cirúrgica associado à eletrocauterizacão das lesões menores e fechamento primário. Até o momento não apresentou recidiva das lesões.REFERÊNCIAS:Tas S, Arik MK, Ozkul F, Cikman O, Akgun Y. Surgical Management of Perianal Giant Condyloma Acuminatum (Buschke-Löwenstein Tumor). Case Rep Surg. 2012; 2012: 507374.Uribe N, Rueda C, López M, Balciscueta Z, Martín MC, Terrádez JJ, Flores J. Management of giant anal condyloma by wide local excision and anoplasty. Colorectal Dis. 2012 Nov;2014(11):1394-7.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 3049

TÍTULO DO TRABALHO: CONDILOMA ACUMINADO GIGANTE ?Tumor de Buschke-Lowenstein?

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: UROLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RONE EDER DE SOUZA SILVA1; RAFAEL BALDISSERA CARDOSO2; SAYARA STEFANI GOUBETI MELOCRA1; TATIANE CRISTINA OLIVEIRA GIGEK1. 1. UNIVERSIDADE DE MARILIA, MARILIA - SP - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE DE MARÍLIA, MARILIA - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO O Tumor de Buschke-Lowenstein, ou Condiloma Acuminado Gigante, é uma entidade rara pertencente ao grupo dos ?Carcinomas Verrucosos?, lesão benigna com potencial de malignidade provocado pelo Papilomavirus Humano (HPV) tipo 6 e 11 representando 5% dos tumores penianos. Histologicamente está caracterizado pela presença de papilomatose, acantose, hiperqueratose e paraqueratose celular variável. A evolução natural da doença é determinada pelo local do tumor e sua tendência à infiltração, empurrando o tecido adjacente. RELATO DE CASO: Paciente masculino, 50 anos, operador de máquinas de grande porte, refere que há 18 anos notou o aparecimento inicial de 4 lesões em região pubiana onde no atendimento recebido foi realizado cauterização e biópsia das referidas lesões tendo restado apenas uma lesão única localizada abaixo da inserção do pênis. Após 4 anos, refere aumento de tamanho desta mesma lesão, onde foi prescrito e solicitado pelo médico atendente o uso de ?Imiquimod? por durante 5 meses, negando melhoras e relatando o aparecimento de novas lesões em 40 dias. Por opção do paciente, suspendeu o tratamento e não procurou atendimento até o ano de 2015, onde foi realizado um novo processo de cauterização, e hoje, aguarda retorno para nova conduta. Paciente relata que em alguns episódios apresentou prurido das lesões e odor fétido. Relata ser hipertenso em uso de Enalapril 10mg e Hidroclorotiazida 5mg, negando quaisquer outras doenças de base. Refere ter tido 5 parceiras sexuais durante toda sua vida, e nos últimos 2 anos, parceira única. Além disso, conta que em todas as relações sexuais houve uso de preservativo, e nega quaisquer lesões em sua cônjugue.CONCLUSÃO: O Condiloma Acuminado Gigante representa um desafio cirúrgico contínuo , por causa da necessidade de procedimentos cirúrgicos exaustivos que deve ter em consideração os princípios oncológicos e uma melhor resolução anatómica . Nenhum protocolo de tratamento padrão pode ser estabelecido, em virtude da raridade da doença . A cirurgia radical incluindo excisão total das zonas afetadas representa a terapia "padrão ouro" . Outras formas conhecidas de tratamento foram insatisfatórios sem significado estatístico, através de estudos em pequenos grupos de pacientes. Um longo prazo de seguimento nos pacientes acometidos é altamente recomendado, devido ao aumento da taxa de recidiva.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1423

TÍTULO DO TRABALHO: EMBOLIZAÇÃO DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA APÓS NEFROLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA: RELATO DE DOIS CASOS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: UROLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CARLA MARIANA GONÇALVES CARVALHO E SILVA1; JOSÉ AIRTON ANDRADE JÚNIOR1; SAMUEL OLIVEIRA CUNHA MARQUES1; YANDRA MENDES MOURA FREITAS1; MANOEL ÍTALO PINHEIRO NÉRI2; DAVID WESLEY RIBEIRO MUNIZ2; ÁLISSON DUARTE MARTINS2; LUIS CARLOS FEITOSA TAJRA1. 1. CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI, TERESINA - PI - BRASIL; 2. FACULDADE INTEGRAL DIFERENCIAL, TERESINA - PI - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A fistula arteriovenosa é uma complicação rara após a nefrolitotripsia percutânea, acarretando severa hematúria e pondo em risco a vida do paciente. O tratamento convencional consiste em controlar o sangramento através de uma nefrectomia total ou parcial. Objetivo: O presente relato tem como objetivo apresentar dois casos de fístulas arteriovenosas como complicações decorrente de nefrolitotripsia percutânea e sua resolução através de técnica endovascular por embolização. RELATO DO CASO: Dois pacientes, 30 e 40 anos, sexo masculino, com queixa de dor em flanco esquerdo. Foi realizado urografia excretora evidenciando cálculo coraliforme incompleto em rim esquerdo medindo 30mm e cálculo piélico em rim esquerdo medindo 25mm respectivamente. Foi realizado nefrolitotripsia percutânea para retirada dos cálculos. Os procedimentos iniciaram-se com a colocação de sonda ureteral via cistoscópica em cada paciente, e punção posterior com dilatação e posicionamento de Amplax®. Em seguida introduziu-se o nefroscópio e o litotriptor para fragmentação e sucção dos cálculos. Os pacientes apresentaram evolução favorável intraoperatória e durante hospitalização. Após 48 horas, receberam alta hospitalar. Passados 4 e 7 dias respectivamente, ambos retornam ao serviço de urgência urológica com queixa de hematúria maciça, sendo conduzidos ao centro cirúrgico para lavagem de bexiga por cistoscopia para aspiração de coágulos, além de hemotransfusão, com boa evolução. Entretanto, o primeiro paciente recorreu após 2 dias e o segundo paciente após 5 dias com nova hematúria, que motivou o serviço a realizar uma arteriografia, confirmando diagnóstico de fístula arteriovenosa, sendo tratada através de embolização. O controle da arteriografia mostrou ausência da fístula evidenciada anteriormente em ambos os casos. CONCLUSÃO: A embolização é um procedimento eficiente para tratamento de fístulas arteriovenosas em pacientes submetidos a nefrolitotripsia transnefroscópica.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2371

TÍTULO DO TRABALHO: Fístula Colovesical por Diverticulite Aguda Complicada.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: UROLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ARIELE SOUZA MELO; QUINTINO NASCIMENTO CAVICHINI; CAMILA VILELA NUNES; LORENNA VAZ DE OLIVEIRA; SAMIRA SOARES KHAYAT; LUANA GAIO VOGAS; LETHICIA SIQUEIRA LEITE; LARISSA CORDEIRO MOSTACEDO LASCANO. UNIG CAMPUS V, ITAPERUNA - RJ - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A diverticulose cólica refere-se à presença de divertículos no cólon. A diverticulite significa a presença de inflamação e de infecção associadas aos divertículos, mais frequentemente localizados no cólon sigmoide, motivada por diferentes mecanismos, como obstrução diverticular, estase cólica, alterações da flora cólica, isquemia local e micro ou macro perfuração. Pode-se apresentar como diverticulite não complicada, representada por peridiverticulite ou flegmão, e diverticulite complicada, que resulta em obstrução intestinal, formação de abscesso, peritonite ou fístula, sendo a mais frequente a fístula colovesical, com incidência variante entre 23 a 65%.Relato de caso: I. M., masculino, 67 anos, natural e residente de Itaperuna ? RJ, procurou atendimento médico apresentando queixa de urina escura e com odor fétido. Refere que há aproximadamente 90 dias iniciou quadro de dor periumbilical associada à febre, astenia e queda do estado geral. Submeteu-se a internação onde foram realizados exames complementares apresentando leucocitose com desvio à esquerda, com diagnóstico de diverticulite. Evoluiu com melhora do quadro clínico, dando início a sintomas urinários como pneumatúria e fecalúria com infecção do trato urinário de repetição. Foram realizadas Tomografia Computadorizada de Abdome Total e Ressonância Magnética da Pelve que evidenciaram fístula vésico-entérica. Logo após foi proposto tratamento cirúrgico eletivo, sendo realizada sigmoidectomia aberta, exérese em bloco da parede do abscesso e debris e cateterismo vesical que permaneceu por 18 dias, evoluindo satisfatoriamente.Conclusão: A fístula colovesical apresenta-se clinicamente por pneumatúria (75%), fecalúria (50%) e cistite (90%) e tem o mecanismo baseado em duas hipóteses: rutura de divertículo com extensão vesical secundária ou erosão secundária por abscesso diverticular, afetando em maior proporção o sexo masculino (2:1) por considerações anatômicas.Referências: Fazio VW et al. Diverticulitis and Fistula. Current Therapy in Colon and Rectal Surgery. Second Edition, 2005.Hwa-Yeon Yang et al. A Case of Colovesical Fistula Induced by Sigmoid Diverticulitis. Journal of the Korean Society of Coloproctology, 2011.La Mura et al. Colovesical fistulae in the sigmoid diverticulitis. Novembre-Dicembre 2009: Vol.30, nº 11/12.

CODIGO DO TRABALHO: 2692

TÍTULO DO TRABALHO: FRATURA DE PÊNIS (FP) ASSOCIADO À LESÃO URETRAL ? RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: UROLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CAROLINE FERREIRA ARAUJO; FELLIPE DEBONA; LAÍS PRAETZEL SOEIRO DE SOUZA; ANDRÉ ROMBALDI; FERNANDA HACK GOMES. UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS, PELOTAS - RS - BRASIL.

RESUMO:
Introdução - FP é definida como um trauma peniano fechado, com ruptura da túnica albugínea. É uma condição clínica relativamente rara, que geralmente causa medo e constrangimento ao paciente e resulta em busca tardia de assistência médica. Dentre as etiologias mais comuns estão às relações vaginais vigorosas, geralmente com as mulheres na posição superior em atividade (posição ?mulher em cima?), seguido de masturbações. A lesão ocorre, na maioria das vezes, na região da base do pênis e permite a saída do volume sanguíneo acumulado no pênis ereto. Há perda imediata do estado de ereção, com grande hematoma e deformação. O diagnóstico da FP é eminentemente clínico. Pode-se lançar mão da utilização de exames complementares como a ultrassonografia (US) para avaliar localização mais precisa da lesão e uretrocistografia retrógrada (UR) para avaliar presença de lesão uretral associada. O diagnóstico imediato seguido da correção cirúrgica precoce é de grande importância para evitar complicações como disfunção erétil e curvatura peniana anormal, típicas do tratamento conservador. Relato de Caso - GCF, 49 anos, divorciado, natural e procedente de Pelotas-RS, tabagista, procura atendimento no PS de Pelotas no dia 21/01/17 referindo dor peniana acompanhado de edema local após relação sexual. Relatou que após o trauma apresentou-se anúrico. Ao exame, apresentava edema e hematoma importante em base do pênis acompanhado de sangue em meato uretral. Foi submetida à cistostomia no mesmo dia. No dia 22/01 foi realizado US de pênis e UR os quais evidenciaram fratura de pênis e lesão de uretra escroto-peniana. Em seguida a confirmação diagnóstica, foi submetido à cirurgia para correção, passado sonda Nelaton nº 12 para orientação de uretra, realizado rafia de uretra e de corpos cavernosos. Mantido cistostomia e sonda Nelaton no pós-operatório. Teve boa evolução, com alta após 7 dias do procedimento. Manteve sondagens durante 21 dias, mantendo diurese via cistostomia. Conclusão ? Em relação ao caso relatado e revisão bibliográfica prestada evidencia-se a importância do diagnóstico precoce, sendo que o tratamento cirúrgico se mostrou superior em comparação ao tratamento conservador na taxa de complicações pós-operatórias.

CODIGO DO TRABALHO: 1183

TÍTULO DO TRABALHO: Gangrena de Fournier

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: UROLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CAMILA IZABEL CERUTTI1; SANIR ALMEIDA GISBERT1; ANNA CLAUDIA CERUTTI2; JOSE CARLOS OURIQUE DE OURIQUE1; MAURICIO DE VARGAS SOARES1; PAULO GERSON LOPES PEIXOTO1; ISADORA FROIS OURIQUE3; SANIELE ALMEIDA GISBERT4. 1. HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTIAGO, SANTIAGO - RS - BRASIL; 2. HOSPITAL REGIONAL DE VILHENA, VILHENA - RO - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, SANTA MARIA - RS - BRASIL; 4. UPAL, COCHABAMBA - BOLIVIA.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A gangrena de Fournier é uma infecção polimicrobiana causada por bactérias aeróbias e anaeróbias que, atuam de maneira sinérgica, levando a uma fasceíte necrotizante e acometendo principalmente as regiões genital, perianal e perineal. Relatada pela primeira vez em 1764 por Baurienne e referida na literatura com uma rica sinonímia recebeu o nome de gangrena de Fournier em homenagem ao urologista francês Jean Alfred Fournier que a relatou com detalhes em trabalhos publicados em 1863 e 18642. Nesta enfermidade ocorre endarterite obliterante causando trombose vascular subcutânea e necrose de tecidos. Esta última secundária a isquemia local e efeito sinérgico das bactérias. A gangrena de Fournier pode ser idiopática ou estar associada a fatores predisponentes, como diabetes mellitus, alcoolismo, imunossuprimidos, entre outras. A mortalidade é elevada de 30% a 50%, aumentando para até 80% em diabéticos e idosos.OBJETIVO : Apresentar um caso de Gangrena de Fournier em paciente jovemRELATO DO CASO : J.F.L.F., 35 anos, 86 kg, sexo feminino, parda, tabagista, etilista, quadro de dor perianal, apresentando abaulamento com hiperemia e edema. No momento da internação apresentava-se hemodinamicamente estável. Ao exame físico notamos área de tecido necrótico, com secreção purulenta, edema e eritema já atingindo vagina, região perianal e perineal. Realizado desbridamento cirúrgico extenso do tecido necrótico e limpeza da região glútea e sacral, observando fístulas reto-vaginal, enviado material para cultura. Paciente com septicemia por gangrena de Fournier, internada em unidade intensiva (CTI) realizado procedimento de traqueostomia. Realizou-se colostomia em alça para desvio de trânsito intestinal no quinto dia de internação, foi utilizado esquema de Antibioticoterapia de amplo espectro durante 33 dias, sendo interrompido por melhora clínica e laboratorial. A cultura, mostrou crescimento de Pseudomonas Aeruginosa. Concomitantemente feito desbridamento quando necessário. Recebeu alta da CTI sendo transferida para enfermaria após alta hospitalar. Após realizado fechamento de Colostomia e desmame de traqueostomia, esta em acompanhamento ambulatorial.DISCUSSÃO: Em nosso caso, notamos que o reconhecimento precoce, com tratamento agressivo e imediato com o desbridamento de toda área afetada associada à Antibioticoterapia de amplo espectro com medidas de suporte clinico intensivo são essenciais para o prognóstico da paciente. A colostomia mostrou-se favorável.

CODIGO DO TRABALHO: 1156

TÍTULO DO TRABALHO: GANGRENA DE FOURNIER E ABSCESSO PRÉ-SACRAL: RELATO DE CASO E ABORDAGEM MULTIESPECIALISTA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: UROLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARINEZ KIMURA PERES SILVA1; RAFAEL AGOSTINHO MAIOLI2; EDUARDO PINHEIRO GÓIS FENIMAN2; FERNANDO LEÃO COSTA2; GUILHERME IRIA FUJITA1; CAROLINA FERREIRA BALDECERRA1; HELIO APARECIDO BATISTELA JUNIOR2; CÉSAR DANIEL MACEDO2. 1. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ, LONDRINA - PR - BRASIL; 2. HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA, LONDRINA - PR - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOGangrena de Fournier corresponde à infecção necrotizante em região perineal, perianal ou genital, rapidamente progressiva, sobretudo em pacientes predispostos. Na presença de solução de continuidade em região pelvico-perineal e comorbidade predisponente, a microbiota urogenital ou anorretal torna-se patogênica. Há uma taxa de mortalidade significativa de 20-40%, alcançando 88%. Neste relato, o objetivo é expor um caso de fasciíte necrotizante e diversas complicações, mas devido ao tratamento precoce e insistente obteve-se resultado curativo.RELATO DE CASOPaciente masculino, 64 anos, admitido no Hospital Evangélico de Londrina com gangrena de Fournier e evolução para sepse grave. Iniciou-se antibioticoterapia de amplo espectro e desbridamento precoce e extenso de fasciíte necrotizante, cistostomia, laparotomia exploradora e colostomia. Necessitou de desbridamentos seriados com orquidopexia extra-anatômica bilateral. Evoluiu ainda com deiscência da ferida operatória abdominal.Após longo tratamento intensivo, houve tentativa de reconstrução do pênis e sua parede. Porém novo desbridamento desta região foi exigido e, apesar da reabordagem da cirurgia plástica, os pontos foram retirados para melhor drenagem. Houve melhora do aspecto das feridas operatórias, abdominal e genital. Após controle séptico, indicou-se oxigenoterapia hiperbárica. Entretanto, evoluiu com distensão abdominal e parada de eliminação de fezes em colostomia, mesmo pérvia, com resultado parcial às medidas para suboclusão intestinal. Após investigação com RNM e TC, detectou-se coleção pré-sacral, suspeita de abscesso pélvico, com processo inflamatório de região pélvica e períneo.Tentou-se a drenagem do abscesso guiada por ecocolonoscopia, sem sucesso. Realizada, então, a abordagem cirúrgica por via posterior com ressecção sacrococcígea, 5° vértebra sacral e cóccix, para acesso ao espaço retroperitoneal no assoalho pélvico e drenagem do abscesso. Necessitou ainda de transversostomia.Paciente obteve boa recuperação e alta hospitalar após 92 dias de internação. Em acompanhamento ambulatorial há 3 meses com transversostomia funcionante e micção espontânea. Aguarda cirurgia plástica para reconstrução de bolsa escrotal.CONCLUSÃO Apesar da agressividade e alta mortalidade desta síndrome, o tratamento precoce e incisivo com abordagens cirúrgica e clínica devem ser instituídos precocemente em todos os casos. Neste caso, houve surpreendente melhora e cura, ratificando esta conduta.

CODIGO DO TRABALHO: 854

TÍTULO DO TRABALHO: INFARTO TESTICULAR SEGMENTAR SECUNDÁRIO A ORQUIEPIDIDIMITE: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: UROLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MATHEUS GUIDINI LIMA1; ANTONIO CARLOS TONELLI DE TOLEDO1; ANA CAROLINA WERNECK FURTADO2; BRUNA CAMPOS CARDOSO VILELA1; MARCOS TIAGO DE OLIVEIRA1; MARIANA FONSECA BITTENCOURT1; MATHIAS PAULO LOREDO E SILVA1. 1. UFJF, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL; 2. HMTJ, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A epididimite e a orquiepididimite são diagnósticos comuns em homens que apresentam dor testicular unilateral. O tratamento geralmente é conservador, com antibioticoterapia. Apesar de raras, podem ocorrer complicações, como abcesso e infarto testicular.O infarto testicular pode ser causado tanto pela compressão da vasculatura testicular, em decorrência da inflamação e edema do tecido epididimal ou do cordão espermático, assim como pela trombose vascular local secundária às toxinas bacterianas.A ultrassonografia da bolsa escrotal com doppler pode demonstrar ausência de vascularização, evidenciando a necessidade de intervenção cirúrgica para o tratamento definitivo do órgão acometido.Apresentamos um relato de caso de orquiepididimite de repetição com evolução para infarto testicular segmentar.Relato do caso: Homem de 26 anos previamente hígido, queixando-se de edema e dor em região escrotal esquerda, com início há 15 horas, de intensidade progressiva, e culminando com quadro de dor acentuada e incapacitante. Ao atendimento negou uso de medicações analgésicas, trauma local, sintomas urinários ou outros sintomas sistêmicos. Referiu a presença de massa dolorosa à palpação testicular.Nos últimos dois anos apresentou três episódios de orquiepididimite à esquerda com duração de dois a quatro dias e intervalo médio de seis meses. Nesses intervalos, afirmou que manteve massa palpável no testículo esquerdo, porém indolor. Nega fatores desencadeantes. Há sete meses, fez uso de Ciprofloxacino por 14 dias.Ao exame físico o paciente apresentava edema escrotal importante, dor à palpação testicular e presença de massa endurecida, sugerindo edema de epidídimo à esquerdaNos exames complementares, foi evidenciado testículo esquerdo hipoecóico e sem vascularização, inferindo torção testicular, além de leve hidrocele à esquerda.Paciente submetido à exploração cirúrgica, onde constatou-se ausência de torção testicular. Havia hiperemia e edema em epidídimo esquerdo, bem como infarto acometendo 50% do testículo esquerdo. Optou-se por realizar orquiectomia parcial preservando a porção viável do órgão.Conclusão: O caso relatado demonstra o infarto testicular como uma complicação de orquiepididimites de repetição, evolução que pode gerar consequências drásticas, como a sepse e a infertilidade. Dessa forma, o conhecimento acerca de complicações do escroto agudo e a suspeição clínica são de grande importância, pois exigem reconhecimento e intervenção precoce.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 693

TÍTULO DO TRABALHO: INFECÇÕES REPETITIVAS GRAVES DO TRATO URINÁRIO COM PIELONEFRITE ENFISEMATOSA E PIONEFROSE COMPLICADAS POR NEUROINFECÇÃO EM UM PACIENTE COM RIM EM FERRADURA: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: UROLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FELIPE HAUPENTHAL1; GABRIELLA YAMASHITA FELBER1; ANNA KATARZYNA CZECH2. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR), CURITIBA - PR - BRASIL; 2. JAGIELLONIAN UNIVERSITY MEDICAL COLLEGE, KRAKOW, POLÔNIA - POLONIA.

RESUMO:
Introdução: Rim em ferradura é a anomalia mais comum de fusão renal, frequentemente assintomática e diagnosticada incidentalmente em exames de imagem. Relatamos um caso de um paciente do sexo masculino de 39 anos de idade, com rim em ferradura e diabetes mellitus tipo 1, que apresentou insuficiência renal e complicações infecciosas graves recorrentes que culminaram com a remoção do rim em ferradura.Relato do Caso: Um paciente do sexo masculino de 39 anos de idade apresentou-se no hospital com dor lombar aguda, oligúria e febre. Ele tinha histórico de diabetes mellitus tipo 1 mal controlada associada a complicações crônicas. O paciente foi empiricamente tratado com antibióticos de largo espectro e iniciou a diálise. A ultrassonografia abdominal revelou áreas hipoecogênicas no pólo superior do rim direito e levantou a suspeita de abscessos no rim esquerdo. Tomografia Computadorizada (TC) abdominopelvica revelou rim em ferradura, hidronefrose e presença de bolhas de ar bilateralmente nas unidades renais. Nefrostomia percutânea direita e cateterismo ureteral esquerdo foram realizados, resultando em drenagem bilateral do ar e pus. Poucos dias depois, nefrostomia percutânea esquerda foi realizada e o cateter ureteral foi removido.Três meses após a apresentação inicial, ele foi internado no serviço de nefrologia com sintomas de dor lombar bilateral e mal-estar geral. A urocultura foi positiva para Klebsiella pneumoniae ESBL +, e antibioticoterapia foi iniciada. Um dia após a admissão, o estado do doente deteriorou repentinamente com convulsões transitórias e rigidez cervical. A TC de crânio não revelou anormalidades, enquanto que a TC abdominopélvica apresentou coleções de fluidos bilateralmente em unidades renais. Drenagem percutânea foi realizada e o doente foi programado para a remoção cirúrgica do rim em ferradura, a qual foi realizada após a resolução dos sintomas neurológicos. O paciente melhorou e recebeu alta hospitalar no sexto dia pós-operatório.Conclusão: A maioria dos casos de rim em ferradura ocorrem em homens e e normalmente não apresentam implicações clínicas, mas as anormalidades anatômicas relacionadas a essa condição podem resultar em complicações como hidronefrose, obstrução da junção ureteropélvica, urolitíase e infecções. A combinação dessas alterações anatômicas com o diabetes mellitus predispôs o paciente à pionefrose e infecções recorrentes do trato urinário, complicadas por formação de abscessos.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1584

TÍTULO DO TRABALHO: LINFOCELE INFECTADA PÓS PROSTATECTOMIA RADICAL POR ROBÓTICA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: UROLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOAO DA SILVA JUNIOR1; WANDERSON WILLIAN DOS SANTOS DIAS2; HELUZA MONTEIRO DE OLIVEIRAF3; ANA CAROLINA VENDRAMINI VILELA4; ROBERTO TUSSI JUNIOR5; LEONARDO RUIZ CASEMIRO1; TAMIRES IEMES VICHIATOFF4; JOÃO GABRIEL BRANDÃO DA SILVA6. 1. FAMEMA, MARÍLIA - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL CRISTO REDENTO, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 3. UNIFAP, MACAPÁ - AP - BRASIL; 4. UNIMAR, MARÍLIA - SP - BRASIL; 5. UNIMAR, MARÍLIA - RS - BRASIL; 6. FINCA, PORTO VELHO - RO - BRASIL.

RESUMO:
LINFOCELE INFECTADA PÓS PROSTATECTOMIA RADICAL POR ROBÓTICAIntrodução: Linfocele é definida como uma coleção de fluidos linfáticos resultante da transecção de vasos linfáticos, sua apresentação pode ser muito diversa e a taxa de assintomáticos pode chegar a 50%, os sintomáticos podem apresentar sintomas inespecíficos como íleo, algia, febre. O tratamento depende do tamanho da coleção e vai desde tratamento clinico em linfoceles pequenas até marsupialização em grandes coleções recidivadas, por via aberta ou laparoscópica. Este relato mostra um caso de pós operatório tardio de prostatectomia radical por robótica com linfocele infectada sintomática.Relato de Caso: A.I.P., 56 anos, refere há três dias dor abdominal em fossa ilíaca direita irradiada para região inguinal direita com piora há um dia, associado a febre e hiporexia. O exame físico geral encontrava-se sem alterações e o abdominal com dor importante à p a l p a ç ã o d e fossa ilíaca e região inguinal direitas, exames laboratoriais de entrada com leucocitose de 14100 /m m ³ com segmentados em 83%), PCR 296,3 mg/L, GGT 117U/L, FA 185 U/L; Hb, Ht, eletrólitos, amilase e urina I normais. Tomografia computadorizada de abdome evidenciando coleção em região de ilíacas que se estende até próximo ao canal femoral com dimensões de 5,0 cm X 6,6 cm X 4,2 cm = 72 mL, coleção conhecida previamente pelo paciente por se tratar de linfocele decorrente de prostatectomia radical via robótica realizada em outro serviço há mais de seis meses, com dimensões próximas das atuais. Iniciado tratamento clínico com Ciprofloxacino, Metronidazol e sintomáticos sendo que dois dias seguintes, evoluiu com melhora expressiva dos sintomas e exames laboratoriais (leucocitose de 12900/mm³, sendo 76% de segmentados, PCR 216 mg/. No terceiro, voltou a apresentar febre, náuseas e vômito, sudorese, taquicardia, hipertensão arterial e dor precordialConclusao: Indicada laparotomia exploratória em virtude da piora clinica do paciente, observado linfocele infectada da mesma mais apendicectomia, apesar de o apêndice vermiforme não apresentar sinais inflamatórios e modificada a antibioticoterapia para Gentamicina, Ampicilina e Metronidazol. Na cultura do líquido coletado no procedimento cirúrgico houve crescimento de Streptococcus agalactiae sensível aos antibióticos instituídos.O paciente apresentou melhora total do quadro, tendo alta hospitalar no terceiro pós operatório com prescrição de Amoxicilina + Clavulanato por 14 dias.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1038

TÍTULO DO TRABALHO: LINFOMA TESTICULAR PRIMÁRIO: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: UROLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GABRIELE CASTIGLIONI GAROZE1; THALES MENDES MIRANDA1; ELAISY CRISTINA DE SARRO SOARES1; THIAGO CARVALHO GAUDIO2; RAPHAEL CASTIGLIONI NASCIMENTO3; LOREN ROSETTI REBELLO3; RODRIGO ALVES TRISTÃO4. 1. HEJSN - HOSPITAL ESTADUAL DR JAYME DOS SANTOS NEVES, SERRA - ES - BRASIL; 2. HOSPITAL MERIDIONAL, CARIACICA - ES - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE VILA VELHA, VILA VELHA - ES - BRASIL; 4. HOSPITAL EVANGÉLICO DE VILA VELHA, VILA VELHA - ES - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO. Linfoma testicular primário (LTP) é uma forma rara de linfoma não hodgkin (LNH) que representa 1-9% de todos os tumores testiculares e apenas 1% dos casos de LNH. É o tumor testicular mais comum em pacientes com idade superior a 60 anos, apresentando-se como uma massa firme e indolor, tipicamente bilateral. O diagnóstico é histológico, sendo 80-90% do tipo LNH-B difuso de células grandes, e o tratamento é a orquiectomia radical associado à quimioterapia e/ou radioterapia de acordo com o estágio da doença. Foi realizado estudo descritivo tipo relato de caso de neoplasia testicular rara com diagnóstico precoce. RELATO DE CASO. Homem de 71 anos, com quadro de aumento do volume em testículo direito há cerca de 60 dias, dor há uma semana e antibioticoterapia por 21 dias sem melhora. Ultrassonografia de escroto evidenciou testículo direito com dimensões aumentadas, textura heterogênea medindo 78,6 cm³. Foi submetido a orquiectomia radical direita, confirmando a doença pelo histopatológico. Segue em tratamento com quimioterapia adjuvante. CONCLUSÃO. O linfoma testicular primário tem evolução agressiva, elevada taxa de recidivas e extrema dificuldade em diferenciá-lo dos demais tumores testiculares. Devido poucos relatos deste subtipo de LNH se faz necessário estudos prospectivos incluindo um grande número de pacientes.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 543

TÍTULO DO TRABALHO: Melanoma de pênis: ocorrência rara e manejo agressivo.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: UROLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GIULLIA GARIBALDI BERTONCELLO; GABRIELA HORBE WACHHOLZ; GUSTAVO WINTER; LETÍCIA MENDES LEÃES; RAFAEL GERMANOS MENNA BARRETO; ALEXANDRE LANGE AGRA; GUSTAVO FRANCO CARVALHAL. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O melanoma de pênis constitui menos de 1% das neoplasias malignas do aparelho reprodutor masculino e há poucos casos descritos na literatura. Geralmente apresenta prognóstico ruim e seu diagnóstico é tardio. A cirurgia precoce e agressiva é o tratamento mais eficaz. RELATO DO CASO: Paciente masculino, 81 anos e sem comorbidades. Ingressa para consulta no setor de urologia do Hospital São Lucas (HSL) da PUCRS com história de lesão peniana há dois anos. Foi realizada biópsia que revelou neoplasia maligna de células epitelióides com alto índice mitótico, acometendo a derme, sugestivo de melanoma metastático. O estudo imunohistóquímico confirmou melanoma. A tomografia computadorizada (TC) de tórax, abdome e pelve mostraram opacidade nodular densa no terço médio do pulmão direito, linfonodomegalias inguinais e ilíacas externas à direita. Optou-se por penectomia parcial com 2 cm de coto. Após procedimento, paciente evolui bem, recebendo alta hospitalar no quarto dia pós-operatório (PO). O anátomo-patológico da peça cirúrgica foi de melanoma de glande, em fase de crescimento vertical, Breslow 9mm, com focos de invasão vascular, satelitose, 10 mitoses/mm², sem comprometimento uretral e com limites cirúrgicos livres. Paciente segue acompanhamento nos setores de oncologia e urologia do HSL após 12 meses do procedimento. Recusou-se a realizar tratamento complementar com quimioterapia. Os exames recentes mostram progressão de doença pulmonar e em cadeias linfáticas. Paciente está evoluindo com queda progressiva do estado geral. No momento encontra-se com manejo paliativo e totalmente dependente de cuidados. CONCLUSÃO: O melanoma de pênis consiste em uma neoplasia extremamente rara, uma vez que, presumivelmente, a pele do órgão é protegida da exposição solar. Metastiza precocemente, estando 40% dos pacientes metastizados ao diagnóstico. A cirurgia precoce e agressiva é o principal modo de tratamento, não devendo ser postergada ao momento do diagnóstico. Radioterapia e quimioterapia são apenas paliativas. O prognóstico depende do estágio do tumor primário e da presença ou ausência de metástases inguinais. No entanto, a apresentação tardia e as particularidades anatômicas locais tornam difícil o objetivo da cura.

CODIGO DO TRABALHO: 2377

TÍTULO DO TRABALHO: NEFRECTOMIA E HEPATECTOMIA: HIDATIDOSE POLICÍSTICA HUMANA SIMULANDO NEOPLASIA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: UROLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DANIELA SCAGLION TEIXEIRA1; ALICE SOARES DE SOUZA1; BRUNO COLLINS MATHEUS DE MELO1; LUCAS ARAÚJO ALMEIDA2; JESSICA JOSÉ LEITE DE MELO1; ISABELA DE ARAÚJO TORRES NOGUEIRA1; MARIANE DE SANTANA LIMA1; AECIO NAYRON AREA LEAO DE ANDRADE3. 1. CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO LUCAS, PORTO VELHO - RO - BRASIL; 2. FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA, PORTO VELHO - RO - BRASIL; 3. HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS - UNIDADE PORTO VELHO, PORTO VELHO - RO - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O relato visa sistematizar a assistência ao paciente portador da hidatidose policística humana (HPH). Possui evolução lenta e é causada por nematelminto da espécie Echinococcus vogeli ou Echinococcus oligarthrus, espécies produtoras de cistos hidáticos (CH) nos humanos contaminados ao ingerir alimentos com ovos de vermes adultos de animais silvestres.A HPH é rara e se destaca pela formação de CH em sistemas secundários à infecção primária; pela presença de cistos em Tomografia Computadorizada (TC), apresentando imagens mimetizando neoplasias. E sua sintomatologia inespecífica dificultou a conclusão diagnóstica e tratamento corretos, levando o paciente a manejo cirúrgico.Relato de caso: A.S.C., 34 anos, masculino, pardo, procedente de Cacoal?RO, relata ter morado em sítio. Paciente referiu dor lombar à direita desde fevereiro de 2016, em queimação, esporádica. Não etilista, refere ingestão de carne de caça na juventude.Solicitada TC de abdome total, exibiu alterações no lado direito: lesão policística renal, aglomerado cístico em lobo hepático direito e extravasamento de conteúdo para o espaço de Morrison, medindo até 20 x 16 x 11 cm, sugestivo de CH rompido para retroperitônio. O rim direito afetou-se pelas formações de CH, mas eliminou o meio de contraste venoso. Com possível diagnóstico de HPH renal, neoplasia renal ou metástase hepática, seguiu uma conduta cirúrgica, que mostrou lesões císticas comprometendo o rim e segmentos do lobo hepático direitos. Realizou-se nefrectomia direita com hepatectomia não regrada (segmentos VI e VII) com peritôniectomia da fossa parietocólica direita, por dissecção do diafragma, abertura com ressecção segmentar, realização de Valsalva e síntese com Vicryl 0. Após procedimento, iniciou albendazol 400mg por 2 meses. Enviada biópsia ao exame anatomopatológico, sugerindo Echinococcus sp., mas inconclusiva espécie parasitária.Conclusão: A relevância do caso reside no árduo diagnóstico da doença diante da vaga sintomatologia descrita. A valorização das queixas afasta o diagnóstico de neoplasia, para realizar a devida conduta cirúrgica e sintomatológica.Bibliografia:Da Cunha, Fernanda B. de A., Hidatidose policistica no norte do Brasil: abordagem parasitológica e histopatológica de pacas e casos humanos. Tese de doutorado UERJ. Rio de Janeiro, 2012.Da Silva, Renato R., HIDATIDOSE HEPÁTICA E PERITONEAL POR ECHINOCOCCUS VOGELI: SÉRIE DE CASOS SUBMETIDOS A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. Tese de mestrado UNB. Brasília, 2013.

CODIGO DO TRABALHO: 1180

TÍTULO DO TRABALHO: NEFROLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA PARA CÁLCULO PIÉLICO EM RIM ECTÓPICO PÉLVICO GUIADO POR VIDEOLAPAROSCOPIA: RELATO DE UM CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: UROLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CARLA MARIANA GONÇALVES CARVALHO E SILVA1; YANDRA MENDES MOURA FREITAS1; JOSÉ AIRTON ANDRADE JÚNIOR1; SAMUEL OLIVEIRA CUNHA MARQUES1; MANOEL ÍTALO PINHEIRO NÉRI2; DAVID WESLEY RIBEIRO MUNIZ2; ÁLISSON DUARTE MARTINS2; LUIS CARLOS FEITOSA TAJRA1. 1. CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI, TERESINA - PI - BRASIL; 2. FACULDADE INTEGRAL DIFERENCIAL, TERESINA - PI - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A nefrolitotripsia percutânea é uma das principais alternativas de tratamento para cálculos renais de tamanhos maiores que 20 mm. No entanto, a abordagem por esse método em rins ectópicos pode levar à perfuração de alças intestinais ou vasos abdominais, tornando-se complicada a resolução desses casos para os Urologistas. Objetivo: relatar um caso de nefrolitotripsia percutânea em rim ectópico pélvico esquerdo, auxiliado por videolaparoscopia. Relato do caso: Homem, 32 anos, procurou o serviço de urologia apresentando dor em abdômen inferior e hematúria, sendo solicitado urografia excretora que identificou calcificação de aproximadamente 15 mm, em pelve renal de rim ectópico esquerdo. Tratando-se de uma anomalia de posição, não foi recomendado a litotripsia extracorpórea ou a nefrolitotripsia percutânea convencional. Durante o primeiro tempo cirúrgico, foi posicionado a sonda ureteral por via cistoscópica, a seguir foi introduzido o primeiro trocater de 10 mm a nível periumbilical, com posicionamento da ótica, seguido da colocação do segundo trocater em fossa ilíaca esquerda, e com auxílio de pinça de preensão foram afastadas e dissecadas as alças intestinais para exposição do rim. Sob visão da câmera, foi visualizado o trajeto feito pela agulha de Chiba, pelo mesmo orifício, até a punção do parênquima renal através do cálice inferior, auxiliada por fluoroscopia que confirmou o bom posicionamento do fio-guia dentro da pelve renal. Posteriormente, foram colocados os dilatadores seguidos do Amplax®, feito o posicionamento do nefroscópio e do litotriptor, realizando-se a quebra do cálculo e sua retirada. Concluindo-se com a retirada do Amplax® e posicionamento da nefrostomia, encerrando o procedimento cirúrgico, que transcorreu sem intercorrências. Conclusão: A associação da técnica de nefrolitotripsia percutânea assistida por videolaparoscopia, em casos complexos, como nos casos de anomalias anatômicas renais de posição, permite realizar o procedimento de forma segura, sem comprometer o resultado.

CODIGO DO TRABALHO: 2498

TÍTULO DO TRABALHO: ORQUIECTOMIA POR TORÇÃO TESTICULAR INTRA-UTERINA NA URGÊNCIA: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: UROLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MIRNA KARINE DE BRITO MELO ESCÓRCIO1; RAIMUNDO NONATO VAZ DE SOUSA FILHO2; MARIA CLARA CHAVES MONTEIRO1; DÉBORA SARA NEVES LIMA1; LEONARDO FORTES GOMES2; ALESSANDRA MARIA CERQUEIRA DE SOUSA3; ISADORA MARIA MATIAS BATISTA2; DAVI BRAGA DE CARVALHO2; RAISSA TECIA BRAGA DE CARVALHO2; JOÃO ESTEVAM DA ROCHA FONSECA NETO2; PAULO AFONSO DE OLIVEIRA RIBEIRO3. 1. UNINOVAFAPI, TERESINA - PI - BRASIL; 2. FACID DEVRY, TERESINA - PI - BRASIL; 3. UESPI, TERESINA - PI - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A torção testicular corresponde à torção das estruturas do cordão espermático em torno de sua base, que apresenta fixação incompleta ou anômala e resulta em oclusão da suplementação sanguínea, que, se não aliviada, causa necrose testicularar torção testicular extravaginal é a forma de apresentação característica do período perinatal, sendo uma forma de apresentação rara, presente em 5% dos casos. O diagnóstico diferencial no recém-nascido deve ser feito com hérnia encarcerada, hidrocele tensa e tumor testicular. O presente caso tem como objetivo relatar a ocorrência rara de torção intravaginal em neonato. RELATO DE CASO: Recém-nascido com dois dias de vida, sexo masculino, natural de Teresina ? PI. Mãe realizou cinco consultas de pré-natal, parto vaginal sem intercorrência. Peso de nascimento 3550g. Em aleitamento materno exclusivo, com boa pega e sucção. Deu entrada no serviço de urgência pediátrico de referência com história de febre e testículo endurecido. Ao exame: estado geral bom, eupneico, febril, corado, acianótico e hidratado. Testículo aumentado, indolor, de consistência firme, horizontalizado e coloração azul equimótica. Foi realizado ultrassom de bolsa escrotal que evidenciou hidrocele de moderado volume bilateral, testículo e epidídimo esquerdo dismorficos, com dimensões aumentadas, ecotextura heterogênea e sem fluxo ao estudo Doppler, evidenciando torção testicular à esquerda. Sendo realizado orquiectomia esquerda por necrose total do testículo e fixação do testículo contralateral. Histopatológico evidenciou infarto hemorrágico do testículo esquerdo. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A torção testicular intra-uterina é considerada urgência médica. Sendo mandatória a exploração cirúrgica e fixação do testículo contralateral prevenindo futura torção e infertilidade.

CODIGO DO TRABALHO: 1110

TÍTULO DO TRABALHO: Orquiepididimite causada por paracoccidioidomicose: relato de caso.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: UROLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: NICOLAS ALMEIDA LEAL DA SILVA1; GABRIEL WEISS2; AMANDA CAROLINE DAMAS TABORDA3; AMANDA VARNIER PARISOTTO2; FELIPE ABATTI SPADINI3; CLAUDIO MIGUEL PINTO MORALES1; MARCELO PIMENTEL1; SUELLEN CRISTINA MONTAGNA3. 1. SERVIÇO AVANÇADO DE UROLOGIA - SAU, PASSO FUNDO - RS - BRASIL; 2. RESIDÊNCIA MÉDICA EM CIRURGIA GERAL - UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL / HCPF, PASSO FUNDO - RS - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS, PASSO FUNDO - RS - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Paracococcidioidomicose (PCM), conhecida como Blastomicose Sul-Americana ou Doença de Lutz-Splendore-Almeida, é uma das micoses endêmicas mais prevalentes na América Latina. No Brasil, sua incidência é de 1-3 casos/100.000 habitantes e em regiões endêmicas é de 16,2 casos/100.000 habitantes. É uma micose granulomatosa sistêmica, causada pelo Paraccocidioidis brasiliensis. A infecção ocorre pela inalação dos conídios, sendo a via respiratória o primeiro local acometido. As manifestações mais comuns são nos pulmões, linfonodos, adrenais, ossos, tubo digestivo e sistema nervoso, sendo as geniturinárias menos frequentes na sua forma crônica. Relataremos o caso de um paciente tratado no Hospital da Cidade de Passo Fundo ? RS, com orquiepididimite causada pelo Paraccocidioidis brasiliensis.RELATO DE CASO: Paciente masculino, 47 anos, natural de David Canabarro, em tratamento para Doença de Addison com prednisona e fludrocortisona desde 2016. Encaminhado ao serviço de urologia apresentando quadro de orquiepididimite refratária ao tratamento com antibioticoterpia. Fez uso de Ciprofloxacino e Vibramicina por 14 dias, sem resolução dos sintomas. A ultrassonografia realizada demonstrou processo inflamatório nos epidídimos e hidrocele septada bilateral. Então, paciente foi submetido à exploração cirúrgica da bolsa escrotal. No transoperatório foi encontrado sinais de doença granulomatosa em ambos epidídimos, cujas cultura e biópsia foram positivas para infecção por Paracoccidiodes brasiliensis. Portanto, foi realizada ressecção parcial da bolsa escrotal, epididimectomia bilateral, drenagem de abscesso e tratamento com Itraconazol.CONCLUSÃO: A PCM é uma doença que atinge principalmente homens (80%) e a idade média dos pacientes acometidos é de 30 a 75 anos. As principais manifestações da orquiepididimite por PCM são um aumento unilateral, doloroso e endurecido do testículo. O diagnóstico é feito pelo isolamento dos fungos histopatologicamente, citopatologicamente ou através da análise micológica da cultura ou biópsia. Já o tratamento é feito com drogas antifúngicas, suporte nutricional, prevenção de doenças oportunísticas e cirúrgica.REFERÊNCIASNucci M, Colombo AL. Clinical manifestations and diagnosis of acute/subacute paracoccidioidomycosis. UpToDate. 2013. Disponível em: . Acesso em: 10/02/2017

CODIGO DO TRABALHO: 1454

TÍTULO DO TRABALHO: Paracoccidioidomicose prostática sintomática simulando hiperplasia prostática benigna

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: UROLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PEDRO VICTOR LAZARETTI MENECHINI1; MAURICIO FIGUEIREDO LIMA E MARCHESE2; VICTOR HUGO DA COSTA BENALIA2. 1. HOSPITAL SANTA RITA - MARINGÁ - PR, MARINGÁ - PR - BRASIL; 2. HOSPITAL SANTA RITA, MARINGÁ - PR - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoMicose sistêmica endêmica de grande interesse para os países da América Latina, a paracoccidioidomicose (PCM) é causada pelo fungo dimórfico Paracoccidioides brasiliensis. No adulto, a forma clínica predominante é a crônica. PCM geniturinária é rara, com incidência clínica de 1,6 a 2% dos indivíduos com PCM crônica. Candida albicans, Aspergillus sp., Cryptococcus neoformans e Blastomyces dermatitidis, são os agentes mais comuns, sobretudo em pacientes imunossuprimidos.Caso ClínicoPaciente masculino, 55 anos, tratorista agrícola, com queixas de sintomas do trato urinário inferior obstrutivos e irritativos. Tabagista, etilista, sem comorbidades. Ao exame físico, genitália sem anormalidades; toque retal com próstata de 5 polpas, sem nódulos. Exame de parcial de urina com leucocitúria, hemácias normais, nitrito negativo; urocultura negativa. PSA 1,02. Ultrassom de próstata transabdominal indicava glândula de 60g. Receitado antibiótico empírico e alfabloqueador, sem melhora. Estudo urodinâmico evidenciou capacidade e complacência vesicais reduzidas, hiperatividade detrusora e obstrução infra-vesical.Submetido a ressecção transuretral (RTU) da próstata e biópsia mostrou ausência de malignidade, prostatite crônica granulomatosa com focos de agudização, a pesquisa de BAAR pela coloração especial de Ziehl Neelsen resultou: negativa, a pesquisa de fungos pela coloração especial de Grocott resultou: positiva, favorecendo paracoccidioidomicose.Paciente foi medicado com sulfametoxazol 800mg e trimetoprim 160 vo 12/12hs por 24 meses. Encontra-se em regime de vigilância ativa, assintomático.Considerações Finais: É de suma importância que as etiologias fúngicas estejam presentes dentro da lista de diagnóstico diferencias quando tratando-se patologias crônicas. O grande fator de risco para aquisição da infecção são as profissões ou atividades relacionadas ao manejo do solo contaminado com o fungo, como por exemplo, atividades agrícolas. O meio em que o paciente está inserido é de suma importância para guiar nossas hipóteses diagnósticas quando em vigência de casos que passam a ter apresentações incomuns.Referências: Arruda et al.: Prostatic paracoccidioidomycosis with a fatal outcome: a case report. Journal of Medical Case Reports 2013 7:126.Marques SA, Tangoda LK, Camargo RMP, Stolf HO, Marques MEA. Paracoccidioidomycosis of external genitalia: report of six new cases and review of the literature. An Bras Dermatol. 2012;87(2):235-40.

CODIGO DO TRABALHO: 2100

TÍTULO DO TRABALHO: PARACOCCIDIOIDOMICOSE TESTICULAR DE ACOMETIMENTO ATÍPICO: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: UROLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: HEITOR SOARES MORAIS1; EVERTON RAPOSO COGO2; LAIS VAGO1; RAQUELI PERTEL1; RAUL EDMO TEIXEIRA AMITI1; RODRIGO FREITAS BATISTA1. 1. CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESPIRITO SANTO, COLATINA - ES - BRASIL; 2. UNIMED NOROESTE CAPIXABA, COLATINA - ES - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A paracoccidioidomicose é uma micose sistêmica, tendo o caráter endêmico entre as populações da zona rural, acometendo os indivíduos do sexo masculino, na faixa etária produtiva da vida e está relacionada às atividades agrícolas. A forma crônica do adulto mais frequente é de disseminação multifocal, com envolvimento dos pulmões e linfonodos. A doença compromete outros sítios, extrapulmonares, tais como a pele, a mucosa oral, mucosas da faring, da laringe e o ápice dos dentes. Outros locais envolvidos pela paracoccidioidomicose são as suprarrenais, o sistema nervoso central, os linfonodos cervicais e submandibulares, os intestinos, o sistema osteoarticular, o epidídimo, o fígado e o baço. O agente etiológico é um fungo termodimórfico (Paracoccidioides brasiliensis).Relato de caso:A.A., masculino, 54 anos, procurou atendimento devido a uma massa sólida palpável em ambos os testículos, com evolução em uma semana, aproximadamente. Foi solicitado perfil hormonal (alfa-fetoproteína, beta-HCG e DHL), radiografia de tórax e ultrassonografia de bolsa escrotal. Retorna ao serviço, após 01 mês, com resultado dos exames anteriormente solicitados; perfil hormonal e radiografia de tórax, sem alterações. À ultrassonografia de bolsa testicular evidenciou massa em testículo bilateral associado à hidrocele e hipoplasia de testículo direito. Realizado inguinotomia bilateral com retirada de fragmento de ambos os testículos, sendo que o esquerdo apresentou extravasamento de secreção necrótico purulenta próximo a nódulo em epidídimo, e o direito aspecto tumoral sólido com secreção necrótica em permeio a área cística. Os fragmentos foram enviados à congelação, na qual se encontrou grande área de fibrose e tecido inflamatório com possíveis locais de neoplasia, sendo indicada a realização de orquiectomia radical bilateral. Na biópsia foi verificado a presença de processo inflamatório crônico granulomatoso fúngico testicular (paracoccidioidomicose testicular), mas sem evidências de malignidade. Realizado tratamento sistêmico para a paracoccidioidomicose. Permanecendo desde então assintomático e em reposição hormonal.Conclusão:Em pacientes com massa sólida testícular, além da hipótese diagnóstica de neoplasia maligna, a criptococose é um importante diagnóstico diferencial, apesar de muito raro. Não foram encontrados, pela revisão bibliográfica realizada, casos semelhantes descritos, por isso a grande importância de discutirmos sobre essa patologia em meio científico.

CODIGO DO TRABALHO: 2944

TÍTULO DO TRABALHO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE CIRURGIAS GENITURINÁRIAS REALIZADAS NO DEPARTAMENTO DE CIRURGIA GERAL DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE ALTA COMPLEXIDADE DA PARAÍBA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: UROLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: AUTHA MARIA MENDES DE OLIVEIRA1; IURI DE BRITO NÓBREGA SILVA2; LUÍVIA FRAGOSO DE BARROS1; IRLA ANDRADE DANTAS1; ANNE KAROLLINE MENDES DA SILVA3; LUIZ GUSTAVO DELGADO DUARTE4; RENATA LIMA MEDEIROS2; GUSTAVO HENRIQUE MENDES DE OLIVEIRA5. 1. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 3. CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 4. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE CAMPINA GRANDE, CAMPINA GRANDE - PB - BRASIL; 5. UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo Analisar o perfil dos procedimentos cirúrgicos relacionados ao aparelho geniturinário (AGU) no Hospital São Vicente de Paulo (HSVP) entre os anos de 2012 a 2015.Método Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, descritivo, com análise quantitativa, em que são apresentadas informações e análises sobre cirurgias do AGU, ocorridas no HSVP, em João Pessoa, Paraíba durante o período de 01 de janeiro de 2012 a 31 de dezembro de 2015, segundo os conteúdos existentes na base de dados Sistema de Informação sobre Internação Hospitalar do Ministério da Saúde.Resultados Foram realizados 2.275 procedimentos, sendo os mais frequentes a histerectomia total (803), seguida de histerectomia com anexectomia (266). Para a realização dos procedimentos, foram gastos, ao total, R$1.520.858,85, sendo os procedimentos que totalizaram maior custo a histerectomia total (R$518.391,15) seguida de prostatectomia suprapúbica (R$281.649,99), sendo estes também os procedimentos com o maior número de dias de permanência dos pacientes no serviço, 1.310 e 1.043 dias, respectivamente.Conclusões Com o conhecimento do perfil dos internamentos cirúrgicos em AGU no serviço, podem ser identificadas particularidades na distribuição quanto às demandas do serviço, que pode auxiliar gestores de saúde à tomada de decisões no sentido de garantir os princípios preconizados pelo SUS no acesso aos serviços de saúde. A escassa produção literária a respeito dos gastos públicos em relação aos procedimentos cirúrgicos incentiva e gera demanda de pesquisa para melhoria da gestão.BibliografiaAPPEL, M et al. Adenocarcinoma de endométrio: epidemiologia, tratamento e sobrevida de pacientes atendidas no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Clinical & Biomedical Research, v. 35, n. 1, 2015.GARCIA, Lúcia Maria et al. Perfil epidemiológico das infecções hospitalares por bactérias multidrogarresistentes em um hospital do norte de Minas Gerais. Revista de Epidemiologia e controle de infecção, v. 3, n. 2, p. 45-49, 2013.PRIMO, CC et al. Perfil epidemiológico de mulheres submetidas à cirurgia na Unidade de Ginecologia de um hospital universitário. Revista Mineira de Enfermagem, v. 16, n. 4, p. 494-501, 2012.

CODIGO DO TRABALHO: 1175

TÍTULO DO TRABALHO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES SUBMETIDOS A TRANSPLANTE RENAL NO ESTADO DO PIAUÍ DE 2011 A 2015

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: UROLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CARLA MARIANA GONÇALVES CARVALHO E SILVA1; ÁLISSON DUARTE MARTINS2; WALBER EMANUEL DA CRUZ FONTES2; ROBSON DAVID DE ARAÚJO LIAL2; MAURO ANDRÉ GONÇALVES CARVALHO E SILVA3; GERMANO DE SOUSA LEÃO4; FRANCISCO ROGÉRIO DE ARAÚJO MELO FILHO2; WELLIGTON RIBEIRO FIGUEIREDO2. 1. CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI, TERESINA - PI - BRASIL; 2. FACULDADE INTEGRAL DIFERENCIAL, TERESINA - PI - BRASIL; 3. HOSPITAL SANTA MARIA, TERESINA - PI - BRASIL; 4. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ, TERESINA - PI - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: a transição demográfica das últimas décadas contribuiu para o envelhecimento da população e o aumento da expectativa de vida, desencadeando mudanças no perfil de morbimortalidade e aumento da prevalência das doenças crônicas, entre elas a doença renal crônica (DRC), cujo estágio final necessita de uma terapia renal substitutiva, sendo o transplante de rim a mais completa alternativa de substituição da função deste órgão. Objetivos: determinar o perfil epidemiológico dos pacientes submetidos a transplante renal no estado do Piauí de 2011 a 2015 e precisar o tipo de doador de rim (vivo/falecido) mais prevalente no estado do Piauí neste período. Metodologia: o presente trabalho trata-se de uma pesquisa de caráter descritivo, documental e longitudinal, retrospectivo de abordagem quantitativa, tendo como objetivo descrever o perfil epidemiológico dos pacientes submetidos ao transplante renal no estado do Piauí de 2011 a 2015. Dados epidemiológicos, como idade, gênero, raça, procedência, tipo sanguíneo e tipo de doador, foram coletados através da análise de prontuários e fichas eletrônicas. Resultados: observou-se que, nesse período, foram realizados 186 transplantes de rins, dos quais 57,5% foram de doadores falecidos e 42,5% de doadores vivos. Em relação aos receptores, verificou-se que 4,8% tinham entre 0 e 19 anos, 62,9% entre 20 e 44 anos, 31,2% tinham entre 45 e 64 anos e apenas 1,1% mais de 64 anos de idade. No que tange ao gênero dos receptores, 60,8% eram do gênero masculino e 39,2% do feminino. No que diz respeito à raça, 1,6% dos receptores eram da raça branca, 3,2% da negra e a grande maioria, 94,6%, eram pardos. Conclusão: dessa forma, podemos inferir que o estado do Piauí realizou um número de transplantes renais inferior ao nível nacional, mesmo quando comparado com estados da mesma região, como Ceará, que no mesmo período transplantaram número superior ao estado do Piauí. Contudo o estado Piauí transplantou um número relativamente maior de enxertos renais provenientes de doadores vivos em relação ao Brasil.

CODIGO DO TRABALHO: 1400

TÍTULO DO TRABALHO: PERFURAÇÃO DE ALÇA INTESTINAL COMO COMPLICAÇÃO DE NEFROLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA: RELATO DE UM CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: UROLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CARLA MARIANA GONÇALVES CARVALHO E SILVA1; ÁLISSON DUARTE MARTINS2; SAMUEL OLIVEIRA CUNHA MARQUES1; JOSÉ AIRTON ANDRADE JÚNIOR1; YANDRA MENDES MOURA FREITAS1; DAVID WESLEY RIBEIRO MUNIZ2; MANOEL ÍTALO PINHEIRO NÉRI2; LUIS CARLOS FEITOSA TAJRA1. 1. CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI, TERESINA - PI - BRASIL; 2. FACULDADE INTEGRAL DIFERENCIAL, TERESINA - PI - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A nefrolitotripsia percutânea é considerada uma cirurgia minimamente invasiva, de baixo risco, com pouca morbidade e rara mortalidade, indicada em pacientes com cálculos renais volumosos maiores que 20 mm e cálculos complexos, bem como nos casos de falha de tratamento por litotripsia extracorpórea. Apresentamos um caso de nefrolitotripsia transnefroscopica que evoluiu com perfuração de alça intestinal como complicação.Relato de caso: Paciente, sexo masculino, 39 anos, apresentando cálculo renal pélvico em rim esquerdo com 21 mm de diâmetro, foi submetido a nefrolitotripsia percutânea, na qual foi feita colocação de sonda ureteral via cistoscópica em primeiro tempo, e punção posterior com dilatação e posicionamento de Amplax®, e, em seguida, a nefroscopia com nefrolitotripsia transnefroscópica. No segundo dia de pós-operatório, com a retirada da nefrostomia, observou-se a saída de conteúdo fecal pela ferida operatória da cirurgia. Em tomografia computadorizada, após colocação de dreno, observou-se lesão em alça de cólon posicionado posteriormente ao rim esquerdo, evoluindo com fístula intestinal. Paciente foi então submetido a laparotomia exploradora, com identificação da lesão na alça de cólon e colocação de colostomia. Evoluiu sem intercorrências por 60 dias, e então foi feita correção da colostomia e fechamento da parede abdominal.Conclusão: A nefrolitotripsia percutânea, apesar de minimamente invasiva, não está isenta de complicações, por vezes graves, que pode até impor risco de óbito ao paciente. O cirurgião sempre deve ter em mente a possibilidade de variações anatômica e de que é de extrema importância o acompanhamento pós-operatório para a identificação de possíveis complicações, para que sua correção seja executada a tempo e de maneira eficiente.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 539

TÍTULO DO TRABALHO: Pielonefrite enfisematosa: uma gangrena oculta e letal.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: UROLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GIULLIA GARIBALDI BERTONCELLO; GABRIELA HORBE WACHHOLZ; GUSTAVO WINTER; MATHIAS BURIN GROHE; RAFAEL GERMANOS MENNA BARRETO; NEHEMIAS LEMOS FILHO; DANIEL D` OLIVEIRA SILVA. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Pielonefrite enfisematosa (EFP) caracteriza-se por uma infecção aguda grave do parênquima renal, pelve e gordura peri-renal causada por bactérias produtoras de gás, como E.coli, Klebsiella, Proteus, Pseudomonas. Esta é uma emergência clínica e urológica de evolução rápida e desfecho desfavorável quando não reconhecida e manejada agressivamente. RELATO DO CASO: Mulher de 58 anos, sem comorbidades, obesa mórbida (IMC 57,8) e tabagista, apresentou-se na emergência do Hospital São Lucas da PUC/RS com dor em região do flanco direito, febre, diarréia e vômitos. Sinais vitais estáveis da admissão, afebril, lúcida, orientada, com boa perfusão periférica, dor a palpação em flanco direito, sinal de Giordano positivo. Laboratoriais com 13800 leucócitos e 6% de bastões. Creatinina de 1,29, ureia 34. EQU: proteína +/IV, Hb +++/IV, nitrito negativo, leucócitos >50/campo. Ecografia abdominal: acentuada pieloectasia renal à direita. TC abdome: rim direito com dilatação pielocalicinal e parênquima entremeado por formações gasosas, sem identificação de fator obstrutivo. Iniciou-se manejo conservador com antibioticoterapia (ATB) ? ceftriaxone, devido a estabilidade clínica. Nas 72h seguintes houve aumento da dor lombar e abdominal, confusão mental, oligúria e piora da função renal (creatinina 2,35). Logo, optou-se por associação de cefepime e metronidazol, manejo de terapia intensiva e realização de cintilografia com DMSA, que mostrou função absoluta à direita de 0,18% e esquerda de 3,17%. Opta-se então por intervenção cirúrgica, através de exploração aberta via incisão subcostal direita. Havia evidência de secreção purulenta intra-abdominal, comprometimento da vascularização de ceco e cólon ascendente e destruição parenquimatosa renal. Realizou-se nefrectomia radical com drenagem ampla da loja renal. Evolução: a paciente apresentou necessidade de altas doses vasopressoras em pós-operatório (PO), hemodiálise no 3º dia PO e ventilação mecânica desde o momento cirúrgico. Mesmo sem evidência de complicação operatória, ocorre desfecho desfavorável e a paciente evolui ao óbito no 13º dia PO. CONCLUSÃO: Frente à gravidade e alta morbimortalidade ocasionada pela EFP, para o sucesso no tratamento do quadro, recomenda-se ATB de amplo espectro, ressuscitação volêmica agressiva e controle de índices glicêmicos de forma imediata. Deterioração clínica ou não melhora do paciente indicam que a melhor alternativa é a nefrectomia.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 531

TÍTULO DO TRABALHO: PIELONEFRITE XANTOGRANULOMATOSA: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: UROLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RAPHAEL CASTIGLIONI NASCIMENTO1; LOREN ROSETTI REBELLO1; GABRIELE CASTIGLIONI GAROZE2; JANE SANGLARD DE OLIVEIRA1; JACKSON OLIVEIRA CRUZ JUNIOR1; RODRIGO ALVES TRISTÃO3; WALERIA GRAMILICH BARATELLA1. 1. UNIVERSIDADE VILA VELHA, VILA VELHA - ES - BRASIL; 2. HOSPITAL ESTADUAL DR JAYME SANTOS NEVES, SERRA - ES - BRASIL; 3. HOSPITAL EVANGÉLICO DE VILA VELHA, VILA VELHA - ES - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO. A Pielonefrite Xantogranulomatosa (PNX) é uma apresentação rara de infecção do trato urinário alta, com forte associação a litíase renal e hidronefrose obstrutiva, acometendo principalmente mulheres de meia idade com sintomas crônicos de dor lombar, febre, massa palpável e Giordano positivo. O resultado da urocultura pode ser negativo em 30-39% dos casos e o exame de imagem diagnóstico ideal é a Tomografia Computadorizada (TC), podendo ser apenas confirmado através de análise anatomopatológica com células com inclusões lipídicas (células espumosas). As informações deste trabalho foram obtidas por revisão de prontuário e da literatura, com objetivo de relatar caso de nefrectomia devido PNX em paciente jovem. RELATO DE CASO. Mulher, 22 anos, admitida no HEJSN com lombalgia intensa à direita, irradiando para hipogástrio, tendo piora ao urinar e a mudança de decúbito. Solicitado exames laboratoriais que evidenciaram leucocitose com desvio à esquerda, piúria e anemia ferropriva. À TC observou-se rim de tamanho aumentado, litíase e hidronefrose severa sugerindo o diagnóstico de PNX. Optou-se por tratamento cirúrgico (nefrectomia) com manutenção da antibioticoterapia devido a não resolução do quadro, evoluindo com melhora clínica. O diagnostico foi confirmado pelo anatomopatológico. CONCLUSÕES. O tratamento da PNX é sempre cirúrgico. Pode-se realizar nefrectomia parcial ou total a depender do estágio da doença. Atenta-se para a diferenciação com neoplasia renal e comprometimento de alças intestinais, estruturas retroperitoneais e grandes vasos. Observou-se a importância do diagnóstico precoce a fim de evitar complicações durante o ato cirúrgico.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1218

TÍTULO DO TRABALHO: PIELONEFRITE XANTUGRANULOMATOSA COMPLICADA COM ABSCESSO DE PSOAS: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: UROLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BRUNO ROBERTO DA SILVA FERREIRA; PEDRO BARBOSA CORDEIRO NETO; VITOR TEIXEIRA HOLANDA; ALYSSON AMARAL BARRETO; HELADIO FEITOSA DE CASTRO FILHO; JOSE HUYGENS PARENTE GARCIA. IJF, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A pielonefrite xantogranulomatosa (PXG) é um subgrupo histológico raro de pielonefrite caracterizada por uma inflamação granulomatosa crônica destrutiva do parênquima renal. Embora raro, a PXG pode ter complicações graves, incluindo abscesso de psoas, fístula nefro-cutânea e fístula reno-cólica. Relatamos um caso de extensa PXG com erosão e formação de abscesso do músculo psoas à direita. Relato do caso: paciente do sexo feminino, 41 anos, deu entrada na Emergência do Instituto Dr. José Frota apresentando dor abdominal de moderada intensidade, localizada em flanco direito, com irradiação para hipogástrio, associada a hiporexia, adinamia e febre. O quadro teve inicio 3 dias antes da admissão hospitalar. Portadora de diabetes mellitus tipo 2 e infecções urinárias de repetição. Ao exame físico, paciente se mostrava com estado geral regular, hipocorada, eupnéica, taquicárdica e com fácies de dor. À palpação abdominal, foi descoberta massa palpável, dolorosa, de consistência endurecida e aderida a planos profundos. Diante do achado, foram realizados exames laboratoriais que mostraram leucocitose discreta e ultrassom abdominal com achado de lesão sólido-cística em topografia do rim direito. Tomografia computadorizada de abdome com contraste mostrou lesão expansiva em íntimo contato com rim e músculo psoas à direita, de contornos lobulados e densidade sólido-cística, apresentando septações e captação periférica do contraste, medindo 8,7x7,1 cm. Diante dos resultados, foi indicada abordagem cirúrgica, sendo encontrada massa tumoral volumosa de consistência sólida, sem plano de clivagem com o rim direito. Durante dissecção, foi rompida cápsula, com extravasamento de abundante secreção purulenta e após retirada da peça, evidenciada erosão extensa do músculo psoas. Histopatológico da peça confirmou pielonefrite xantugranulomatosa. Conclusão: A pielonefrite é uma complicação comum das infecções do trato urinário recorrentes ou inadequdamente tratadas, no entanto a pielonefrite xantogranulomatosa (PXG) é um subgrupo histológico raro, que responde por apenas 0,6% dos casos histologicamente documentados de pielonefrite crônica. A raridade da PXG, juntamente com os sintomas obscuros de apresentação de suas complicações associadas, representam um grande desafio diagnóstico para os médicos, levando a um tratamento tardio e a um aumento nas taxas de morbidade e mortalidade.

CODIGO DO TRABALHO: 1204

TÍTULO DO TRABALHO: PRIAPISMO REFRATÁRIO ASSOCIADO AO USO DE TRAZODONA: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: UROLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CAIO AUGUSTO DE CARVALHO LEMOS; CARLOS MAGNO QUEIROZ DA CUNHA; MATHEUS FACÓ JESUÍNO SIMÕES; WALTER BATISTA DE SANTANA NETO; JOSÉ EVERARDO SILVEIRA NETO; DIEGO FREITAS FÉLIX; GIOVANNI TROIANI NETO; FRANCISCO JULIMAR C. DE MENEZES. UNIVERSIDADE DE FORTALEZA, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: O priapismo é uma condição clínica de urgência com incidência de 1,5/100 mil habitantes por ano, podendo ser classificado em idiopático ou secundário e de baixo-fluxo ou alto-fluxo. O priapismo de baixo fluxo é o mais comum, estando associado a diminuição do retorno venoso e estase vascular, culminando em hipóxia, acidose e até morte tecidual, o que leva a, após cerca de 6 horas de ereção mantida, ocasionar fibrose do tecido erétil. Entre as causas de priapismo de baixo fluxo encontra-se o uso de drogas psicotrópicas como a trazodona (inibidor da MAO), utilizada no tratamento da ejaculação precoce, tendo esse efeito colateral prevalência de 1:10.000. A seguir relataremos o caso de um paciente que apresentou priapismo secundário ao uso de trazodona e sua refratariedade ao tratamento cirúrgico.Relato do Caso: Homem de 34 anos, usuário de trazodona há 5 meses para tratamento de ejaculação precoce, deu entrada em serviço de emergência com quadro de priapismo há 12 horas. Realizada punção de corpo cavernoso houve persistência da ereção, sendo realizada derivação espongiocavernosa distal, ainda sem resolução completa do quadro. Apenas após 48 horas e realização de derivação com anastomose cirúrgica (cirurgia de Al-Ghorab) houve melhora completa do quadro do paciente, sendo o paciente encaminhado para ambulatório de urologia para acompanhamento de possíveis implicações ocasionadas.Conclusão: As medidas usadas no tratamento têm como objetivo diminuir o influxo sanguíneo arterial e aumentar o efluxo venoso. Conservadoramente pode ser feita aspiração do corpo cavernoso e injeção intracavernosa de ?-agonista. Em caso de não resolução, a descompressão cirúrgica por derivação espongiocavernosa é indicada para minimizar a fibrose e prevenir sequelas, tendo como algumas das principais opções as técnicas de Winter, de Ebbehoj e a cirurgia de Al-Ghorab, realizada no caso em questão. A escolha do tratamento do priapismo depende principalmente da causa e do tempo de ereção, sendo importante o conhecimento de fatores de risco relacionados ao seu desencadeamento. Dependendo da resposta terapêutica pode-se lançar mão de métodos mais invasivos, onde devem ser medidos riscos e benefícios na abordagem, prevenindo iatrogenias, porém sem retardo terapêutico.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 714

TÍTULO DO TRABALHO: PROSTATECTOMIA RADICAL LAPAROSCÓPICA E A OCORRÊNCIA DE METÁSTASE PERITONEAL

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: UROLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FELIPE HAUPENTHAL1; ANNA KATARZYNA CZECH2. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR), CURITIBA - PR - BRASIL; 2. JAGIELLONIAN UNIVERSITY MEDICAL COLLEGE, KRAKOW - POLONIA.

RESUMO:
Introdução: O câncer de próstata é a segunda causa de morte por câncer em homens. A disseminação peritoneal do câncer de próstata é extremamente rara e infrequentemente relatada na literatura. Este artigo apresenta um caso raro de metástase peritoneal após prostatectomia radical laparoscópica.Relato do caso: Um homem de 64 anos apresentou-se à nossa clínica de urologia com um aumento do nível do antígeno prostático específico (PSA) (17,75 ng/mL). Biópsia transretal da próstata foi realizada e revelou adenocarcinoma de próstata Gleason 8 (4 + 4). O tecido ósseo estava livre de metástases na cintilografia e a tomografia computadorizada abdominal não mostrou lesões adicionais. O paciente foi submetido a prostatectomia radical laparoscópica com dissecção estendida de linfonodos, em que o exame histológico revelou câncer de próstata Gleason 7 (4 + 3) pT2cN0M0LV1.Três meses após a cirurgia, o nível de PSA detectado foi de 0,01 ng/ml e o paciente não recebeu tratamento adjuvante. No entanto, treze meses após a cirurgia, o PSA havia subido para o nível de 2,34 ng / mL. Ressonância magnética revelou uma lesão posterior localizada em cólon descendente, medindo 19 mm na sua maior dimensão e Tomografia Computadorizada por Emissão de Pósitrons (PET-CT) documentou atividade hipermetabólica e confirmou lesão peritoneal medindo 14 x 8 x 10 mm, localizada próxima ao osso pélvico. A exploração laparoscópica da cavidade peritoneal foi realizada e a lesão foi completamente excisada. Resultados histopatológicos foram consistentes com adenocarcinoma peritoneal metastático.Conclusão: Apesar de ser comum a ocorrência de carcinomatose peritoneal relacionada com câncer colorretal, gástrico, pancreático e câncer ginecológico, essa apresentação é rara na neoplasia de próstata. Câncer da próstata é metastático em 35% dos casos, com uma predileção marcada para propagação óssea. A disseminação peritoneal parece envolver o comportamento do tumor e fatores relacionados à laparoscopia como causas principais. A metástase peritoneal do adenocarcinoma de próstata após prostatectomia radical é extremamente rara. O local incomum de recorrência neste caso mais provavelmente envolve características do tumor ??e pode estar relacionado a fatores perioperatórios. Certas precauções cirúrgicas são de extrema importância para evitar a disseminação de células cancerosas para a cavidade peritoneal.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1883

TÍTULO DO TRABALHO: PROSTATITE BACTERIANA AGUDA (TIPO I) COM FORMAÇÃO DE ABSCESSO PROSTÁTICO: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: UROLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: WILDSON SANTOS CRAVEIRO ROSA1; LEVY DE AGUIAR PONTES2; MARCELO FERNANDES DOS SANTOS2; CARLA MARIANA GONÇALVES CARVALHO E SILVA2; MAURO ANDRÉ GONÇALVES CARVALHO E SILVA3. 1. FACID, TERESINA - PI - BRASIL; 2. UNINOVAFAPI, TERESINA - PI - BRASIL; 3. HOSPITAL SANTA MARIA, TERESINA - PI - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A prostatite é uma condição comum que engloba quadros clínicos variáveis e tem importante morbidade. Esta tem prevalência de 5 a 10% e representa um quarto das consultas urológicas. De acordo com o National Institute of Health (NIH), há quatro subtipos bem definidos, dentre eles a Prostatite Bacteriana Aguda- PBA (Tipo I). Esta é a forma menos comum, incidindo em 2 a cada 10.000 consultas, das quais 0,5% a 2,5% evoluirão para abscesso prostático. A sintomatologia assemelha-se a uma infecção urinária aguda ou sistêmica. Quando há refratariedade ao tratamento com antibióticos, deve-se suspeitar da formação de abcesso prostático. Descrevemos um caso de PBA que evoluiu para abscesso prostático. RELATO DO CASO: Paciente F.B.V.V., 46 anos, sexo masculino, sem comorbidades prévias, iniciou um quadro súbito de disúria, febre alta e tenesmo há 6 meses. Na ocasião, procurou atendimento médico e foi recomendado uso de ciprofloxacino por 7 dias, evoluindo com melhora do estado geral. Poucos dias depois, os sintomas retornaram em uma intensidade maior, havendo necessidade de internação hospitalar. O quadro piorou sobremaneira, apresentando-se com disúria, dor intensa na região pélvica, tenesmo, dor ao evacuar, febre alta, esforço miccional, jato fraco, esvaziamento incompleto da bexiga e urgência urinária. Diante disso, suspeitou-se de prostatite tipo I e iniciou-se tratamento clínico, com uso de opióides, ceftriaxona por quatro dias e cefepime por 7 dias, sem resposta esperada. Após isso, realizou-se uma ultrassonografia transretal, na qual se evidenciou abscessos prostáticos. Foi realizada uma ressecção transuretral da próstata com drenagem de grande quantidade de material purulento. Após realização do procedimento, o paciente apresentou melhora significativa do quadro, encontrando-se atualmente assintomático. CONCLUSÃO: A prostatite bacteriana aguda é o tipo mais raro dentre todos os tipos dessa morbidade. Pode ser bastante grave, com o paciente apresentando-se toxemiado. O tratamento empírico preconizado faz-se com fluoroquinolonas durante quatro semanas. Quando não há resposta à antibioticoterapia, deve-se suspeitar de abscesso prostático. Estes devem ser drenados para a melhora do quadro.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1912

TÍTULO DO TRABALHO: Relato de Caso : ?Cake Kidney?, uma anomalia congênita do trato urinário superior

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: UROLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BRUNO BONADIMAN MONGENOT; DÉBORA ICELDA RAMOS MACEDO; JOSE MAURICIO DE BRITO ARAUJO. HOSPITAL MUNICIPAL PROF DR ALIPIO CORREA NETO, SAO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O rim em panqueca (?cake kidney?) é uma rara anormalidade congênita do trato geniturinário com pouco mais de 20 casos descritos na literatura até o momento. O termo rim em panqueca ou fusão renal pélvica foi definido por Gleen, em 1958, como uma anormalidade na qual todas as substâncias do sistema renal são fusionadas em uma única massa, localizada na parte inferior da pelve, da qual dois ureteres drenam separadamente e em orifícios ortópicos do trígono vesical.Objetivo: Expor e discutir essa rara anomalia congênita do trato urinário superior.Método: Análise de prontuário, entrevista de paciente, acesso a exames de imagem e laboratoriais, além de literatura médica pertinente.Resultados: J.V.S, 15 anos de idade, natural e procedente de São Paulo - SP, procurou o serviço de emergência do Hospital Municipal Prof. Doutor Alípio Corrêa Neto por queixa de lombalgia e disúria havia 3 dias. Referia episódios anteriores de infecção do trato urinário, tratados sem intercorrências. Exame de Urina 1 mostrava leucocitúria maior que 1 milhão/mL, hematúria de 20000/mL, e bacterioscopia (+). A ultrassonografia de rins e vias urinárias evidenciava uma massa abdominal única, não sendo descrito seus rins, e para melhor investigação foi feita uma tomografia computadorizada de abdome e pelve com contraste via oral e endovenoso, com achado de massa única compatível com ?rim em panqueca?.Conclusão: O presente relato demonstra um caso raro de rim em panqueca.Bibliografia:1. Silva R; Pancake kidney with cysts and a single ureter2.Maranhão C;Congenital upper urinary tract abnormalities: new images of the same diseases.3. Calado A; Cake Kidney Drained by Single Ureter.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2058

TÍTULO DO TRABALHO: RELATO DE CASO : CISTO DE ÚRACO EM PACIENTE ADULTO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: UROLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FELIPE CUNHA MEZZOMO1; MARCOS DANIEL DA SILVA2; CAROLINA REINBRECHT BERNINI2; MARIANA SILVEIRA SUÑE2; FELIX A. INSAURRIAGA DOS SANTOS1; PABLO MIGUEL SILVEIRA GOMES2; MAURÍCIO WALTRICK SILVA1; JEDIAEL PAIVA1; LUIZA BRUM BORGES1. 1. UFPEL, PELOTAS - RS - BRASIL; 2. UCPEL, PELOTAS - RS - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O úraco é uma estrutura tubular na linha média que se estende a partir da porção anterossuperior da bexiga até o umbigo, que após o nascimento se oblitera. A permanência do trajeto do úraco é incomum e pode resultar em algumas anomalias, sendo a mais frequente o cisto de úraco. Este estudo propôs relatar uma apresentação incomum das patologias relacionadas a permanência do trajeto do úraco. RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 43 anos, hipertenso e em tratamento para Hepatite C, queixava-se de febre e dor em região umbilical. Ao exame físico notava-se pequeno nódulo doloroso na região umbilical com piora da dor à palpação. Após a ultrassonografia (USG) ter resultado inconclusivo foi solicitada a ressonância magnética para melhor investigação. A RNM evidenciou persistência do úraco e lesão expansiva com realce homogênio, sugestivo de cisto desta estrutura. Paciente foi submetido à excisão videolaparoscópica de úraco remanescente. CONCLUSÃO: O cisto de úraco corresponde a 30% das patologias relacionadas a permanência do trajeto, geralmente é assintomático e diagnosticado ao acaso ou na presença de complicações, sendo a principal a infecção do cisto e formação de abscesso. Exames de imagem são essenciais para o diagnóstico, sendo USG o método mais utilizado, auxiliando também no diagnóstico diferencial com outras patologias da parede abdominal, especialmente a hérnia umbilical. O tratamento de escolha é a excisão videolaparoscópica do úraco remanescente, podendo o procedimento ser realizado em segundo tempo à antibioticoterapia e drenagem do abscesso na vigência de infecção. Assim, as afecções do úraco são incomuns em pacientes adultos e requerem alto índice de suspeição e conhecimento anatômico do médico assistente para seu correto diagnóstico.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1933

TÍTULO DO TRABALHO: Relato de caso raro: mesotelioma multicístico benigno em peritônio de homem adulto sem histórico de afecção peritoneal

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: UROLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LEANDRO CORRÊA LEAL1; ISAAC WALKER DE ABREU2; FELIPE DE SOUZA CABRAL1; JULIANA CARLOS MEDEIROS3; LUANA ZANONI SCHAUFFER3. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPIRITO SANTO, VITÓRIA - ES - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIÂNIA - GO - BRASIL; 3. ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA, VITÓRIA - ES - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: o mesotelioma multicístico benigno é um raro tumor peritoneal primário caracterizado pela formação de massa cística multilocular intra-abdominal cuja relação com lesões inflamatórias peritoneais crônicas foi observada. Sua epidemiologia conta com menos de 150 casos descritos na literatura mundial, sendo 85% deles observados em mulheres na idade fértil. Pela raridade do caso, em especial nos pacientes do sexo masculino, este relato visa a contribuir para a diminuição da lacuna literária sobre o assunto.Relato de caso: V.B.M., 50 anos, masculino, branco, policial militar, casado e sem histórico de afecções inflamatórias pélvicas. Procurou atendimento com queixa de cisto em vesícula seminal descoberto há 5 anos. Assintomático no momento da consulta, relatou história de dor em cólica constante e com surtos de forte intensidade no andar inferior do abdome. O ultrassom pélvico revelou massa de 12 x 06 x 10 cm em fossa ilíaca direita. A ressonância nuclear magnética confirmou a presença da massa, que ocupava toda a pelve e mantinha o plano de clivagem com a bexiga e o reto. A colonoscopia revelou mucosa íntegra e ausência de compressão extrínseca.Foi realizada laparoscopia e, após a insuflação peritoneal, observou-se lesão ocupando todo o assoalho pélvico e com aderência de grande omento. Procedeu-se laparotomia com incisão infra-umbilical e ressecção em bloco da massa com o grande omento e o retossigmoide, além de linfadenectomia obturatória e ilíaca interna bilateral. A reconstrução intestinal foi feita com auxílio de stapler circular com bom resultado ao término.Macroscopicamente, o tumor era de coloração branco-acinzentada e de consistência sólida. Aos cortes, apresentava-se esponjoso, acinzentado e com áreas de hiperemia. Microscopicamente, foram identificadas estruturas organoides que formavam fendas revestidas por células alongadas e com reação estromal discreta. A peça foi encaminhada para estudo imuno-histoquímico que confirmou o diagnóstico de mesotelioma multicístico benigno. Conclusão: basedo nas observac?o?es expostas e nos dados da literatura, conclui-se que o caso de mesotelioma multicístico benigno é raro, especialmente por se tratar de um paciente do sexo masculino com ausência de lesões inflamatórias peritoneais. Ademais, com relação ao pós operatório, observou ser importante o acompanhamento do paciente para a detecção precoce de recidivas, muito comuns nesse tipo de tumoração.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1684

TÍTULO DO TRABALHO: Relato de caso: Hérnia Isquiática com encarceramento de segmento ureteral.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: UROLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MAURÍCIO SUÁREZ PINTO; MARCIO RIGO; ROBERTO LEMOS; CRISTIANO ANTONIAZZI ABAID; JÚLIO CÉSAR BATISTELLA; ISADORA FROIS OURIQUE; JOSÉ ANTONIO NUNES RAZIA. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, SANTA MARIA - RS - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoExistem três tipos de hérnias que acometem o assoalho pélvico - obturadora, perineal e isquiática- dentre essas, a hérnia isquiática é bem menos frequente. A incidência da hérnia isquiática é igual em ambos os sexos e é predominantemente incidente em pessoas de idade avançada. Qualquer víscera abdominal ou pélvica pode se alojar no saco herniário, como bexiga, ureteres, ovários, intestino delgado (víscera mais frequentemente alojada no saco herniário). A sintomatologia, além de escassa, é muito variada,tornando o diagnóstico pré operatório extremamente difícil. O tratamento preferido para esse quadro é o cirúrgico.Relato de Caso Paciente M.L.O.G., feminina, 72 anos, interna no dia 07/01/2013 com quadro de cólica nefrética à direita com início há 6 horas. Não possuía sintomas urinários ou febre, apenas forte dor na região lombar D. Na avaliação laboratorial apresentou microhematúria (16-20 hem/c no EQU). Foi realizada uma tomografia de abdome que evidenciou o rim D globoso com lâminas líquidos nas adjacências e apresentando importante dilatação da pelve renal e do ureter D até a topografia pélvica. Na parede pélvica lateral D evidenciou-se uma herniação de segmento ureteral para dentro do forame isquiático maior. A paciente foi submetida a procedimento endoscópico com desencarceramento do ureter através de tração medial leve com ureteroscópio sob controle radiológico transoperatório. Após a redução da herniação foi implantado um cateter duplo J que permaneceu por 40 dias. A paciente permaneceu assintomática por 11 meses quando apresentou novo quadro de dor e encarceramento do segmento ureteral D. Logo após a reapresentação sintomatológica da paciente, ela foi submetida a correção da hérnia isquiática via abdominal, com incisão de Gibson à D e abordagem extraperitoneal. Para a correção da abertura do forame isquiático maior foi usada uma tela de polipropileno. A paciente teve boa evolução e está assintomática há dois anos.ConclusãoNo caso em questão foi feita uma abordagem endoscópica inicial por se tratar de um procedimento menos e com melhor recuperação, porém a longo prazo o tratamento endoscópico não se mostrou efetivo, sendo necessária a correção da hérnia.O tratamento cirúrgico é o mais indicado devido ao risco de estrangulamento visceral. A cirurgia pode ser feita por uma abordagem transglútea, técnica na qual existe uma dificuldade maior de fazer a ligadura alta do saco heniário, ou também pode ser abordada via abdominal que é a preferida.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2978

TÍTULO DO TRABALHO: RIM EM FERRADURA COM DUPLICIDADE URETERAL: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: UROLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: TAMARA MARIELLE DE CASTRO1; MARCEL HEIBEL2; SASKYA MACHADO DE FIGUEIREDO1; TIAGO WAGNER DA SILVA PORTELA1; VICTOR REMBRANT CAMPOS LICARIÃO1; RODOLFO PORTO REGO3. 1. UNIVERSIDADE NILTON LINS, MANAUS - AM - BRASIL; 2. HOSPITAL E PRONTO SOCORRO PLATÃO ARAÚJO, MANAUS - AM - BRASIL; 3. FUNDAÇÃO HOSPITAL ADRIANO JORGE, MANAUS - AM - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoO rim em ferradura é a anomalia de fusão renal mais comum, ocorrendo em cerca de 0,25% da população geral. Em geral, é assintomático, mas está associado a um aumento na incidência de complicações genito-urinárias. O rim em ferradura com ureter duplo é um achado comum. Apresentamos um caso de diagnóstico cirúrgico de rim em ferradura com ureter duplo.Os rins em ferradura, estão sujeitos a uma série de complicações como resultado de má drenagem, o que pode ocasionar sintomatologia clínica. Essas complicações incluem: hidronefrose secundária à obstrução da junção uretero-piélica, infecção e cálculos renais aumento da incidência de malignidade, em especial o tumor de Wilms e o carcinoma de células transicionais, além do aumento da susceptibilidade ao trauma.A litíase urinária é a mais comum de todas as complicações do rim em ferradura. Sua incidência varia de 21% a 60%, com a possibilidade de formação de todos os tipos de cálculo.A causa pode ser explicada pela estase urinária secundária à localização anterior da pelve renal, pela compressão por vasos anômalos e pelo istmo ou ainda pela inserção ureteral alta. A infecção urinária, que também resulta destes fatores causais, é fator agravante da formação calculosa e ocorre com uma frequência de 27% a 41% dos casos. Relato de casoPaciente masculino, 35 anos, natural de Humaitá- AM, foi admitido dia 17/02/17 no hospital Pronto Socorro Platão Araújo em Manaus-AM para acompanhamento urológico devido litíase renal por repetição com mais de três episódios. Possui histórico familiar positivo para nefrolitíase e havia anormalidades em seu exame físico como hematúria e sinal de Giordano positivo no lado direito. Nega outras comorbidades. A tomografia computadorizada (TC) evidenciou um rim em ferradura, bem como duplicidade ureteral.DiscussãoO rim em ferradura é a anomalia de fusão renal mais comum. Em geral, é assintomática, mas os indivíduos afetados são mais propensos a uma variedade de complicações, como litíase renal, obstrução da junção ureteropélvica, trauma, infecções e tumores. Como resultado da anatomia anormal, os achados de imagem e o tratamento variam muito.O rim em ferradura com ureter duplo é uma anomalia . A etiologia da má formação é desconhecida. Há relatos de associação de anomalias extraurinárias, como fusão piélica e ureter único cruzado. Relatamos um caso e paciente com rim em ferradura e ureter duplo. O paciente está em bom estado após a cirurgia, referiu apenas aumento de flatulências.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 499

TÍTULO DO TRABALHO: RUPTURA DA PELVE RENAL POR CÁLCULO RENAL: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: UROLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: VERENA LIMA DA SILVA NASCIMENTO; FABRÍCIO GONZAGA E SILVA; BRUNO CÉSAR DORNELA; DIEGO SILVA FONSECA; SERGIO ANACLETO SILVA. MARIO PALMERIO HOSPITAL UNIVERSITARIO, UBERABA - MG - BRASIL.

RESUMO:
Paciente do sexo masculino, 43 anos, foi atendido no serviço de pronto atendimento do Hospital Universitário Mário Palmério de Uberaba- MG com relato de dor intensa no hipocôndrio direito com irradiação para região dorsal, tipo cólica, associada á náuseas iniciada há 3 dias. Negava hematúria, redução da diurese e demais alterações urinárias. Sem história prévia de nefrolitíase e sem antecedentes de intervenções cirúrgicas. Ao exame físico, encontrava-se em bom estado geral, eupneico, afebril, com fáscies de dor. Ausculta cardíaca e pulmonar normais. Apresentava discreta distensão abdominal e dor á palpação superficial e profunda no hipocôndrio direito, sem sinais de irritação peritoneal e com sensibilidade aumentada á punho-percussão direita. Ao estudo tomográfico contrastado, evidenciou sinais de ruptura na pelve renal direita com extravasamento de contraste e urina para o retroperitônio, perirrenal com extensão até a cavidade pélvica, identificado também cálculo no sistema coletor á direita e nefrolitíase esquerda. Foi avaliado pelo serviço de urologia e tratado com colocação de cateter duplo J com pielografia intraopertória confirmando o diagnóstico de ruptura da pelve renal direita.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 3059

TÍTULO DO TRABALHO: Seminoma de testículo abdominal em adulto jovem: Relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: UROLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CARLOS ROBERTO CARVALHO LEITE; JÉSSICA MONTENEGRO PONTES; ERNESTO DE SOUZA DINIZ NETO; JOSANN FREDERICO RIBEIRO; GABRIELLA SANCHO LEITE; ARTHUR GONÇALVES DE LIMA FRANÇA; KAROLINE RODRIGUES COSTA ARAÚJO. FAMENE, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Os Tumores de Células Germinativas (TCG) são a maioria dos cânceres de testículos que apesar de raros são os mais malignos tumores sólidos entre homens de 15 à 35 anos, com 90% com origem gonadal e 10% extragonadal, acometendo principalmente a população branca. Dentre os fatores de risco para os TCGs gonadais encontramos o criptorquidismo que está presente entre 7% à 10% dos pacientes com TCGs. RELATO DE CASO: Paciente, 29 anos, deu entrada ao serviço de Cirurgia Abdominal do Hospital de Câncer Napoleão Laureano, em João Pessoa - PB, com queixa de massa abdominal palpável e indolor, sem outras queixas. Ressonância Nuclear Magnética evidenciava tumor volumoso de 16,3 cm em retroperitônio. No exame físico, notava-se ausência de testículo esquerdo em bolsa escrotal. Foi solicitado exames pré-operatório que estavam sem anormalidades e marcador ?-HCG com valor de 134,4 (reagente).o paciente foi então submetido a cirurgia de ressecção de tumor retroperitoneal, sem complicações. Anatomopatológico evidenciou resultado de seminoma com invasão angiolinfática com margem cirúrgicas tipo marginal. Paciente foi acompanhado pela oncologia clínica que classificou o paciente em estágio II, com proposta de quimioterapia com Bleomicina, Cisplatina e Etoposideo. Teve seu ?-HCG negativado antes do início da quimioterapia, com bom prognóstico para cura. CONCLUSÃO: Os seminomas correspondem a 50% de todos os TCGs na qual apresenta composição unicamente de tipo seminoma. O tratamento incial é previsto com orquiectomia, sendo também considerado o principal meio de se obter o diagnóstico através do anatomopatológico. O tratamento adjuvante é sempre empregado e depende da classificação TNM e dos valores dos marcadores tumorais (LDH, ?-fetoproteina e ?-HCG), que irá estadiar o paciente e definir as opções terapêuticas, se quimioterapia em conjunto ou não da radioterapia, principalmente com pacientes que apresentarem linfonodomegalia retroperitoneal. O tratamento deve considerar a fertilidade do paciente. A vigilância é sempre importante principalmente para proteger o testículo contralateral ou recorrência. Por se tratar de um dos tumores raros e com aparecimento de forma insidiosa, apresenta altas taxas de cura o que faz dos seminomas e outros TGCs ter tanta importância para estudos.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2464

TÍTULO DO TRABALHO: SÍNDROME DE WÜNDERLICH: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: UROLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CAMILLY SCHWANZ WANDERMUREM; NAILTON GALDINO DE OLIVEIRA; MARCIO JOSE CARDOSO AMARAL; MAURO HENRIQUE DE SA ADAMI MILMAN; RAPHAEL FERNANDO FONSECA GENEVCIUS; JOSE ROBERTO MELCHIORI BUCCO. HOSPITAL REGIONAL DE COTIA, COTIA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: a Síndrome de Wünderlich (SW) é definida como o sangramento renal espontâneo (SRE) no espaço subcapsular ou perinefrético. A clínica pode variar e,classicamente, apresenta a Tríade de Lenk: dor aguda em flanco e região lombar, massa abdominal palpável e sinais de sangramento interno ativo. A causa mais comumde SW são as neoplasias renais benignas como o angiomiolipoma (AML). A patogenia ainda é incerta, são hamartomas, pobres em elastina, tornando-os mais propensos a rupturas, principalmente quando maiores que 4cm. São mais comuns no rim direito, em mulheres brancas, na proporção mulheres/homens de 4:1, e idade média entre 40 e 50 anos. O diagnóstico necessita suspeição clínica. A tomografia computadorizada (TC) com contraste endovenoso é o método de escolha.A conduta depende do estado clínicoe estabilidade hemodinâmica. A abordagem pode ser conservadora, com seguimento clínico ou terapias minimamente invasivas, oucirurgia de urgência, com evacuação do hematoma e nefrectomia, nos casos com risco eminente de morte. Relato de Caso: paciente gênero feminino, 47 anos, branca, sem comorbidades, admitida no serviço de urgência com queixa de dor súbita de forte intensidade há 12h em hipocôndrio e região lombar esquerda. Negava febre, queixas urinárias, ginecológicas ou trauma. Ao exame,hemodinamicamente estável, com abdome flácido, doloroso a palpação de flanco esquerdo, descompressão brusca negativa e Giordano positivo à esquerda. Os exames laboratoriais revelaram hemoglobinemia (Hb) de 12,9 g/dL e leucócitos= 33.600/mm³, 11% bastões, plaquetas= 213.000/mm³, Urina 1 sem alterações. A TC de abdome com contraste endovenoso evidenciou volumosa coleção hiperdensa no espaço perirrenal esquerdo, associada a solução de continuidade do parênquima renal e fragmentos adiposos compatível com angiomiolipoma roto.Optado por tratamento conservador. Após 48 horas, a pacienteapresentou anemia sintomática com Hb=7,6 g/dL, quando recebeu hemotransfusão e foi indicada a laparotomia exploradora, a qual confirmou os achados tomográficos. Realizada drenagem do hematoma e nefrectomia parcial, com ressecção do tumor (7 x 5 x 2,3 cm). Oestudo anatomopatológico evidenciou AML renal. A paciente recebeu alta hospitalar no 10° PO sem queixas. Após 6 meses, segue em acompanhamento ambulatorial sem intercorrências.Conclusão: a SW é um diagnóstico que deve ser cogitado nos pacientes com dor lombar, principalmente associado a sintomas de choque hipovolêmico.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 643

TÍTULO DO TRABALHO: Tumor urogenital triplo - relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: UROLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: NICOLAS ALMEIDA LEAL DA SILVA1; CLAUDIO MIGUEL PINTO MORALES1; MARCELO PIMENTEL1; GABRIEL WEISS2; AMANDA VARNIER PARISOTTO2; FELIPE ABATTI SPADINI3; AMANDA CAROLINE DAMAS TABORDA3; SUELLEN CRISTINA MONTAGNA3. 1. SERVIÇO AVANÇADO DE UROLOGIA - SAU, PASSO FUNDO - RS - BRASIL; 2. RESIDÊNCIA MÉDICA EM CIRURGIA GERAL - UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL / HCPF, PASSO FUNDO - RS - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS, PASSO FUNDO - RS - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A presença de cânceres sincrônicos em diversos órgãos é um assunto raro da literatura, sendo estimada a sua ocorrência entre 0,73-11,7% da população diagnosticada com câncer. O presente relato visa descrever a ocorrência de câncer sincrônico de bexiga, próstata e rim.Relato de Caso: Masculino, 70 anos, branco, ex-etilista e tabagista, apresentando hematúria macroscópica total e massa tumoral em rim direito a ultrassonografia. Na tomografia computadorizada de abdome demonstrou presença de massa heterogênea e infiltrativa no rim direito medindo 13,9x11,3cm, bexiga com espessamento focal de aspecto nodular na parede póstero-lateral direita, de 5,1x2,5 cm e próstata com volume aumentado e calcificações periuretrais. Paciente foi submetido a nefrecromia radical a direita. O laudo anatomopatológico evidenciou Carcinoma renal de células claras grau 2. Persistiu com hematúria macroscópica e no sétimo pós operatório foi submetido a ressecção transuretral de bexiga, a qual evidenciou-se lesão tumoral vegetante, franjeada, séssil, e estenose da uretra bulbomembranoso, realizado biópsias. O estudo anatomopatológico confirmou que a lesão da bexiga tratava-se de Carcinoma urotelial papilifero invasivo de alto grau, e, da uretra, Adenocarcinoma acinar usual de próstata, Gleason 6 (3+3). Frente aos achados do anatomopatológico foi realizado cistoprostatectomia radical, linfadenectomia ilíaca, retroperitoneal e pélvica bilateral associada a ureterostomia cutânea. O estudo anatomopatológico evidenciou Carcinoma vesical urotelial papilifero invasivo de alto grau, medindo 4x3cm, estedendo-se até a camada muscular interna da bexiga, com presença de invasão angiolinfática e perineural, com moderado infiltrado linfocitário intra e peritumoral, e, da uretra, Adenocarcinoma acinar usual de próstata, Gleason 6 (3+3), comprometendo o lobo esquerdo da próstata, medindo 0,4cm, ausência de infiltração perineural e extensão extraprostática. Ausência de metástases.Conclusão: Apesar dos cânceres sincrônicos serem raros na literatura e na prática médica, o paciente em questão apresentou neoplasias renal, vesical e prostática. Devemos sempre considerar a hipótese de neoplasias sincrônicas para proporcionar o melhor tratamento aos pacientes.Referências:Shoshtar, M., Hossein, S., & Moslemi, K. Metachronous occurrence of triple malignancies of kidneys, prostate, and breast. A case report and review of the literature. Case Reports in Urology. Hindawi Publishing Corporation. 2013.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1320

TÍTULO DO TRABALHO: A EFICIÊNCIA DA COLANGIOPANCREATOGRAFIA ENDOSCÓPICA RETRÓGRADA (CPRE) ASSOCIADA A COLECISTECTOMIA EM UM ÚNICO ATO OPERATÓRIO PARA O TRATAMENTO DA COLEDOCOLITÍASE EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO TOCANTINS: RESULTADO PARCIAL DE UMA PESQUISA DE CAMPO.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: YASMIN BIONE DINIZ; CAMILA MONTEIRO DA ROCHA; RONE ANTONIO ALVES ABREU; LUCAS MONTEIRO DA ROCHA; CAROLINA DOS REIS VALADARES; NADER NAZIR SULEIMAN; CLÁUDIO HENRIQUE CLEMENTE FERNANDES. INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS, ARAGUAÍNA - TO - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVO: O objetivo deste trabalho é analisar a eficácia da realização de CPRE e colecistectomia, no mesmo ato operatório, para o tratamento da colelitíase complicada com coledocolitíase em um Hospital Universitário do do Tocantins.MÉTODO: Trata-se de um projeto de pesquisa de cunho observacional, descritivo, retrospectivo, por meio de pesquisa de campo, realizado através da análise de prontuários 15 pacientes que foram submetidos à CPRE e Colecistectomia, durante o período de 2010 a 2015. RESULTADOS: Os pacientes tiveram suspeita diagnóstica de coledocolitíase através a clínica associada a uma dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas pelo USG. Todos foram submetidos a CPRE e colecistectomia em um mesmo ato operatório. O tempo cirúrgico variou de 1h a 4,5h, sendo que a maioria foi realizada em no máximo em 2h. Já o tempo de CPRE variou de 30 min a 3 h, sendo a maioria realizada na 1ª hora. Houve necessidade de drenagem de cavidade em apenas 5 pacientes. Os achados intraoperatórios variaram, mas evidenciou, na maioria, vesícula edemaciada, processo inflamatório local, múltiplos cálculos em vesícula biliar e cálculo em colédoco. Foi realizado antibióticoprofilaxia para todos, utilizado em 100% dos casos uma cefalosporina. Nenhum paciente foi vítima de lesão iatrogênica, e todos sem coledocolitíase residual. Todos tiveram um pós-operatório favorável, sem nenhuma complicação e nenhum óbito. Apenas um indivíduo foi encaminhado para UTI no pós-operatório, sendo que este teve alta desta unidade no 2º DPO. Alterações laboratoriais no PO ocorreram na minoria dos pacientes, 03 apresentaram anemia, 01 apresentou persistência da leucocitose, e 01 paciente apresentou persistência do transaminases elevados, sendo que este valor correspondia a metade do da internação. Durante o PO, 64% dos pacientes teve retorno dos RHA no 1º DPO, 100% dos pacientes tiveram flatos e evacuações nos primeiros 4 dias de pós operatório. 100% tinha a biopsia da peça cirúrgica evidenciando colecistite crônica agudizada. O paciente foi de alta entre o 1 e o 8º DPO, sendo que 50% ficaram por menos de 5 dias após a cirurgia no hospital.CONCLUSÃO: A técnica de CPRE e colecistectomia em estágio único tem diminuição do tempo cirúrgico e de retorno ambulatorial, bem como, uma diminuição dos custos de internação e cirúrgicos, proporcionando assim, bem estar aos pacientes e atendendo assim ao princípio da economia.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1690

TÍTULO DO TRABALHO: A IMPORTÂNCIA DA COLANGIOPANCREATOGRAFIA ENDOSCÓPICA RETRÓGRADA NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA COLEDOCOLITÍASE: UMA REVISÃO DE LITERATURA.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: YASMIN BIONE DINIZ; DEBORAH MACÊDO RIGONI PRANDINI; MAFIRA PEREIRA SAFT; BRUNA MARTINS NEIVA BRINGEL; RONE ANTONIO ALVES ABREU; PATRÍCIA ALVES MANGUEIRA; CAMILA MONTEIRO DA ROCHA. INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS, ARAGUAÍNA - TO - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVO: O objetivo deste trabalho é apresentar uma revisão de literatura sobre a importância da Colangiopancreatografia Endoscópica Retrógrada (CPRE) no diagnóstico e tratamento da coledocolitíase. MÉTODOS: Estudo descritivo e bibliográfico que teve a coleta de dados baseada em Artigos Científicos indexados nas fontes de Pesquisa online: Pubmed, LILACS e Scielo. Sendo os termos chaves utilizados na busca: CPRE, coledocolitíase, colecistectomia.RESULTADOS: A coledocolitíase é definida como a presença de um ou mais cálculos no interior do colédoco. Ela acontece de duas formas. Primária, que é a forma mais rara, onde os cálculos se formam diretamente no interior do colédoco e são chamados de cálculos pigmentares castanhos, responsável por 10% dos casos, compostos por: bilirrubinato de cálcio misturado com bactérias, proteínas e pequena parcela de colesterol. Os cálculos secundários são responsáveis por 90% dos casos, e acontecem como uma complicação da colelitíase de 8-20% dos casos. Pode sugerir a presença de coledocolitíase quando houver dilatação igual ou superior a 0,5 cm de diâmetro no colédoco em pacientes com diagnóstico de colelitíase. O exame padrão ouro para o diagnóstico de coledocolitíase é a colangiopancreatografia endoscópica retrógrada (CPRE), que tem a vantagem de ser também potencialmente terapêutica. O tratamento da colelitíase é cirúrgico, sendo a colecistectomia por via laparoscópica o padrão-ouro. Por muitos anos a colecistectomia aberta (CA) com coledocotomia ou esfincteroplastia com limpeza do ducto biliar eram o padrão-ouro para o tratamento de ambas as patologias. Durante a última década a colecistectomia laparoscópica (CL), substituiu a CA no tratamento da litíase biliar. As dificuldades técnicas no tratamento laparoscópico da coledocolitíase e o desenvolvimento da CPRE têm levado a amplas possibilidades de tratamentos cirúrgicos endoscópicos para pacientes com colelittiase e coledocolitíase suspeitos. A CPRE terapêutica consiste na canulação da papila maior seguida de esfincterotomia com retirada de cálculos. A morbidade é de cerca de 5-8%, e a mortalidade geral é de cerca de 0,2-0,5%. O índice de sucesso terapêutico fica em torno de 71-75% no primeiro procedimento, e de 84-95% após múltiplos procedimentos.CONCLUSÃO: A abordagem da coledocolitíase por CPRE intra-operatória, guiada por cateterização da papila hepatopancreática através do ducto cístico seguida de colecistectomia videolaparoscópica mostrou-se segura e eficaz.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2213

TÍTULO DO TRABALHO: ABORDAGEM CIRÚRGICA DE NEOPLASIA PANCREÁTICA NO PACIENTE EM PÓS OPERATÓRIO TARDIO DE CIRURGIA BARIÁTRICA.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GUSTAVO PEIXOTO SOARES MIGUEL1; CAROLINE GRAVEL1; ISAAC WALKER DE ABREU2; GABRIELE CASTIGLIONI GAROZE3; TARCIO OLIVEIRA CORREIA4; THALES MENDES MIRANDA3; HENRIQUE MOURA BRAGA1; RISIA PECINALI SANTOS1. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO, VITÓRIA - ES - BRASIL; 2. HOSPITAL MERIDIONAL, CARIACICA - ES - BRASIL; 3. HOSPITAL ESTADUAL DR JAYME SANTOS NEVES, SERRA - ES - BRASIL; 4. HOSPITAL MEIRIDIONAL, CARIACICA - ES - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A neoplasia maligna do pâncreas é uma doença altamente agressiva com possibilidade de ressecção cirúrgica em 15 a 20% dos casos, o que se deve principalmente a sintomatologia inespecífica. Os sintomas mais observados constituem dor em andar superior do abdome, perda ponderal e icterícia obstrutiva.A cirurgia bariátrica é o tratamento mais eficaz para perda de peso sustentada, sendo o Bypass gástrico em Y de Roux o procedimento mais realizado no mundo. Apresenta um componente restritivo com a realização do pouch gástrico e um disabsortivo, com a reconstrução em Y de Roux.Relato de caso: Paciente do sexo feminino, 45 anos, sem comorbidades prévias, etilista social, submetida a Bypass gástrico em Y-de-Roux no ano de 2007. Apresentava peso e IMC pré-operatório de 103 e 41,36 kg/m² respectivamente, menor peso 70 Kg e atualmente 89 Kg. Relato de dor epigástrica com vinte dias de evolução e icterícia obstrutiva. Evidenciado na colangioressonância formação tecidual de limites imprecisos com cerca de 1,9 cm no seguimento intra-hepático do colédoco causando estenose do mesmo e dilatação a montante das vias biliares, associado a alteração do CA19.9 (700). Indicado o tratamento cirúrgico, no intra operatório foi observado lesão em cabeça de pâncrea sugestiva de neoplasia maligna e múltiplas lesões císticas em corpo e cauda associado a linfonodonomegalia peripancreática, Bypass gástrico em Y de Roux com presença de um metro de alça alimentar, realizado reversão do Y do Roux, degastrectomia do estômago excluso com a duodenopancreatectomia total, esplenectomia, linfadenectomia retro peritoneal, colecistectomia, anastomose biliodigestiva e nova entero enteroanastomose em Y de Roux. Laudo histopatológico diagnosticando adenocarcinoma pancreático. Paciente apresentou boa evolução no pós operatório e segue acompanhamento ambulatorial.em reposição de enzimas pancreáticas e insulina.Conclusão: A obesidade é uma epidemia mundial e o Bypass gástrico em Y de Roux é a cirurgia bariátrica mais realizada. Por alterar a anatomia gastrointestinal, devemos estar atentos às demais doenças do aparelho digestivo, o que representa um desafio no diagnóstico e tratamento cirúrgico em pacientes que são acometidos por doenças nesses órgãos. Para realizar a duodenopancreatectomia optou-se pela degastrectomia do estômago excluso e uma nova enteroanastomose em Y de Roux, preservando o procedimento bariátrico.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2961

TÍTULO DO TRABALHO: Abordagem Cirúrgica de Tumor de Frantz Via Videolaparoscopia. Um relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GIULIANO NOCCIOLI MENDES1; JULIANA MOUTINHO DA SILVA2; RICARDO CESAR PINTO ANTUNES1; BRUNO YUKI YOSHIDA1; TIAGO SANTORO BEZERRA1. 1. HOSPITAL BANDEIRANTES, SAO PAULO - SP - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, SAO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoO Tumor Sólido Pseudopapilar do Pâncreas (TSPP) é uma neoplasia rara, tendo relatos cada vez mais frequentes desde sua primeira descrição em 1959 por Frantz. Este tumor compreende de 0,3% a 2,7% de todos os tumores pancreáticos,e afeta principalmente mulheres entre 20 e 30 anos de idade. Dois terços desses tumores ocorrem em corpo e cauda de pâncreas, tem como características crescimento lento, raras taxas de metástase e alta chance de cura com a ressecção da lesão. A cirurgia laparoscópica para o tratamento desses tumores na maioria dos casos não é indicada pelo tamanho do tumor, o que dificulta o acesso.Relato de casoPaciente A.M.O.C., 36 anos, sexo feminino, sem histórico de comorbidades prévia, apresentou em novembro de 2016 quadro de dor epigástrica súbita, que irradiava para dorso, de forte intensidade, associada a náuseas. Procurou o serviço do Hospital Bandeirantes, onde foi medicada com melhora parcial da dor. Realizou Tomografia de abdômen que evidenciou massa de contornos mal definidos em cabeça de pâncreas. Foi realizada internação para controle de dor e investigação diagnostica. A Ressonância Magnética de abdome evidenciou nódulo de 2,4cm em cabeça pancreática, sem alterações nas vias biliares e ductos pancreáticos, e ausência de invasão de vasos mesentéricos superiores. Em dezembro de 2016, realizou uma ecoendoscopia com punção, que firmou o diagnóstico de tumor papilar solido-cístico (Frantz). A paciente foi submetida a uma gastroduodenopancreatectomia laparoscópica em janeiro de 2017 para ressecção do tumor. O relatório de patologia cirúrgica revela neoplasia sólido-pseudopapilifera do pâncreas, medindo 3,2 cm, ausência de detecção de invasão vascular e perineural, margens cirúrgicas livres e sem invasão linfonodal.Conclusão O tumor de Frantz ocorre predominantemente em mulheres jovens e pode acometer qualquer área do pâncreas, porém, tem preferência pelo corpo e a cauda pancreática. No caso relatado, a paciente apresentava divergência da literatura, com a localização da lesão em cabeça de pâncreas. A ressecção cirúrgica via laparoscopia mostrou ser segura e eficaz para o tratamento desse tipo de tumor, com resultados pós-cirúrgicos positivos, margens livres, o que é essencial para uma cirurgia oncológica tecnicamente perfeita, e sem invasão de outras estruturas. Quando o tamanho da lesão permitir a ressecção cirúrgica, a laparoscopia é a via preferencial, diminuindo tempo cirúrgico, dor pós-operatório e tempo de internação.

CODIGO DO TRABALHO: 1056

TÍTULO DO TRABALHO: Abordagem cirúrgica em paciente portador de cisto de Colédoco Todani IB: Relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOÃO PAULO DE OLIVEIRA GUIMARÃES; EDSON ANTONACCI JR.. HOSPITAL REGIONAL ANTÔNIO DIAS - FHEMIG, PATOS DE MINAS - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A dilatação cística de via biliar é uma doença rara e de origem incerta. Pode acometer a porção extra-hepática, ductos biliares intra-hepáticos ou ambos. É diagnosticada mais frequentemente em crianças, porém sua incidência vem aumentando em adultos. Esses cistos têm indicação de ressecção cirúrgica devido suas complicações e pela possibilidade de malignização. Entre as complicações mais comuns da lesão cística de colédoco encontram-se a litíase de colédoco, o carcinoma de vesícula biliar e colédoco, a colangite crônica, a obstrução biliar, a ruptura do cisto, entre outras. Este trabalho tem por objetivo relatar um caso de cisto da árvore biliar do tipo I, enfatizando a raridade da doença, a dificuldade e demora do diagnóstico e o tratamento cirúrgico. Relato de caso: Paciente feminina, 31 anos, com histórico de cirurgia bariátrica à Capella e colecistectomia videolaparoscópica prévias, realizou primeira consulta devido dor abdominal em quadrante superior direito e icterícia, realizado ultrassonografia de abdome total que evidenciou dilatação cística do colédoco. Realizou colangiorressonância sugerindo cisto do colédoco com aparente suboclusivo. Submetida à ressecção cirúrgica do cisto e anastomose bileodigestiva término-lateral entre o colédoco, próximo à união dos ductos hepáticos, e o duodeno por laparotomia. Evoluiu com colangite no 30° dia de pós-operatório, sendo realizado suporte clínico e antibioticoterapia. Realizou colangiorressonância e ressonância de abdome superior com contraste hepatobiliar, evidenciando passagem do meio de contraste dos ductos hepáticos até o duodeno indicando patência da derivação bileodigestiva. Conclusão: A doença cística das vias biliares é uma condição de diagnóstico raro na idade adulta. Pacientes costumam buscar serviços de emergência com queixa de dor abdominal e com alterações laboratoriais. O diagnóstico é retardado e é necessário exame complementar de imagem (tomografia computadorizada ou ressonância magnética). O tratamento compreende a ressecção da lesão e derivação bioleodigestiva, visto risco de transformação maligna.

CODIGO DO TRABALHO: 336

TÍTULO DO TRABALHO: Abordagem de Paciente com Síndrome Sump: Relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LÁZARO ANTONIO FRANCISCO FÉRES; ALINE MAIA VIDAL; CRISTINA RAMOS MELGAÇO; FLAVIA BARROS MONKEN; JÉSSICA ROSA DE OLIVEIRA; NATHALIA TARGA SILVA; PEDRO GUIMARÃES ROCHA LIMA. HOSPITAL ALCIDES CARNEIRO, PETRÓPOLIS - RJ - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A Síndrome Sump (SS) consiste numa consequência da coledocoduodenostomia latero-lateral (CDD), onde os pacientes apresentam coledocolitíase, pancreatite aguda e inflamação local, causadas por resíduos alimentares encontrados no coto distal do colédoco. A prevalência dessa síndrome varia de 2,5 a 15,7% após a CDD. A fisiopatologia da SS ainda não é bem definida. O tempo entre a cirurgia até o início dos sintomas é variável, podendo ser vários anos após a CDD, mas em média com um tempo de latência de cinco anos.RELATO DE CASO: Paciente feminina, 42 anos, apresentando dor em hipocôndrio direito (HD) com evolução de uma semana, associada a náuseas, vômitos e febre, além de coloração amarelada em mucosa ocular. Exames laboratoriais evidenciaram alteração de enzimas hepáticas. Fez uso de sintomáticos sem regressão do quadro álgico. Evoluiu com colúria e cefaleia holocraniana, procurando atendimento médico, sendo admitida em Hospital Alcides Carneiro em Petrópolis-RJ para investigação do quadro clínico.Paciente refere há 14 anos colecistectomia e há 12 anos quadro de pancreatite sendo realizada CDD latero-lateral, sem complicações. Refere dor em HD esporadicamente após alimentação gordurosa, aliviada após uso de analgésico. Durante a internação foi iniciada antibioticoterapia com Ciprofloxacino e Metronidazol. Foi submetida à Tomografia Computadorizada de abdome constatando aerobilia por provável derivação biliodigestiva. Evoluiu durante a internação com dois picos febris e persistência da dor em HD, regredidos após uso de analgésico e antitérmico. Realizou Endoscopia Digestiva Alta, onde evidenciou gastrite enematosa leve e anastomose biliodigestiva. A CPRE foi realizada para melhor compreensão da cirurgia biliodigestiva e possível terapêutica durante o procedimento. Nesta ficou demonstrado que as vias biliares tinham calibre aumentado, com conteúdo heterogêneo em seu interior e extravasamento de contraste para o duodeno, sendo diagnosticada Síndrome de Sump. Realizada papilotomia ampla e retirada completa do conteúdo intra-coledociano. Evoluiu com melhora da dor HD e ausência de novos episódios febris. Paciente recebeu alta com encaminhamento para seguimento no ambulatório de clínica cirúrgica.CONCLUSÃO: O diagnóstico da SS é um desafio por apresentar uma grande variedade de sintomas inespecíficos. A CDD é cada vez menos utilizada para o tratamento das doenças que acometem as vias biliares, por poder evoluir com a síndrome de Sump.

CODIGO DO TRABALHO: 2561

TÍTULO DO TRABALHO: ABORDAGEM TERAPÊUTICA NA COLEDOCOLITÍASE MACIÇA: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CAIO AUGUSTO RÉGIS PAULO NETO DE ALMEIDA; GUSTAVO LEITE URQUISA; MARIA EDUARDA SERAFIM CRISPIM; AUGUSTO DE ALMEIDA JÚNIOR; DEODATO ROLIM CARTAXO; GUSTAVO GOMES MARQUES; ENYÁLINE FIRMINO DE VASCONCELOS; RUAN CÉSAR TEIXEIRA DE CARVALHO. HOSPITAL SAMARITANO, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Coledocolitíase Múltipla refere-se à existência de mais de cinco cálculos no Ducto biliar comum, porém, em revisão de literatura sobre o tema, apesar de existirem relatos do termo ?Coledocolitíase Maciça?, não há definição prática para o mesmo. É apresentada uma paciente com coledocolitíase maciça, em que a colangiopancreatografia retrógrada endoscópica não obteve sucesso, sendo submetida à exploração cirúrgica. Relato do caso: Paciente de 66 anos com quadro de dor abdominal tipo queimação em epigástrio e hipocôndrio direito, sem alterações laboratoriais, diagnosticada com colelitíase e coledocolitíase através de ultrassonografia. Acolangiopancreatografia retrógrada endoscópica não obteve sucesso, pois não foi conseguido a cateterização seletiva da via biliar, optando-se por realizá-la no intra-operatório. Iniciado o procedimento videolaparoscópico, a Colangiografia revelou colédoco dilatado (1,5 cm) repleto por cálculos de até 0,5 cm, sendo então realizado papilotomia endoscópica através de fio guia transcístico e tentativa de esvaziamento do colédoco. Como não foi possível, optou-se pela exploração cirúrgica, submetendo a paciente à coledocotomia transversa, com extração de 72 cálculos entre 0,3 e 0,6 cm, e posterior Coledocoduodenoanastomose. Conclusão: O relato tem o intuito de mostrar a importância de uma definição prática da Coledocolitíase Maciça, estabelecendo o número e o tamanho dos cálculos e o grau de dilatação do colédoco durante o diagnóstico. Uma vez confirmada a coledocolitíase, a escolha do tratamento deve ser feita com cautela pelo médico, que deve analisar fatores como: o momento do diagnóstico, o número e o tamanho dos cálculos, o grau de dilatação do colédoco, as taxas de complicações de cada método e, não menos importante, a disponibilidade e as condições do Serviço.

CODIGO DO TRABALHO: 2630

TÍTULO DO TRABALHO: ADENOCARCINOMA DA AMPOLA DE VATER: PERFIL IMUNO-HISTOQUÍMICO E FATORES PROGNÓSTICOS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ISABELA SOARES FONSECA BATISTA1; JOÃO PAULO LEMOS DA SILVEIRA SANTOS1; PAULA TEIXEIRA VIDIGAL1; CLARA ANTUNES FERREIRA1; GUSTAVO GOMES GRATEKI2; CARLA JORGE MACHADO1; VIVIAN RESENDE1. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA DE BARBACENA, BARBACENA - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Em 1994 Kimura et. al. descreveram dois subtipos histológicos dos adenocarcinomas da ampola de Vater: o tipo intestinal (TI) e o tipo pancreatobiliar (TPB). A classificação histopatológica dos tumores ampulares relaciona-se com o prognóstico e pode ter importância na decisão de quimioterapia adjuvante. OBJETIVOS: O objetivo desse estudo foi definir o fenótipo dos adenocarcinomas da ampola de Vater por meio da expressão imuno-histoquímica de MUC1, MUC2, MUC5AC, CDX2, CK7, CK20 e EPCAM. MÉTODOS: Foram estudados 30 pacientes com carcinomas ampulares submetidos a tratamento cirúrgico (ressecção R0) em uma única Instituição. Obteve-se a classificação dos tumores em TI e TPB e avaliou-se a relação dessa classificação com as variáveis clinicopatológicas e com a sobrevida. Os dados foram analisados utilizando-se métodos univariados e multivariados. O método multivariado de Cluster foi utilizado para determinar os marcadores imuno-histoquímicos que melhor discriminaram os TI do TPB. A média das idades dos pacientes foi 62,5 anos, e o intervalo interquartil de 54 a 62 anos. RESULTADOS: Nove (30%) tumores foram do TI e 21 (70%) TPB. O marcadores que melhor discriminaram o TI do TPB foram CDX2 e CK7. Na análise univariada houve associação significativa entre o TPB e linfonodos acometidos (p = 0,029), invasão angiolinfática (p=0,002) e perineural (p=0,04). A variável independente que ficou no modelo multivariado para esta associação foi a invasão angiolinfática (p=0,005, OR=17). A sobrevida global aos 12, 36 e 60 meses foi de 87,8%, 69,9% e 60,5%, respectivamente. Na análise univariada, as variáveis com impacto na sobrevida foram idade, N, T, estadiamento , invasão angiolinfática e perineural. O modelo final multivariado mostrou associação significativa entre menor sobrevida e a presença de acometimento linfonodal (HR = 9,03, p = 0,009). CONCLUSÃO: Em conclusão, os marcadores imuno-histoquímicos que melhor discriminaram os tipos histológicos foram CDX2 (TI) e CK7 (TPB). O acometimento linfonodal teve grande impacto na sobrevida e foi mais frequente no tipo pancreatobiliar.

CODIGO DO TRABALHO: 980

TÍTULO DO TRABALHO: Adenocarcinoma de papila duodenal diagnosticado após pancreatite aguda por coledocolitíase, complicada com pseudocistos pancreáticos: relato de caso.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DIOGO FONTES SANTOS1; MARCELO BRUNO REZENDE1; MARCELO NUNES VIVEIROS1; THANIELLE SIMIONATO1; ARTUR DA SILVA FARIAS1; DEBORA FONTES SANTOS2; AILTON FERREIRA DE SOUZA FILHO1. 1. HOSPITAL SANTA MARCELINA, SAO PAULO - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL DO SERVIDOR PUBLICO MUNICIPAL, SAO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O adenocarcinoma primário de duodeno é uma patologia rara. Foi primeiramente descrita por Hamberger, em 1746, e desde então, foram relatados menos de 3mil casos na literatura mundial. O diagnóstico precoce é dificultado pela ausência de sintomas específicos e pelos conhecimentos restritos sobre essa patologia. A escassez de relatos de pacientes portadores dessa doença que iniciam a sintomatologia com pancreatite aguda secundária a coledocolitíase complicada com pseudocistos pancreáticos, nos estimulou a apresentação do caso.Relato de caso: Paciente de 52 Anos, do sexo feminino, natural de Bauru, procedente Mairiporã-SP, 5 Filhos, desempregada (ex-doméstica). Paciente negava comorbidades e é tabagista 30 maços/ano. Foi admitida na emergência com história dor em hipocôndrio direito de moderada intensidade, associado a náuseas, vômitos e icterícia. Houve perda ponderal de 10kg em 4 meses. Apresentava amilase de 2200 U/l na admissão. A US mostrou imagem calculosa em colédoco proximal medindo 8mm com dilatação de vias biliares intra e extra-hepáticas a montante, com colédoco dilatado para 9mm. Foi realizado CPRE que mostrou uma papila duodenal com infiltrado irregular e biopsiado com anatomopatológico de adenocarcinoma moderadamente diferenciado infiltrado a papila duodenal; vias intra e extra-hepáticas dilatadas sem falha de enchimento. A TC de abdome e torax não evidenciou metástases a distancia e formações císticas homogêneas de paredes pouco espessadas, medindo cerca de 35mm e 53mm, em colo, corpo e cauda pancreáticos. Esteve em acompanhamento ambulatorial com TC de controle trimestral que denotam redução dos pseudocistos pancreáticos. A paciente se encontra em programação de realização de duodenopancreatectomia.Conclusão: Apesar dos tumores de papila serem tumores raros, os pacientes costumam iniciar o quadro com sintomas vagos e inespecíficos, com dor abdominal, náuseas, vômitos intermitentes, anorexia e distensão abdominal pós-prandial, icterícia intermitente e perda ponderal, contribuindo para um diagnóstico tardio e prognóstico reservado. O início do quadro com pancreatite aguda não é tão comum e pancreatite aguda complicada com pseudocistos pancreáticos se faz menos comum ainda.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1835

TÍTULO DO TRABALHO: Adenocarcinoma de vesícula biliar com achado incidental de tumor do estroma gastrointestinal sincrônico

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GUSTAVO FERNANDES DE ALVARENGA; GIULIANO CAMPOLIM GAGLIOTI; GLAUCO LEONEL PERTICARRARI OSÓRIO; LORRAINE CRISTINA PASSOS MARTINS; CAMILA ALOISE CRUZ. HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O adenocarcinoma de vesícula biliar é relativamente incomum, apesar de corresponder ao câncer mais comum do trato biliar. Sua patogênese é pouco entendida e apresenta, em geral, prognóstico ruim. O tumor do estroma gastrointestinal é o mais comum tumor mesenquimal do trato digestivo e, por sua heterogeneidade histológica, seu prognóstico é bastante variável, apesar de apresentar boa resposta com o atual tratamento quimioterápico.Relato de caso: Paciente de 67 anos, do sexo feminino, com diagnóstico prévio de colelitíase sintomática foi submetida a colecistectomia laparoscópica eletiva em 18/08/2016. Exame anatomopatológico da peça operatória revelou adenocarcinoma de vesícula biliar, estádio T2. Tomografia computadorizada de abdome para estadiamento realizada em 11/10/2016 mostrou espessamento gástrico exofítico de 5cm em corpo gástrico e não foram encontradas alterações de vias biliares, lesões hepáticas ou linfonodomegalias. Realizada endoscopia digestiva alta em 05/11/2016, que visualizou lesão exofítica submucosa de 3cm em região cárdica. Exame anatomopatológico de biópsia da lesão foi sugestivo para tumor do estroma gastrointestinal. Paciente foi submetida em 21/11/16 a ampliação de leito cístico com resseção de segmento hepático V e linfadenectomia de hilo hepático, além de gastrectomia total e reconstrução em Y, em mesmo procedimento sem intercorrências. Em 3° dia de pós-operatório, foi introduzida dieta enteral e, em 5º dia de pós-operatório, foi diagnosticada fístula de anastomose esôfago-jejunal, que evoluiu para fechamento com tratamento conservador. Recebeu alta em 17º dia de pós-operatório, sem novas intercorrências. Exame anatomopatológico da peça operatória evidenciou tumor do estroma gastrointestinal de alto grau com margem esofágica livre, segmento V hepático livre de comprometimento neoplásico, linfonodos gástricos (30) e hepáticos (11) sem metástases. Atualmente, paciente encontra-se em acompanhamento ambulatorial com Oncologia Clínica, que iniciou adjuvância com imatinibe.Conclusão: A ocorrência sincrônica de tumores do estroma gastrointestinais e carcinomas gastrointestinais tem sido esporadicamente descrita, porém fatores fisiopatológicos comuns não foram evidenciados e ambos parecem constituir entidades patológicas distintas. A maior parte dos carcinomas sincrônicos foi de origem gástrica, ao passo que a associação com tumores de vias biliares parece ser bastante rara.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1949

TÍTULO DO TRABALHO: ADENOCARCINOMA DE VESÍCULA BILIAR EM PACIENTE DE 17 ANOS - RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CRISTIANO DA COSTA CASAES FILHO1; ROBERTO CARLOS ARAÚJO JUNIOR1; ANDRÉ LUIZ FERMINO1; FERNANDA MARIA DAMASCENO SHIMADA2; ISADORA ALESSIO DOMICIANO2; OSVALDO CAIEL FILHO1; MARCIO PIZARRO PIMENTA1; IRINEU FERREIRA TEIXEIRA1. 1. SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE BARRETOS, BARRETOS - SP - BRASIL; 2. FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE BARRETOS DR PAULO PRATA, BARRETOS - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O câncer da vesícula biliar ocorre 2 a 3 vezes mais frequente em mulheres do que em homens, sendo mais de 75% dos pacientes com mais de 65 anos de idade (1,2). Vários fatores têm sido associados a um maior risco de desenvolvimento do câncer da vesícula biliar, entre eles a colelitíase é o mais comum, chegando a estar presente em 75% a 95% dos casos (2).Relato de caso: Paciente E.F.C, 17 anos, feminina, parda, estudante, natural e procedente de Barretos, procurou atendimento na Unidade de Pronto Atendimento na cidade de Barretos-SP com quadro de dor torácica e epigastralgia há 2 meses com piora dos sintomas há 1 mês. Realizou ultrassonografia no período com laudo sugerindo a hipótese de neoplasia de vesícula biliar. Apresentava dor à palpação em hipocôndrio direito com sinal de Murphy positivo. Mediante o quadro, foi encaminhada à Santa Casa de Misericórdia de Barretos para investigação e tratamento. Durante a internação foram realizados: Tomografia Computadorizada de abdome e Colangio-pancreatografia por Ressonância Nuclear Magnética, esta ultima evidenciando lesão sólida, séssil, de base larga, junto à parede da região fúndica da vesícula biliar, com crescimento exofítico, sem sinais de acometimento do parênquima hepático circunjacente; lesão com características semelhantes, menor, vista na parede posterior; sem evidencias de dilatação de vias biliares intra ou extra-hepáticas, nem cálculos no colédoco. A conduta terapêutica final foi a Colecistectomia simples videolaparoscópica. Não houve contaminação da cavidade por produtos biliares. O anatomopatológico demostrou adenocarcinoma bem diferenciado, polipóide com invasão em profundidade, até a submucosa, não sendo observada invasão angiolinfática e com margens cirúrgicas livres de comprometimento. A paciente recebeu alta após recuperação cirúrgica, em boas condições clínicas. Encaminhada para seguimento ambulatorial, mantendo-se assintomática e estando sem sinais de recidiva da doença.Conclusão: Os métodos de tratamento curativo incluem colecistectomia simples ou estendida, a depender do grau de estadiamento (1,2,3). Porém, na maioria dos casos, o tratamento do câncer de vesícula biliar é paliativo por apresentarem lesões avançadas e irressecáveis no momento do diagnóstico (2,3). No caso descrito, a colecistectomia foi o tratamento adequado para a paciente uma vez que esta apresentava estadiamento T1a, ou seja, tumor confinado à mucosa ou submucosa da vesícula biliar (2).

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2243

TÍTULO DO TRABALHO: ADENOCARCINOMA DE VESÍCULA CURSANDO COM SÍNDROME DE MIRIZZI: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DOUGLAS RODRIGUES DE MACÊDO1; THEO MARCILIO POMPEU2; ANDERSON CARLOS BRASIL VASCONCELOS1; ALEXANDRA MANO ALMEIDA1; GLEYDSON CESAR DE OLIVEIRA BORGES1; JOSE CARLOS APOLONIO DA SILVA1; VITOR SARMENTO MESQUITA1; TONY HELTON FELIPE ANGELO1. 1. SANTA CASA DE MISERICORDIA DE FORTALEZA, FORTALEZA - CE - BRASIL; 2. UNICHRISTUS, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O carcinoma da vesícula biliar é a neoplasia maligna mais comum das vias biliares e a sétima mais frequente do aparelho digestivo; mais comum em mulheres e sexagenários. Geralmente é associado a um prognóstico reservado, devido a seu diagnóstico muitas vezes tardio. Isso se dá pela ausência de sintomas precoces dessa condição e pela inexistência de exames de triagem para essa patologia. O tratamento constitui-se primariamente apenas na retirada cirúrgica da lesão, mas muitas vezes se faz uso de terapias adjuvantes como quimioterapia e radioterapia.A síndrome de Mirizzi caracteriza-se por uma patologia da vesícula biliar causando icterícia obstrutiva benigna. O quadro inclui um ducto cístico que cursa paralelo ao ducto hepático comum, um cálculo impactado no colo da vesícula ou cístico, e uma obstrução do colédoco causada pelo cálculo ou pela a resposta inflamatória. Neste relato de caso, abordamos uma paciente com câncer de vesícula associado a síndrome de Mirizzi.Relato do caso: Paciente do sexo feminino, 59 anos, consultada no ambulatório de Cirurgia Geral da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza com queixa de icterícia associada a prurido, acolia fecal e colúria. Relatava ter apresentado cerca de um mês antes, quadro de dor em barra no andar superior do abdome, com irradiação para hipocôndrio direito, que piorava com a alimentação. Inicialmente, foi realizado ecografia abdominal que evidenciou dilatação de vias biliares intra-hepáticas. Em seguida, a colangiorressonância confirmou estreitamento luminal ao nível da confluência de ductos hepáticos por provável compressão extrínseca da vesícula biliar. Submetida a colecistectomia com hepatectomia parcial de lesões nodulares em seguimentos II e III do fígado. Durante dissecção do pedículo hepático foi observado invasão de ducto hepático esquerdo, o qual foi ressecado e realizado anastomose biliar de hepático direito com jejuno. A análise histopatólogica da vesícula corroborou o diagnóstico de adenocarcinoma.Conclusão: A Síndrome de Mirizzi e o adenocarinoma de vesícula são doenças pouco frequentes, dessa forma, sua concomitância é extremamente rara. O diagnóstico de neoplasia de vesícula pode ter muitas apresentações, inclusive simular condições incomuns, como Síndrome de Mirizzi. Assim, a história clínica detalhada e exames de imagem podem não ser suficientes para o diagnóstico da neoplasia, sendo necessário a associação de métodos histopatólogicos para evitar um subdiagnóstico desta condição.

CODIGO DO TRABALHO: 1149

TÍTULO DO TRABALHO: Adenomioma da Papila de Vater: relato de caso e revisão da literatura

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: IZABELA SINARA SILVA ALVES1; ISABELA BARTELLI FONSECA2; AURENIVEA CUERCI CAZZOTTO1; RENAN TORRES CAETANO DA SILVA1; TALITHA MARIA MARTINS FOSSE1; LARISSA RAQUEL SILVA COSTA1; JOSE ALBERTO DA MOTTA CORREIA1; ALBERTO BUGE STEIN1. 1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO MORAES, VITÓRIA - ES - BRASIL; 2. UNIFESP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Neoplasias benignas das vias biliares externas são entidades raras, sendo que até 2003 somente 33 casos de adenomiomas/hiperplasia adenomiomatosa foram reportados na literatura. A sua importância está nos seus sintomas, muito semelhantes aos de neoplasias malignas de mesma localização.Relato de Caso: Paciente do sexo feminino, 51 anos, procurou o serviço de oncologia clínica em julho de 2016 para investigação de perda ponderal de 18 kg em aproximadamente quatro meses. Ao exame físico, não apresentava icterícia, prurido ou dor abdominal. Em agosto foi submetida à endoscopia digestiva alta e baixa, ambos dentro do padrão da normalidade, assim como os marcadores tumorais (CEA, CA-125, CA-19.9). Exames laboratoriais evidenciaram discreto aumento de fosfatase alcalina, sem qualquer outro achado de colestase. Em seguida, realizou-se tomografia computadorizada (TC) de pelve e abdome, na qual foi descrita a presença de pequena área de realce mal definida localizada na porção intra-pancreática do colédoco distal, junto à transição com a papila duodenal, caracterizada apenas na fase tardia do estudo dinâmico, inespecífica e medindo 0.9 cm, sugestivo de colangiocarcinoma ou neoplasia de papila duodenal. A fim de esclarecer a etiologia da lesão, a paciente foi encaminhada ao serviço de Cirurgia do Aparelho Digestivo; realizou duodenoscopia, a qual não apresentou qualquer alteração e nova TC de abdome e pelve, nas quais se mantiveram as alterações descritas anteriormente, exceto por discreto aumento da dilatação das vias biliares à montante da lesão, sem dilatação do ducto pancreático principal. Diante dos resultados e da dificuldade de descartar lesão maligna, foi realizada em janeiro de 2017 gastroduodenopancreatectomia associada a linfadenectomia retroperitoneal. Na análise anatomopatológica fechou-se o diagnóstico de adenomioma da papila de Vater.Conclusão: Apesar dos diferentes métodos de propedêutica no pré-operatório, as dificuldades em estabelecer a natureza benigna da lesão (mesmo com a realização de biópsia, que quando negativa não exclui malignidade em definitivo) e a possibilidade de recidiva com a ressecção local fazem com que o tratamento de escolha seja a ressecção ampla da mesma. Neste caso, pelo seu aspecto nos exames de imagem e quadro clínico da paciente, foi optado por realização de gastroduodenopancreatectomia.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2268

TÍTULO DO TRABALHO: ANÁLISE DAS 500 PRIMEIRAS COLECISTECTOMIAS REALIZADAS APÓS A IMPLANTAÇÃO DA RESIDÊNCIA MÉDICA DE CIRURGIA GERAL

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DANIEL DE MORAIS TAVARES1; FERNANDA NEIVA RIBEIRO2; VALTER FABRICIO FERREIRA DARI2; DYEGO DOS SANTOS QUEIROZ2; LUANA ARRUDA2; HUGO SAMARTINE JUNIOR2; LUCIANO CRUANES GULLO2; THEAGO ARRUDA ESPÍRITO SANTO2. 1. PUC-SP, SOROCABA - SP - BRASIL; 2. COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI, CAMPINAS - SP - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVO: Analisar as primeiras 500 colecistectomias realizadas no Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi ?Ouro Verde?, em Campinas ? SP, após implementação da residência médica de cirurgia geral em 2013. Fazer um comparativo entre pacientes idosos e não idoso quanto ao tempo cirúrgico, via de acesso cirúrgico, índice de conversão de laparoscopia para laparotomia e tempo de internação hospitalar. MÉTODO: Foi realizado um estudo retrospectivo de pacientes submetidos a colecistectomia no Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi entre 01 de março de 2013 a 30 de julho de 2014, incluindo procedimentos realizados de forma eletiva e em caráter de urgência. Considerou-se critério de exclusão os pacientes submetidos no mesmo ato operatório a mais de um procedimento cirurgico. Foi separado e comparado em dois grupos: idosos e não idoso. RESULTADOS: Das 500 primeiras colecistectomias realizadas 81,4% (407 pacientes) eram do sexo feminino e 18,6% (93 pacientes) do sexo masculino. A média de idade foi de 48,6 anos (16-80 anos). Os pacientes com mais de 60 anos corresponderam a 23,2% (116 pacientes) da casuística. Entre os idoso, a distribuição quanto ao sexo foi mais homogênea, porém a maioria foi do sexo feminino com 73,2%. Em relação ao tempo cirúrgico nos pacientes não idoso apresentou uma média de uma hora e 20 minutos, semelhante ao apresentado pela população idosa (1h 17min). A via de acesso mais utilizada foi a videolaparoscópica nos dois grupos, 62,9% no idoso contra 61,2%. Apenas um paciente idoso necessitou de conversão para laparotomia. O tempo de internação médio do grupo dos idoso foi um pouco menor (1,53 dias) em relação ao grupo dos não idoso (1,85 dias). CONCLUSÕES: As primeiras 500 colecistectomias realizadas após implementação da residência médica no Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi quando comparadas em grupos de idoso e não idoso apresentam semelhante tempo cirúrgico e mesma distribuição quanto ao aceso cirúrgico. Nos idosos foi observado menor índice de conversão para laparotomia e menor tempo de internação, demonstrando ser seguro o procedimento nessa faixa etária.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 489

TÍTULO DO TRABALHO: Análise das colangiopancreatografias retrógradas endoscópicas no Hospital Geral de Itapevi

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FABRICIO OLIVEIRA RAMADA; MAURO MENDES PICOLO; MOHAMED IBRAHIM ALI TAHA; FERNANDO TORRES VASQUES; MONISE CORNELIO DE DEUS; CAIO CÉZAR OLIVEIRA MENEZES; FERNANDA CAVALCANTI CABRAL. HOSPITAL GERAL DE ITAPEVI, ITAPEVI - SP - BRASIL.

RESUMO:
ObjetivoO estudo teve como objetivo analisar as indicações de CPRE, a taxa de positividade para coledocolitíase, a taxa de sucesso nas retiradas de cálculos bem como na passagem de próteses plásticas por estenose de origem neoplásica e inflamatória. Também verificou a taxa de complicações.MétodosEstudo retrospectivo longitudinal. Foram avaliados os dados do prontuário e os laudos de CPRE de 92 pacientes do Hospital Geral de Itapevi-HGI, estado de São Paulo, entre o período de agosto de 2012 até novembro de 2016.Pacientes do sexo feminino representam 68,48 contra 31,52% do sexo masculino. Não houve grande diferença na distribuição, de acordo com a faixa etária.Dos 92 exames realizados, 71% foram devido à suspeita de coledocolitíase (66 casos), sendo que a taxa encontrada de casos positivos foi de 50% (33 casos). Foram realizados 15 exames em pacientes com icterícia obstrutiva suspeita de processo neoplásico, 4 por lesão iatrogênica de vias biliares, 1 por trauma penetrante abdominal com lesão das vias biliares, 1 por quadro de colangite com dilatação do hepatocolédoco e 5 para realização de dilatação de estenose com balão pressão controlado ou troca de prótese plásticas de pacientes já diagnosticados em procedimento anterior. A taxa de sucesso na extração de cálculos foi de 90,91% (30 dos 33 casos). Houve 100% de sucesso (15 casos) na passagem de prótese biliares plásticas nas estenoses de etiologia neoplásica (colangiocarcinomas e tumores periampulares). A taxa de complicação foi de 3,26% (3 casos).Discussão e ConclusãoEste estudo permitiu a elaboração de um protocolo para solicitação de CPRE com o intuito de diminuir as indicações desnecessárias.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2585

TÍTULO DO TRABALHO: ANÁLISE DAS COLECISTECTOMIAS VIDEOLAPAROSCÓPICAS CONVERTIDAS NA CLÍNICA CIRÚRGICA ?A? DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RENATO MANGANELLI SALOMAO; CAMILA PEREIRA LIMA KHOURI; ZENON TELLES BENVINDO MARQUES DA SILVEIRA; ANA CAROLINA SOBREIRA ABRAHÃO; JOSÉ CARLOS PERRI VIDAL ALVAREZ; FERNANDO ATHAYDE VELOSO MADUREIRA; ANTONIO CARLOS RIBEIRO G. IGLESIAS; MARISTELA CAVEDAGNE. UNIRIO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Devido a evolução das técnicas cirúrgicas para formas menos invasivas, proporcionando um melhor resultado pós-operatório, a colecistectomia videolaparoscopica (CVL) se tornou uma realidade em muitos centros cirúrgicos. Porém, mesmo com todas as suas vantagens ainda apresenta uma taxa de conversão para a cirurgia aberta que varia de 2 a 15% de acordo com a literatura. Objetivos: o presente estudo tem como objetivo apresentar a incidência de conversões de CVL, suas principais causas e o perfil de gênero e idade dos pacientes no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (HUGG). Métodos: Estudo de coorte transversal retrospectivo, no qual foram avaliados os prontuários dos pacientes operados de vias biliares na Clínica Cirúrgica ?A? do HUGG e selecionados os casos de CVL realizados de 1991 a 2016. Resultados: no total foram realizadas 1191 CVL pela Clínica Cirúrgica ?A? do HUGG (983 Mulheres; 193 Homens; 15 Não Relatados) e foram realizadas 32 conversões para cirurgia aberta (2,68% do total de CVL). Dessas, 23 (71,87%) foram realizadas em mulheres e 9 (28,12%) em homens. As justificativas para conversão foram: 14 por dificuldades técnicas (43,75%); 6 por falhas na aparelhagem (18,75%); 5 conversões (15,62%) não foram especificadas; 1 (3,12%) por bridas; 1 (3,12%) por aderências; 1 por fibrose (3,12%) e 1 por não identificarem elementos do pedículo (colédoco, canal cístico e artéria cística) (3,12%). As 3 (9,37%) conversões restantes foram por outras causas não especificadas. Como as principais causas foram dificuldades técnicas e falha no aparelho, é possível inferir algo sobre a realidade dos hospitais públicos do Rio de Janeiro, nos quais, muitas vezes, o material não está adequado ou não existe, o que dificulta a introdução da videocirurgia como parte do programa de residência médica para permitir a integração natural da técnica videolaparoscópica, diminuindo a curva de aprendizado. Além do que, mesmo para cirurgiões experientes, a falta de material adequado é um limitador para qualidade da cirurgia. Conclusão: Os principais fatores envolvidos com a conversão foram dificuldades técnicas e falhas do aparelho, o que é interessante para fazermos uma autoanálise do HUGG e, principalmente, da situação dos hospitais públicos do Brasil. Nos quais, muitas vezes, lida-se com a falta ou inadequação dos equipamentos, prejudicando a curva de aprendizado e a qualidade do procedimento.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2577

TÍTULO DO TRABALHO: Apresentação radiológica não usual de tumor neuroendócrino pancreático não funcionante: um relato de caso.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PAULO MOZART DE BARROS1; RICARDO JOSÉ CALDAS MACHADO2; NAIÁ DE MIRANDA NEVES3; HELYSÂNIA SHÁDYLLA SANTOS DE FARIAS2; BEATRIZ GLEYSE MARINHO SILVA2. 1. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, RECIFE - PE - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, RECIFE - PE - BRASIL; 3. FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE, RECIFE - PE - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Os tumores neuroendócrinos pancreáticos (TNEP) são raros. Podem ser classificados como funcionantes ou não funcionantes em relação às manifestações endócrinas. Os não funcionantes chegam a 85% dos TNEP, e mais da metade destes, são malignos. Geralmente, são diagnosticados em fase avançada e com pior prognóstico. As neoplasias de pâncreas possuem comportamentos que permitem distingui-los entre si. As malignas costumam possuir apresentações sólidas, enquanto a apresentação cística está na maioria das lesões de curso benigno. Contudo, cistos pancreáticos são cada vez mais diagnosticados, principalmente pelo uso frequente de exames por imagem nas afecções abdominais, acarretando expansão da descoberta incidental destas lesões. Aos exames de imagem, os TNEP, quase em sua totalidade, apresentam-se como nódulos ou massas hipodensas, onde a tomografia computadorizada (TC) e a ressonância nuclear magnética (RNM) assumem grande importância diagnóstica. Os TNEP com apresentação cística são considerados raros e seu diagnóstico acurado aos exames de imagem é de apenas 23%. Relato do Caso: Paciente de 62 anos, sexo feminino, com achado incidental de tumoração pancreática cística em transição cabeça-corpo, medindo Conclusão: Os tumores neuroendócrinos por tratarem-se de condição pouco frequente e apresentação radiológica usual como massa sólida com realce hipervascular, tornam a possibilidade diagnóstica de achados císticos pancreáticos como carcinomas neuroendócrinos não funcionantes um evento raro. Este tumor pode mimetizar condições benignas à radiologia, ausência ou sintomatologia inespecífica, causando diagnóstico tardio e consequente piora de fatores prognósticos do paciente. A identificação pré-operatória tende a ser melhorada, com exames complementares, permitindo uma definição antecipada destes cistos no futuro, o que levaria a abordagens precoces, com melhor prognóstico.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1846

TÍTULO DO TRABALHO: ASPECTOS CIRÚRGICOS E PÓS-CIRÚRGICOS DA ATRESIA BILIAR: UMA REVISÃO DE LITERATURA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CLARISSA MENEZES MONTEIRO1; JOSÉ PASSOS DE OLIVEIRA JUNIOR2; ITALO DANTAS RODRIGUES2; GABRIEL MARTINS TOMAZ ROCHA2; ELIZIA REGINA AMANCIO MEDRADO DE ALMEIDA2; ALLEF ROBERTO GOMES BEZERRA2. 1. CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES (UNIT), MACEIÓ - AL - BRASIL; 2. CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES, MACEIÓ - AL - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO A atresia biliar é um distúrbio multifatorial com evolução variada, possuindo como causas uma associação entre fatores infecciosos e autoimunes e que se configura como a causa cirúrgica mais comum para colestase neonatal. A portoenterostomia de Kasai é um procedimento de escolha para restituição do fluxo biliar. OBJETIVO Revisar os aspectos atuais sobre a atresia biliar englobando a importância dos procedimentos cirúrgicos e fatores associados do pós-tratamento. METODOLOGIA Trata-se de um estudo de revisão baseado na pesquisa de artigos atuais na base de dados SCIELO e PUBMED nos meses de janeiro e fevereiro de 2017. Utilizaram-se como descritores: atresia biliar, Kasai, colestase neonatal e pós-cirúrgico. RESULTADOS E DISCUSSÃO O procedimento cirúrgico de Kasai mostra-se como uma boa ferramenta como procedimento de ponte, permitindo a retenção do fígado nativo. O bom prognóstico da doença associa-se com menor grau de fibrose hepática, proliferação ductal e ausência de malformação da placa ductal. Além disso, a padronização do manejo protocolizado com o trabalho pré-operatório uniforme, a técnica cirúrgica e o manejo pós-operatório parecem ser os fatores coesivos para um melhor resultado. No pós-cirúrgico, o uso de esteroides no manejo ainda é controverso, apesar de existir evidências de que altas doses possuem alguns efeitos benéficos. Seu uso tem sido comprovadamente associado a uma diminuição das citocinas sistêmicas, redução da inflamação no local e maior liberação de bilirrubina. A antibioticoterapia também é foco de muitas controvérsias. Entretanto o uso de cefalosporinas de terceira geração ainda é citado a fim de se evitar infecções. CONCLUSÃO Constatou-se que, a atresia biliar é uma colestase do recém-nascido e tem bom prognóstico dependente do tratamento cirúrgico. Sabe-se que o paciente, na maioria dos casos, apresenta boa melhora da icterícia e o uso de esteroides tem acelerado esse progresso ao passo que o uso de antibióticos ainda não é consenso entre os pesquisadores.MOREIRA, R. K. et al. Biliary Atresia: A Multidisciplinary Approach to Diagnosis and Management. Arch Pathol Lab Med?Vol 136, July 2012.E.J. BIJL, et al. The long-term outcome of the Kasai operation in patients with biliary atresia: a systematic review. Netherland, vol. 71, no 4 may 2013.TYRASKIS A.; DAVENPORT M. Steroids after the Kasai procedure for biliary atresia: the effect of age at Kasai portoenterostomy. London SE5 9RS, UK, 2015.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 498

TÍTULO DO TRABALHO: ATRESIA DE VIAS BILIARES EM LACTENTE COM NECESSIDADE DE PORTOENTEROSTOMIA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: THALITA JUAREZ GOMES; KARINA GALLI CARDOSO MELLO; FLÁVIO MESQUITA SAMPAIO GIOVANNINI; ANY CAROLINE ALJONAS PIVA; MARCELO GUIMARÃES MIRANDA. UNOESTE, PRESIDENTE PRUDENTE - SP - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Descrever os achados clínicos, etiológicos, diagnósticos e terapêuticos da colestase neonatal devido à atresia de vias biliares extra-hepáticas encontrados na literatura atual e correlacionar os achados com o caso de um paciente com diagnóstico de colestase neonatal por atresia biliar extra-hepática com necessidade de portoenterostomia. Método: Estudo do tipo relato de caso, qualitativo, observacional, descritivo, baseado em 14 publicações científicas indexadas em bases eletrônicas publicadas a partir do ano de 2010. Resultados: Recém nascido a termo, com 52 dias de vida dá entrada em hospital de alta complexidade com queixas maternas de icterícia persistente em associação com acolia fecal e colúria, sendo admitido para investigação da suspeita de colestase neonatal. Evoluiu com piora do quadro ictérico e acólico, realizado dosagem de bilirrubina, GGT, TGO, TGP, ultrassonografia e cintilografia que confirmaram o diagnóstico de colestase neonatal por atresia de vias biliares. Paciente foi submetido a procedimento cirúrgico em centro de referência pela técnica de Kasai (portoenterostomia) que propiciou melhora significativa do quadro e alta hospitalar em boas condições clínicas. Conclusão: Conclui-se que o bom prognóstico depende de exame físico criterioso, associado a dosagem de bilirrubina fracionada, marcadores de lesão hepática, exame de imagem de alta sensibilidade como a cintilografia para a possibilidade de uma abordagem cirúrgica precoce e assim, promover um melhor prognostico ao paciente.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1996

TÍTULO DO TRABALHO: ATUALIZAÇÃO DOS AVANÇOS NO DIAGNÓSTICO DE OBSTRUÇÕES PANCREATOBILIARES: CPRE versus CPRM

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LANUCY PEIXOTO DOS SANTOS1; LETÍCIA MARQUES NOGUEIRA2; MARCOS PAULO BORGES MENDANHA3; GUILHERME AUGUSTO FÉLIX DA SILVA4; BERNARD MOREIRA DE OLIVEIRA1; CARLOS PEREIRA DE ARAÚJO JUNIOR5. 1. FACULDADE ATENAS, PARACATU - MG - BRASIL; 2. FACULDADE ATENAS, PATOS DE MINAS - MG - BRASIL; 3. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, BRASÍLIA - DF - BRASIL; 4. FACULDADE ATENAS, GOIÁS VELHO - GO - BRASIL; 5. FACULDADE ATENAS, GOIÂNIA - GO - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) configura-se na técnica de realizar uma endoscopia digestiva concomitantemente com a imagem fluoroscópica para diagnosticar e tratar doenças associadas ao sistema biliopancreático. Já a colangiopancreatografia por ressonância magnética (CPRM) utiliza a ressonância magnética, um teste não invasivo que produz imagens de seção transversal do corpo, utillizada também no diagnóstico de patologias da árvore biliar.OBJETIVO: Comparar os exames de imagem, CPRE e CPRM, através de uma revisão bibliográfica evidenciando a superioridade de cada método no diagnóstico e tratamento de doenças pancreatobiliares.MÉTODOS: Este é estudo retrospectivo e os dados foram coletados nos sites Scielo, Bireme, Lilacs e PubMed®. Os critérios incluem trabalhos publicados nos últimos 5 anos. RESULTADOS: A CPRE possui sensibilidade de 95%, especificidade de 85%, valor preditivo positivo de 82% e valor preditivo negativo de 96% e acurácia de 95% no diagnóstico de coledocolitíase. A sensibilidade da CPRM varia em torno de 89% e sua especificidade de 67%, valor preditivo positivo de 93%, valor preditivo negativo de 50% e acurácia de 85% (PISANI, 2013).CONCLUSÕES: Atualmente, a conduta mais eficaz no manejo das patologias pancreatobiliares é a CPRE, padrão-ouro no diagnóstico e tratamento, além de possuir uma recuperação rápida. A mesma apresenta maior facilidade quanto à interpretação de suas imagens, já que demonstram o local preciso dos referenciais anatômicos, dispostos em plano frontal. Diferentemente da CPRM, em que as imagens são obtidas em plano transversal e têm de ser reconstruídas mentalmente para que o cirurgião tenha um entendimento do ponto de obstrução das vias biliares. A CPRE deve ser aplicada naqueles pacientes onde existe diagnóstico de cálculos nas vias biliares ou diante da possibilidade de descompressão nos processos obstrutivos por outras causas, tais como neoplasias e ascaridíase. No entanto, a CPRM deve ser utilizada naqueles pacientes com icterícia ou suspeita de alterações nas vias biliares, sem um diagnóstico preciso, nos casos em que a CPRE está impossibilitada de ser realizada, além de ser uma opção diante às técnicas invasivas.BIBLIOGRAFIA1. PISANI, Julio Cesar. Estudo comparativo entre a colangiopancreatografia por ressonância magnética (CPRM) e a colangiopancreatografia retrógada endoscópica (CPRE) no diagnóstico das obstruções bílio-pancreáticas. 2013.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 841

TÍTULO DO TRABALHO: BAÇO ACESSÓRIO INTRAPANCREÁTICO: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DENISE AKERMAN1; ALINE PACHECO DE REZENDE1; MARCELO PROTÁSIO DOS SANTOS1; PAULO VICENTE DOS SANTOS FILHO2; JOSE EDUARDO GONÇALVES1; FERNANDO BRAY BERALDO1; ADRIANO PEREIRA SAMPAIO1. 1. INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL - IAMSPE, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE, ARACAJÚ - SE - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOBaço acessório é uma alteração congênita benigna causada por uma falha no desenvolvimento embriológico do tecido esplênico, normalmente assintomático, com incidência em torno de 10% em estudos de necrópsias. Aproximadamente 80% localizam-se próximo ao hilo esplênico e 16% na cauda pancreática. É um importante diagnóstico diferencial de tumores neuroendócrinos pancreáticos (TNEPs), mas com terapias e prognóstico distintos. Os TNEPs são neoplasias neuroendócrinas raras com incidência anual estimada de RELATO DO CASOMulher de 79 anos, assintomática, em seguimento de hepatite C crônica, ao realizar ultrassonografia de abdome de rotina apresentou achado incidental de nódulo hipoecóico de 10mm de diâmetro em cauda pancreática. Exame físico sem alterações e exames laboratoriais dentro da normalidade inclusive CA19.9.A ressonância magnética (RM) de abdome confirmou o achado de lesão nodular de 12mm em cauda pancreática, hipointenso em T1, hiperintenso em T2 e com realce após a infusão de contraste (FIGURA 1).Baseado nesses achados suspeitou-se de TNEP não funcionante e foi realizada pancreatectomia distal com preservação esplênica (FIGURA 2). Procedimento cirúrgico foi realizado sem intercorrências por acesso videolaparoscópico e a secção pancreática foi realizada com grampeador linear 60mm (EndoGIA®) carga amarela.Paciente evoluiu com fístula pancreática no 5º dia pós-operatório (DPO), sem necessidade de nova abordagem cirúrgica, recebendo alta hospitalar no 16º DPO.O espécime cirúrgico revelou aos cortes macroscópicos área nodular com 12x7x7mm de aspecto liso e coloração acastanhada, circundada por tecido pancreático. O diagnóstico de Baço acessório intrapancreático foi confirmado pelo estudo anatomopatológico (FIGURA 3).CONCLUSÃOO BAIP é uma afecção rara que em pacientes assintomáticos não tem indicação de intervenção cirúrgica e esse diagnóstico diferencial deve ser considerado no pré-operatório de lesões sólidas pancreáticas sugestivas de neoplasias neuroendócrinas afim de evitar ressecções pancreáticas desnecessárias.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 870

TÍTULO DO TRABALHO: CA DE PANCREAS, ABORDAGEM COM DUODENOPANCREATECTOMIA - RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LAÍS CHAVES DE SOUZA1; FLÁVIA MARIA MOREIRA DE OLIVEIRA2; ROBERTA XAVIER CAMPOS1; LUIZ GUSTAVO PINTO DA CUNHA1; FERNANDA LARA BORGES1; RAFAEL PATRICIO DE REZENDE1; MARIELE RIBEIRO NUNES1; THIAGO LEÃO SOARES1. 1. HOSPITAL BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. HOSPITAL BELO HORIZONTE, BARBACENA - MG - BRASIL.

RESUMO:
PACIENTE A.L, DE 54 ANOS, MASCULINO, HIPERTENSO, HISTORIA DE ETILISMO.QUADRO EVOLUINDO HA 3 SEMANAS COM PIROSE, PLENITUDE POS PRANDIAL E HIPOREXIA,ICTERICIA PROGRESSIVA ASSOCIADA A ACOLIA FECAL E COLURIA. PERMANECEU INTERNADO EM HOSPITAL DO INTERIORPOR 5 DIAS, DEVIDO A PIORA CLINICA DO ESTADO GERAL, CONSTATAÇÃO DE PERDA APROXIMADADE 7KG. SOROLOGIAS VIRAIS NEGATIVADAS. BILIRRUBINA TOTAL 17,5 (D: 10,6 / I: 6,9). USG: ESTEATOSE HEPATICA VIAS BILIARES DILATADAS.TC: ESPESSAMENTO DE CABECA E PROCESSO UNCINADO DE PANCREAS E WIRSUNG.TRANSFERIDO PARA O SERVICO DE CIRURGIA GERAL DO HBH, EM 23/07/16, EVOLUINDO COM COLANGITE,ABORDADO NA URGENCIA EM 27/07 PARA DESCOMPRESSÃO DE VIA BILIAR, COM COLOCAÇÃO DE DRENO DE KHER ASSOCIADO A COLECISTECTOMIA CONVENCIONAL, BIOPSIA DE MASSA PANCREATICA, COM PROGRAMAÇÃO DE DUODENOPANCREATECTOMIA, APOS ESTABILIZAÇÃO CLINICA. POS OPERATORIO IMEDIATO DENTRO DA NORMALIDADE EM CTI. COLANGIORNM EM 04/08/16 EVIDENCIANDO AUMENTO DAS DIMENSOES DE CABECA PANCREATICAMEDINDO 41X34MM. REABORDADO EM 11/08/16 COM DUODENOPANCREATECTOMIA, COM PROPOSTA CURATIVA.ANATOMOPATOLOGICO COM ADENOCARCINOMA DUCTAL INVASOR BEM DIFERENCIADO DO PANCREAS, COM INVASÃO DE PAREDE DUODENALE DO TECIDO ADIPOSO PERI-PANCREATICO. MARGEM PANCREATICA COMPROMETIDA. COLEDOCO E MARGENS GASTRICAS E DUODENAL LIVRES DE NEOPLASIA.PACIENTE TENDO ALTA DO SERVICO DIA 08/09/16, SEGUE EM ACOMPANHAMENTO COM SERVIÇO DE ONCOLOGIA.ATUALMENTE PACIENTE COM GANHO PONDERAL DE APROXIMADAMENTE 8 KG, MANTENDO ACOMPANHAMENTO COM ONCOLOGIA E AMBULATORIO DE CIRURGIA GERAL.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1102

TÍTULO DO TRABALHO: Cálculo remanescente como complicação pós colecistectomia- relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FABIANA DA SILVA MADEIRA; ANDRE DE MORICZ; RODRIGO ALTENFELDER SILVA; MARCOS BELOTTO DE OLIVEIRA; DAMILA DE CASSIA FANTOZZI GIORGETTI; ADHEMAR MONTEIRO PACHECO JR.; ANDRE MARANTES MASCIARELLI PINTO; LUCAS MORETO BETINI. SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A colecistectomia no tratamento da colelitiase resolve cerca de 85% dos casos. No entanto 7 a 15% dos pacientes apresentam alguma síndrome pós colecistectomia. Os sintomas variam desde gastrointestinais até sintomas biliares. Dentre as etiologias destacam-se coledocolitiase, cálculo em remanescente de vesícula biliar, estenose do esfíncter de Oddi, remanescente infundibular e principalmente a síndrome do coto cístico.Relato de caso:MMOT, feminino, 58 anos, natural e procedente de São Paulo, com queixa de dor epigástrica há 18 meses. Paciente em acompanhamento no ambulatório de cirurgia da Santa Casa de São Paulo com quadro de dor epigástrica e em hipocôndrio direito associado a náuseas há 18 meses, com piora a ingesta de alimentos gordurosos. Negava icterícia, febre ou perda de peso. De antecedentes relevantes a paciente apresentava pós-operatório de 2012 de colectomia esquerda ampliada por um adenocarcinoma de cólon moderadamente diferenciado T4N1M0 com tratamento adjuvante com quimioterapia (FOLFOX) e um pós-operatório 16 anos de colecistectomia em outro serviço.Ao exame a paciente apresentava-se assintomática com cicatriz mediana infra umbilical e cicatriz subcostal direita onde evidenciava-se orifício de dreno. Laboratorialmente não apresentava alterações. O ultrassom mostrava uma estrutura cística dilatada no hilo hepático, contendo cálculo de 1,9 cm, prosseguindo a investigação foi realizada tomografia que mostrava imagem radiodensa medindo 1,4 cm, no leito vesicular, aparentemente fora do ducto hepatocoledoco e provável cálculo residual, possivelmente na transição infundíbulo ductal da vesícula biliar.Foi indicada ressecção do leito vesicular residual por videolaparoscopia. A paciente evoluiu bem, recebendo alta hospitalar no primeiro dia pós-operatório.Conclusão:O cálculo remanescente em infundíbulo é uma complicação rara e de difícil diagnóstico. Nos estudos quando comparado às colecistectomias videolaparoscopicas com as colecistectomias abertas a primeira tem maior tendência a manter um coto cístico maior, maior tendência a colecistectomias subtotais e maior tendência a retirada inadvertida incompleta da vesícula biliar.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1308

TÍTULO DO TRABALHO: Câncer de cabeça de Pâncreas e Diabetes Mellitus

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DANIELA SCAGLION TEIXEIRA1; BRUNO COLLINS MATHEUS DE MELO1; FRANCISCO COLLINS NEVES DE MELO1; ALICE SOARES DE SOUZA1; JESSICA JOSÉ LEITE DE MELO1; ISABELA DE ARAÚJO TORRES NOGUEIRA1; MARIANE DE SANTANA LIMA1; LUCAS ARAÚJO ALMEIDA2. 1. CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO LUCAS, PORTO VELHO - RO - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA, PORTO VELHO - RO - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO O Pâncreas, glândula do aparelho digestivo, produz inúmeras enzimas digestivas e também a insulina. O câncer de pâncreas possui uma enorme dificuldade para diagnóstico precoce, e também, geralmente, proximidade a importantes vasos sanguíneos, o que o faz ser, na maior parte das vezes, descoberto em estágios avançados e, quase sempre, irressecável.RELATO DE CASOG.F.S, sexo feminino, 76 anos, viúva, procedente de Rondonópolis-MT, com descoberta recente de Diabetes Mellitus tipo 2 há cerca de 4 meses, sem histórico familiar. Em consulta de rotina, apresentou história de icterícia há uma semana, levantou-se hipótese de hepatite, sendo descartada através de exames de sorologia. Paciente foi submetida a ultrassonografia abdominal total, que evidenciou importante dilatação de vias biliares intra e extra-hepáticas. Para maior elucidação, realizou-se ressonância magnética, que demonstrou formação expansiva na cabeça do pâncreas e processo unciforme, medindo aproximadamente 3,6cm (LL) x 3,0cm (AP) x 4,1cm (CC), com reforço heterogêneo após administração endovenosa de contraste. A lesão estava em contato com a Artéria Aorta, envolvendo, também, em cerca de 180º a artéria mesentérica superior. Também havia acentuada dilatação dos ductos biliares principais, ducto cístico, colédoco e ducto de Wirsung. Paciente teve intensificação do nível da icterícia, com prurido difuso e rebaixamento do nível de consciência, sendo encaminhada para equipe cirúrgica, a qual descartou intervenção cirúrgica para ressecção da lesão através dos resultados obtidos nos exames de imagem, sendo realizado apenas procedimento cirúrgico para desobstrução do fluxo biliar, o qual estava comprometido, e biópsia da lesão. O resultado do Anátomo patológico foi Adenocarcinoma Metastático em linfonodo. A Paciente teve melhora do quadro de Icterícia e foi encaminhada para adjuvancia com Quimioterapia e para avaliação quanto a radioterapia. Não foi submetida a radioterapia, a qual foi descartada pela idade avançada, tendo iniciado apenas quimioterapia, a qual ainda permanece. Atualmente encontra-se em regular estado geral, com edema em membros inferiores, 3 episódios de ascite, sendo realizadas 3 paracenteses.CONCLUSÃOÉ necessario avaliar toda a história de um paciente. Neste caso, uma Diabetes Mellitus tipo 2 aos 76 anos, sem histórico familiar, sem investigação aprofundada. Seriam os primeiros sintomas da neoplasia? Se sim, o tratamento certamente poderia ter sido mais precoce.

CODIGO DO TRABALHO: 2780

TÍTULO DO TRABALHO: Câncer de pâncreas: Relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: WELSON LEAL DUARTE FILHO1; JUAREZ DUARTE DE CARVALHO NETO2; EMANUEL DUARTE ANTAO3; JÉSSICA DUARTE ANTÃO4; LUCAS DA SILVEIRA TERTO3; THALES VICTOR FERNANDES FERREIRA5; JOSÉ GOMES SOUTO1; PEDRO ANTONIO LIMA DE HOLANDA MARQUES1. 1. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. RESIDENTE, TERESINA - PI - BRASIL; 3. CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI, TERESINA - PI - BRASIL; 4. GRADUADA, TERESINA - PI - BRASIL; 5. GRADUADO, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOO câncer de pâncreas é uma doença agressiva, tendo apenas 15% a 20% dos pacientes a possibilidade de ressecção cirúrgica e cura ao diagnóstico, principalmente devido à sintomatologia tardia que apresenta. Pelo fato de ser de difícil detecção, o câncer de pâncreas apresenta alta taxa de mortalidade. No Brasil, é responsável por cerca de 2% de todos os tipos de câncer diagnosticados e por 4% do total de mortes por essa doença.RELATO DE CASOMulher, 54 anos, casada, natural de Belém-PA, testemunha de Jeová e com história familiar positiva para Neoplasia de Pulmão veio a este serviço relatando que há 8 anos apresenta como sintomas: dor em hipocondrio direito, náuseas e vomitos após episodios de libação alimentar, aliviados com uso de escopolamina. A paciente afirma que havia procurado serviço médico, quando ainda morava na cidade do Rio de Janeiro, onde constatou-se doença em vesicula biliar. Há dois anos veio morar em Teresina. Paciente afirma que manteve crises que melhoravam com uso de buscopam, porém, há 5 meses, voltou a apresentar episódios mais intensos, associados a dor lombar. Durante última consulta a paciente encontrava-se, ictérica (4+/4+), hipocorada (+/4+) com abdomen globoso, flácido, doloroso a palpação superficial e profunda em HCD, fígado palpável a 4 cm do RCD e referindo perda de peso de 8 kg em 3 meses, náuseas e vomitos. Foi, então, internada no Hospital da Primavera, onde foram realizados alguns exames, dentre eles TC de Abdomen com Contraste.A Hipotese Diagnóstica foi de Tumor Maligno de Cabeça de Pâncreas comprimindo Vias Biliares e um parecer foi pedido ao serviço de Oncologia. A conduda traçada com a paciente, portanto, foi manter analgesia com Dipirona e Tramadol, realizar biopsia por endoscopia ou TC para definir melhor conduta, pedir parecer de Anestesiologia sobre a possibilidade da realização de uma derivação bilio-digestiva, acompanhamento psicológico e posterior encaminhamento para Centro Cirúrgico.CONCLUSÃOO prognóstico do câncer de pâncreas é reservado com sobrevida média de 8-12 meses para doença localmente avançada e até seis meses na doença metastática, independentemente da terapia de escolha. A pancreatectomia é o único tratamento com potencial de cura, porém apenas cerca de 20% dos pacientes diagnosticados são candidatos a cirurgia, com uma mortalidade de 1-4% em centros de referência da doença. O tratamento clínico indicado é a quimioterapia.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1350

TÍTULO DO TRABALHO: CANCER DE VESICULA BILIAR EM COLECISTECTOMIAS DE URGÊNCIA: INCIDÊNCIA EM 272 PACIENTES

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: WELLIGTON RIBEIRO FIGUEIREDO1; ROBSON DAVID DE ARAÚJO LIAL2; CLARA CAROLINE RIBEIRO FIGUEIREDO2; IARA SANTOS SILVA2; RAFAELA RABELO DE SOUSA2; CAMILA DE SOUA ALMEIDA ARAÚJO2; VITORIA NEIVA PINHEIRO CORREIA2; FERNANDA MARIA GONÇALVES DE SOUSA MOURA2. 1. HOSPITAL GETULIO VARGAS, TERESINA - PI - BRASIL; 2. FACID, TERESINA - PI - BRASIL.

RESUMO:
: O carcinoma de vesícula biliar possui uma incidência muito baixa e eleva taxa de mortalidade. É a quinta mais comum neoplasia do trato gastrointestinal e a mais comum da árvore biliar. No Brasil, alguns estudos mostram uma frequência de 1,68 a 2,3% em pacientes submetidos à colecistectomia por colelitíase. Ocasionalmente o câncer de vesícula é encontrado na emergência por conta da ocorrência concomitante com colecistite aguda, colelitíase e coledocolitíase com obstrução da árvore biliar. Pacientes com colelitíase apresentam um risco de 4-5 vezes maior para o aparecimento da neoplasia. De acordo com as análises histopatológicas, grande parte são adenocarcinomas (85-90%), seguido de carcinomas de células escamosas, indiferenciados e neoplasia primária.OBJETIVOS: Realizar levantamento epidemiológico da incidência de câncer nas colecistectomias de urgência realizadas no hospital público de referência em Teresina, Piauí nos anos de 2010 a 2012. MATERIAIS E METODOS: Foi realizado uma pesquisa documental, retrospectiva, caráter descritivo e abordagem quantitativa. A coleta de dados ocorreu através da revisão das fichas histopatológicas do pacientes submetidos à colecistectomia de urgência. Os parâmetros avaliados foram sexo e tipo histopatológico. RESULTADOS: Foram realizadas 272 colecistectomias de urgência, observando-se que 4,77% (13 pacientes) foram diagnosticados com câncer de vesícula biliar. O tipo histológico mais comum foi o adenocarcinoma 84,61% (11 pacientes). 11 pacientes eram do sexo feminino (84,61%) e 2 do sexo masculino (15,39%). O diagnostico do câncer de vesicula biliar configura-se como um grande desafio ao cirurgiao, ainda mais tratando-se de uma cirurgia de urgência. Durante o ato operatório existe uma grande dificuldade no reconhecimento precoce da doença ainda mais tratando-se de uma cirurgia de urgência com processo inflamatório e fibrose instalada. O estudo evidenciou incidência mais alta da neoplasia (4,77%) quando comparada à colecistectomia eletiva (2,3%) segundo a literatura. CONCLUSÃO: A prevalência de carcinoma de vesícula biliar em colecistectomias de urgência foi considerada elevada quando comparada a colecistectomia eletiva. Dessa forma destaca-se ainda mais a experiência do cirurgião no diagnostico precoce bem como na orientação adequada quanto ao seguimento com histopatológico desses pacientes após a alta hospitalar.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1279

TÍTULO DO TRABALHO: CÂNCER DE VESICULA BILIAR EM COLECISTECTOMIAS ELETIVAS: INCIDENCIA EM 948 COLECISTECTOMIAS ELETIVAS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: WELLIGTON RIBEIRO FIGUEIREDO1; ROBSON DAVID DE ARAÚJO LIAL2; ÁLISSON DUARTE MARTINS2; RAFAELA RABELO DE SOUSA2; BRENDA PAULA BRITO LOBÃO2; VITORIA NEIVA PINHEIRO CORREIA2; LAYANE DUARTE SILVA2; ISABEL DE SOUSA MELO2. 1. HOSPITAL GETULIO VARGAS, TERESINA - PI - BRASIL; 2. FACID, TERESINA - PI - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O tumor biliar foi descrito em 1777 por DeStoll como a mais importante e letal doença que atinge as vias biliares ocupando o 7° lugar entre as doenças malignas que atingem o sistema digestório. São diversos fatores de risco identificados tais como: gênero feminino, idade avançada, anomalias na junção hepatobiliar, microcalcificações focais na mucosa e principalmente a litíase biliar, considerado o mais prevalente e importante fator de risco para o desenvolvimento neoplásico. O tipo histológico mais comum é o adenocarcinoma totalizando 80% dos casos. OBJETIVOS: Realizar levantamento epidemiológico da incidência de câncer nas colecistectomias eletivas realizadas no hospital público de referência em Teresina, Piauí no ano de 2012. MATERIAIS E METODO: Pesquisa documental, retrospectiva, caráter descritivo e abordagem quantitativa. A coleta de dados ocorreu através da revisão das fichas histopatológicas do pacientes submetidos à colecistectomia eletiva. Os parâmetros avaliados foram sexo, idade e tipo histológico. RESULTADOS: Entre os 948 pacientes submetidos à colecistectomia no ano de 2012 observamos uma incidência de 0,8% (8 pacientes) dos casos foram diagnosticados com câncer de vesícula biliar, 93,8% (889 pacientes) com colecistite crônica calculosa, 3,2% (30 pacientes) com colecistite crônica, 2,1% (20 pacientes) com colecistite crônica agudizada e apenas 0,1% (1 paciente) com pólipo mucoso. Dos pacientes com câncer de vesícula 87,5% (7 pacientes) eram do sexo feminino e 12,5% (1 paciente) do sexo masculino, com idade variando de 49 a 82 anos e média de 66 anos. Quanto ao padrão histológico, observamos que 6 casos eram de adenocarcinoma do tipo bem diferenciado (75%), 1 do tipo mucinoso (12,5%) e 1 neoplasia maligna biliar metastática pouco diferenciada (12,5%). DISCUSSÃO: O câncer de vesícula biliar segundo a literatura é encontrado de forma incidental em 1 a 2% das colecistectomias eletivas. A litíase biliar é fator incontestável na etiopatogenia da neoplasia, o trauma crônico e a inflamação da mucosa da vesícula produzida pelos cálculos pode induzir a displasia do epitélio biliar. CONCLUSÃO: A prevalência de neoplasia de vesícula biliar em colecistectomias eletivas foi de 0,8% no estudo, sendo o tipo histológico mais prevalente foi o adenocarcinoma. Dessa forma o seguimento ambulatorial com a valorização do histopatológico após a alta são de extrema importância para o prognostico da doença.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2912

TÍTULO DO TRABALHO: Câncer Incidental da Vesícula Biliar - análise de 2 casos

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RENATO MANGANELLI SALOMAO1; ANTONIO CARLOS RIBEIRO G. IGLESIAS1; CARLOS FERNANDES BAPTISTA1; SÉRGIO HENRIQUE DE OLIVEIRA BOTTI1; CAMILA CERDEIRO AGUIAR1; CELIO CORTINHAS FILHO2; RICARDO ANTONIO CORREIA LIMA1; CELIA REGINA DE OLIVEIRA GARRITANO1. 1. UNIRIO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; 2. UUNIRIO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Apresentar 2 casos de carcinomas incidentais da vesícula biliar e determinar a sua prevalência em pacientes operados de câncer da vesícula biliar na Clínica Cirúrgica A do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, UNIRIO. Material e Métodos: Em um universo de mais de 3000 cirurgias das vias biliares, foram encontrados 55 tumores malignos primários da vesícula biliar, sendo 2 (3,6%) com características de tumores precoces. Resultados: Os tumores precoces foram encontrados em pacientes do sexo masculino e seus sinais e sintomas em nada os diferenciava das doenças benignas da vias biliares. Os resultados histopatológicos apontaram para adenocarcima ?in situ? em ambos os casos. A sobrevida dos pacientes foi superior a 5 anos e as causas de óbitos não estavam relacionadas com as neoplasias encontradas ou suas complicações. Conclusões: O câncer incidental da vesícula biliar é uma entidade rara e o seu diagnóstico é informado através do exame histopatológico.

CODIGO DO TRABALHO: 820

TÍTULO DO TRABALHO: CARCINOMA NEUROENDÓCRINO DE PÂNCREAS EM PACIENTE JOVEM: UM RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARIANA FIDELIS SOLLA1; JOSE MAURO DA SILVA RODRIGUES1; DECIO LUIS PORTELLA1; DIEGO GARDENAL ALCANTARA2; DANIEL CARBONIERI BATISTA DE OLIVEIRA.1; DORIVAL MANRIQUE DUARTE JUNIOR1. 1. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, SOROCABA - SP - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A neoplasia malígna de pâncreas é uma doença altamente agressiva, tendo apenas 15% a 20% dos pacientes a possibilidade de ressecção cirúrgica e cura ao diagnóstico, principalmente devido à sintomatologia tardia que apresenta.Os fatores de risco deste tipo de neoplasia são bem conhecidos quanto a sexo, idade avançada,fatores hereditários e ambientais.Os tumores neuroendócrinos do pâncreas (TPNs) formam um conjunto heterogêneo e raro de neoplasias. Dentre todos os tumores pancreáticos, há uma relação aproximada de 125 casos de adenocarcinomas para cada caso de TPN.Correspondem a menos de 5% de todas as neoplasias primárias do pâncreas.Relato de Caso: Paciente do sexo feminino, 34 anos,não etilista,não tabagista, com história de colelitíase há 9 meses e sem outras comorbidades, em acompanhamento no Conjunto Hospitalar de Sorocaba (CHS).Evolui com icterícia há 2 meses, sendo internada com dor abdominal, sendo tratada como pancreatite.Ao ultrassom realizado na ocasião foram visualizados cálculos na vesícula biliar e dilatação intra-hepática das vias biliares.Paciente retornou ao serviço com fortes dores abdominais em epigastro e hipocôndrio direito, com vômitos pós-prandiais, acolia fecal, e colúria.O exame físico apresentou-se ictérica,sinais vitais normais, abdome doloroso à palpação e Sinal de Courvosier presente.A colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) demonstrou um segmento afilado do ducto cístico distal e colocada prótese de colédoco.A paciente persistiu com dor abdominal importante, sendo indicada a laparotomia.No inventário da cavidade foram observadas metástases hepáticas,confirmada uma tumoração na cabeça do pâncreas com invasão gástrica. Devido ao estadiamento avançado foi realizada a biópsia e fechada a cavidade sem a ressecção tumoral.Ao anatomopatalógico o diagnóstico de carcinoma pancreático pouco diferenciado foi confirmado, o estudo imuno-histoquímico resultou em uma neoplasia neuroendócrina de pâncreas.Discussão: Neste caso, destaca-se a ausência de fatores de risco, a paciente é uma mulher jovem previamente hígida, sem histórico de tabagismo, etilismo ou diabetes, e sem história familiar de câncer;contrariando a história natural da doença. Esta neoplasia rara tem incidência de aproximadamente de 1:100.000 pessoas, e normalmente é diagnosticada quando a doença já está metastática, como o caso relatado.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1289

TÍTULO DO TRABALHO: CIRURGIA DE APPLEBY MODIFICADA ULILIZANDO ARTERIA ESPLENICA AUTÓLOGA PARA RECONTRUÇÃO ARTERIAL

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CAIO MARCIO VIERA DE OLIVEIRA; ANNE CAROLINE PAIVA BALDEZ; STEFANO DO AMARAL FIUZA; CAMILA LIBERATO GIRAO; LEANDRO MOREIRA SAVATTONE PIMENTEL; RONALDO DE OLIVEIRA ANDRADE; FELIPE PEDREIRA TAVARES MELLO; EDUARDO DE SOUZA MARTINS FERNANDES. HOSPITAL ADVENTISTA SILVESTRE, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:
RESUMOA operação de Appleby é uma cirurgia inicialmente descrita para tratamento cirúrgico de tumores gástricos com invasão de tronco celíaco. Posteriormente foi adaptada e utilizada em casos de neoplasia maligna do corpo e cauda do pâncreas com invasão de tronco celíaco, sendo hoje sua principal indicação. A cirurgia de appleby contempla a ressecção completa do tronco celíaco, estabelecendo a irrigação arterial para o fígado através da inversão do fluxo da artéria gastroduodenal, proveniente das artérias pancreatoduodenais que são ramos diretos da artéria mesentérica superior.Frequentemente a inversão do fluxo arterial gastroduodenal não é suficiente, podendo evoluir com isquemia hepática. Diante deste cenário, temos a opção da embolização da artéria hepática no pré-operatório, hipertrofiando a artéria gastroduodenalda, gerando condições adequadas para a cirurgia de appleby. Outra opção é a cirurgia de Appleby modificada onde utilizamos um enxerto arterial do segmento ressecado entre a artéria hepática comum e a origem do tronco celíaco, estabelecendo um fluxo arterial hepático mais fisiológico e efetivo, evitando isquemia.RELATO DE CASORelatamos um caso do paciente EMZ, masculino, 61anos, hipertenso, diabético, internado com diagnostico de tumor em corpo de pâncreas com invasão de tronco celíaco, sendo realizado pancreatectomia corpocaudal + esplenectomia + ressecção de tronco celíaco, conforme a descrição da cirurgia de appleby.Durante o ato cirúrgico após ressecção em bloco de da peça observamos origem de troco celíaco livre de doença e artéria gastroduodenal fina. Optamos em realizar a cirurgia de appleby modificada utilizando enxerto de artéria esplênica retirado da peça cirúrgica entre a artéria hepática comum e origem de tronco celíaco.No pós-operatório, paciente obteve boa evolução clinica, com fluxo hepático adequado, sem complicações isquêmicas ou vasculares.CONCLUSAODiante do caso relatado, podemos concluir que a cirurgia de appleby modificada com reconstrução arterial com enxerto autólogo de artéria esplênica é uma boa opção para pacientes com tumores de corpo de pâncreas com invasão do tronco celíaco, permitindo uma reconstrução sem uso de prótese, estabelecendo um fluxo sanguíneo arterial mais fisiológico, efetivo e sem custo adicional, diminuindo a probabilidade de complicações isquêmicas do fígado e de reação a corpo estranho.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2196

TÍTULO DO TRABALHO: Cirurgia de Frey para o Tratamento da Pancreatite Crônica

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MATHEUS SILVA DE SOUZA BERÇOT; AFRA ROANA SIQUEIRA DE CASTRO; LEANDRO ADAMI VASQUES; ALINE TIEMI KANO SILVA; FERNANDA MARSICO DO COUTO TEIXEIRA; RENATO DE MEDINA COELI. HOSPITAL FEDERAL CARDOSO FONTES, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVOA pancreatite crônica é uma doença inflamatória que evolui com dor abdominal recorrente e ocasionalmente contínua nas fases avançadas da doença, e com perda progressiva das funções endócrina e exócrina do pâncreas. Esta patologia ocorre quando as enzimas digestivas atacam e destroem o pâncreas e tecidos vizinhos, causando cicatrização e dor. A causa mais é o uso abusivo do álcool por muitos anos, mas a forma crônica também pode ser causada por uma lesão do ducto pancreático, num único ataque de pancreatite aguda. A doença é de tratamento clínico e a cirurgia está indicada quando ocorre dor intratável e complicações. A indicação mais freqüente de tratamento cirúrgico é para controle da dor, quando incapacitante e intratável por métodos clínicos. O procedimento ideal seria aquele que aliviasse a dor e tratasse complicações, com o menor prejuízo funcional da glândula. O relato de caso expõe paciente submetido a cirurgia de Frey como tratamento cirúrgico da pancreatite.MÉTODOPaciente V.L.N. 51 anos, feminina, evoluiu com dor em hipocôndrio direito associado a náuseas e hiporexia. Recebeu diagnóstico de pancreatite, com tratamento clinico adequado houve melhora parcial da dor. Em 3 meses paciente voltou a emergência com queixa de dor refratária ao uso de analgésicos, respondendo parcialmente a opióides. Proposto a cirurgia de Frey modificada como tratamento cirúrgico a dor refratária.RESULTADOSRealizado ressecção parcial da porção central da cabeça do pâncreas até o duodeno e vasos mesentéricos; anastomose da cavidade criada na região cefálica, junto ao ducto pancreático aberto longitudinalmente com alça jejunal em Y Roux. Ducto de wirsung da paciente apresentava 3 cálculos de aproximadamente 0,5cm impactados em seu interior. Pós operatório realizado em unidade fechada as primeiras 48h. No pós operatório imediato paciente apresentava melhora da dor sem uso de analgésicos opióide. Recebeu alta em D11, sem intercorrências e segue acompanhando no ambulatório.CONCLUSÕESA técnica de Frey é do tipo mista, recentemente desenvolvida e que apresenta excelentes resultados no alívio da dor secundária à pancreatite crônica. Seu princípio propõe baixas taxas de morbidade e mortalidade pós-operatórias e menor dano às funções pancreáticas comparáveis às cirurgias descompressivas (Partington-Rochelle, Puestow) com a mesma efetividade das cirurgias ressecativas (duodenopancreatectomias) no controle da dor.Palavras ChavePancreatite, cirurgia de Frey, dor crônica

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 637

TÍTULO DO TRABALHO: CISTO DE COLÉDODO: RELATO DE CASO E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LUCAS DE PAULO ARAÚJO DE ALMEIDA1; ADRIANO DIAS TRAJANO2; YOHANA OLIVEIRA DE BARROS1; JENNYFER KELLEN LÁZARO DA ROCHA3; FELIPE SIQUEIRA TEIXEIRA4; REBECA DANIELLY DA FONSECA3; FLÁVIO DE PÁDUA BRITO DE FIGUEIREDO ALMEIDA1; JÔNATAS WELLINGTON DA SILVA BEZERRA3. 1. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA TARCÍSIO DE MIRANDA BURITY, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 4. UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Cisto de colédoco (CC) é uma dilatação desproporcional do sistema biliar. A incidência é maior na Ásia alcançando 1 em 1000 habitantes e mais comum em mulheres. CC é mais prevalente na infância e 25% dos pacientes apresentam na vida adulta, sendo raro sua apresentação sem sintomatologia prévia. A tríade clássica dos sintomas são dor abdominal, massa abdominal palpável e icterícia. Exames laboratoriais revelam alterações da função hepática, leucocitose e colangite. A função renal junto ao coagulograma alterados apontam para a gravidade da doença. A USG abdominal é o primeiro passo para diagnóstico. A tomografia computadorizada (TC) de abdome é o exame mais acurado para a realização de uma abordagem cirúrgica. Sendo a derivação biliodigestiva em Y de Roux o tratamento cirúrgico de escolha. RELATO DE CASO: Paciente feminina, 21 anos, admitida no Pronto-Socorro do Hospital de Trauma de Mangabeira, João Pessoa, Paraíba, com queixa de dor abdominal em hipocôndrio direito, icterícia e febre há 7 dias. Ao exame físico: ictérica (2+/4+), abdome assimétrico, doloroso a palpação em hipocôndrio direito onde se palpava uma massa de aproximadamente 20 cm, sem sinais de irritação peritoneal. Exames laboratoriais mostravam 20.600 leucócitos, bilirrubina total de 9,3 mg/dl com direta de 4,1mg/dl. Realizou ultrassom do abdome que mostrou cisto de 10,2 x 8,1 x7,2 cm, localizado em hipocôndrio direito medialmente a vesícula biliar. A investigação diagnóstica proseguiu com uma TC de abdome que mostrou dilatação cística da via biliar principal com dilatação dos ductos hepáticos direito e esquerdo, bem como via biliar intra-hepática. Essa dilatação se estendia até a porção intra-pancreática medindo 8,4 x 7,7 cm, exercendo efeito de massa sob a primeira e segunda porção do duodeno e estreitando a cabeça do pâncreas, correspondendo a um cisto de colédoco tipo I de Todani. Foi submetida a tratamento cirúrgico com ressecção completa do cisto e derivação biliodigestiva hepaticojejunal em Y de Roux. Teve alta hospitalar após 8 dias de internação sem complicações pós-operatórias. CONCLUSÃO: Essa má formação tem predomínio em crianças, sendo raros os casos de pacientes adultos sem sintomatologia prévia. O diagnóstico precoce deve ser realizado na infância evitando complicações como pancreatite, colangite, cirrose e transformação maligna.

CODIGO DO TRABALHO: 2578

TÍTULO DO TRABALHO: CISTO MESOTELIAL DE VESICULA BILIAR

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PEDRO DE ABREU TRAUCZYNSKI1; RAFAEL DIAS DA CUNHA2; FELIPE PEREIRA GOMES2; THAINÃ DE OLIVEIRA AZAMBUJA2; EDSON PEDRO DA SILVA2; ANDREW MAYKON MASSUTTI2; BRIAN SILVESTRE2; LUIGI FERNANDO KOZENIESKI3. 1. HOSPITAL SANTA-ISABEL, BLUMENAU - SC - BRASIL; 2. HOSPITAL SANTA ISABEL, BLUMENAU - SC - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE REGIONAL DE BLUMENAU, BLUMENAU - SC - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O cisto mesotelial apresenta-se habitualmente em mulheres em idade reprodutiva podendo ser encontrado em qualquer local da cavidade abdominal. O tratamento consiste em ressecção cirúrgica, sendo a técnica videolaparoscopica adequada em boa parte dos casos. O caso descrito mostra uma patologia de aspecto evolutivo benigno com incidência rara.RELATO DE CASO: J.S, feminina, 30 anos, encaminhada para serviço de cirurgia por dor crônica em hipocôndrio direito. Iniciou investigação com USG que evidenciou massa cística multiseptada, comparedes e septos finos e regulares medindo aproximadamente 70x40x52mm, junto a vesicula biliar, com vias biliares sem alterações.Colangio-RM de abdome superior com contraste hepatocito especifico evidenciou formação cística, com finas septações inclusas, localizada medialmente a vesícula biliar, envolvendo parcialmente a mesma, sem se caracterizar efeito de massa significativo local ou áreas de realce anômalo ao meio de contraste, não sendo observada a passagem de contraste ou comunicação das vias biliares com a formação cística.Optado por colecistectomia videolaparoscopia com mini instrumentos, com ligadura dupla de ducto cístico com fio algodão 2-0 e retirada da vesícula em bolsa de luva.DISCUSSÃO: Cistos de origem mesotelial são lesões raras, mais frequente em mulheres em idade reprodutiva. São geralmente benignos e encontrados em maior freqüência no mesentério e omento, porem há relatos de cistos mesoteliais em diversos órgãos da cavidade abdominal. Geralmente são assintomáticos e achados acidentais durante investigações por outras causas. Quando sintomáticos os sintomas variam de acordo com localização e tamanho do cisto. Seu diagnostico geralmente baseia-se em exames de imagem como tomografia computadorizada e RM, no entanto dependendo do local acometido sua localização pode não ser precisa. São raros os relatos de cisto mesotelial acometendo vesícula biliar na literatura. A técnica viodeolaparoscopica com mini instrumentos mostrou-se apropriada para o caso.

CODIGO DO TRABALHO: 2626

TÍTULO DO TRABALHO: Cistoadenoma Mucinoso de Pâncreas

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: VICTOR REMBRANT CAMPOS LICARIÃO1; TIAGO WAGNER DA SILVA PORTELA1; SANDRO PINHEIRO PESSOA COELHO2; CAROLINA VERTEMATI CAVALIERI2; GABRIELA FERREIRA CORREA2; CLEUCIVAN BASTOS DE OLIVEIRA2; RODOLFO PORTO REGO2; ELAINE CRISTINA MARINHO DA FONSECA2. 1. CENTRO UNIVERSITÁRIO NILTON LINS, MANAUS - AM - BRASIL; 2. FUNDAÇÃO ADRIANO JORGE, MANAUS - AM - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoTumores císticos são cerca de 5% das neoplasias pancreáticas. Os subtipos mais comuns são cistoadenoma seroso, cistoadenoma e cistoadenocarcinoma mucinoso, adenoma mucinoso papilar intraductal e tumor sólido pseudopapilar. A manifestação mais característica é a dor abdominal associada ou não a abaulamento de massa em mesogástrio.ObjetivoRelatar caso clínico de um cistoadenoma mucinoso no Hospital e Pronto Socorro João Lúcio Pereira Machado, Manaus - AM.Relato do CasoPaciente O.C.C., 81 anos, masculino, proveniente de Tabatinga-AM, encaminhado à unidade em Manaus-AM com distensão abdominal e abaulamento de região mesogástrica há 6 meses associado à hiporexia, plenitude pós-prandial, perda ponderal e esteatorréia. Ao exame abdome globoso, ruídos hidroaéreos presentes com macicez a percussão de região epigástrica e massa em região mesogástrica dolorosa a palpação. Realizou ultrassonografia abdominal evidenciando cisto complexo que se estendia desde a topografia do pâncreas até o hipogástrio, presença de septos. Tomografia de abdome com pâncreas não visualizado, devido massa multiloculada com densidade de líquido, realce septal ao contraste. Realizada laparotomia exploradora sendo visualizada tumoração em topografia de pancreas e baço, de conteúdo cístico volumoso. Submetido a pancreatectomia corpo-caudal e esplenectomia. Encaminhado à UTI e recebendo alta para a enfermaria no 3 DPO evacuando, recebendo dieta e hemodinamicamente estável. No 5 DPO evoluiu com sepse de foco pulmonar nosocomial, abdome globoso, flácido, com Ferida Operatória limpa e sem sinais flogísticos. Progredindo com choque séptico seguido de óbito. O anatomopatológico revelou Cistoadenoma mucinoso de corpo e cauda de pâncreas.ConclusãoCistoadenoma mucinoso de corpo e cauda de pâncreas é um tipo histológico muito raro na população masculina (11M:1H). Estas neoplasias císticas multilobuladas são preenchidas por um material mucinoso espesso e cerca de 1/3 abriga um adenocarcinoma invasivo. Em função de seu potencial maligno o Cistoadenoma necessita te tratamento cirúrgico agressivo como o relato nos mostra.

CODIGO DO TRABALHO: 2125

TÍTULO DO TRABALHO: CISTOGASTROSTOMIA CIRÚRGICA COMO ABORDAGEM DE PSEUDOCISTO PANCREÁTICO : RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ADRIANE VIDEIRA LOPES; DECIO LUIZ SILVA MAZZINI; MARIA VITÓRIA CURY VIEIRA SCATIMBURGO; MARIANA PANNO RIBEIRO; MARIA ALICE SOBREIRA. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO DE ASSIS, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO : O pseudocisto de pâncreas é definido como coleção de suco pancreático encapsulado por tecido de granulação ou fibroso, geralmente decorrente de sequela de pancreatite aguda , pancreatite crônica ou trauma. Possuiu uma ocorrência de 10 a 15 % dos casos de pancreatite aguda e de até 40% nos casos de pancreatite crônica. Atualmente os avanços nas técnicas operatórias permitiu um maior arsenal cirúrgico e minimamente invasivo no tratamento de pseudocisto pancreático. RELATO : M.J.S , Masculino, 42 anos , etilista crônico , em acompanhamento com a cirurgia geral devido pancreatite alcoólica e pseudocisto de pâncreas previamente drenado via transgástrica há 1 ano. Deu entrada em nosso serviço, com quadro de dor abdominal em epigástrio e hipocôndrio direito com irradiação para dorso há 4 dias. Acompanhando o quadro apresentava dispnéia e taquipnéia. Realizado EDA , onde apresentou como conclusão : Compressão extrínseca gástrica . Na Tomografia computadorizada de abdome , foi evidenciado presença de Pseudocisto de pâncreas , de aproximadamente 2 litros de volume. Optado pela realização de drenagem via cistogastrostomia cirúrgica devido volume e compressão gástrica . Procedimento realizado sem intercorrências , paciente evoluiu bem em enfermaria , recebendo alta hospitalar no 5º PO. CONCLUSÃO: A terapêutica cirúrgica constitui abordagem comum para o manejo de pseudocistos sintomáticos de pâncreas em muitos centros, apesar da morbidade acentuada e da mortalidade. Hoje em dia apesar dos adventos da ultrassonografia endoscópica , abordagens minimamente invasivas tem ganhado um maior espaço dentre o tipo de escolha técnica . Atualmente opta-se , preferentemente, pelo tratamento conservador , pois em cerca de 50% dos casos ocorre regressao espontânea. Nos casos onde há a indicação terapêutica de drenagem , pode-se realizar a aspiraçao percutânea por agulha, drenagem contínua por cateter ou endoscópica transmural . As técnicas cirurgicas convencionais mais empregadas são drenagem interna (cistogastroanastomose, cistoduodenoanastomose e cistojejunoanastomose) ou externa. A indicação cirúrgica se faz na impossibilidade ou falência da drenagem transparietal ou endoscópica, persistência dos sintomas, aumento progressivo do volume e complicações (infecção, ruptura, hemorragia e obstrução do trato digestivo).

CODIGO DO TRABALHO: 1695

TÍTULO DO TRABALHO: COLANGIOCARCINOMA INTRAHEPÁTICO IRRESSECÁVEL COM METÁSTASE RETROPERITONEAL: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: STHEFÂNIA MENDONÇA FRIZOL1; CRYSTHYAN MAGNO DE JESUS SIQUEIRA2; NAÍNA LIMA DA SILVEIRA3; ANA CLAUDIA FERNANDES AZARIAS3; DANIELLE LEMES DUTRA3; CRISTINA HELENA TEOLOGIDES MARCON3; PHILLIPE BUGNER2. 1. UNIVERSIDADE DE FRANCA, FRANCA - SP - BRASIL; 2. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FRANCA, FRANCA - SP - BRASIL; 3. UNIFRAN, FRANCA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Colangiocarcinomas são tumores raros das vias biliares que representam menos de 2% dos cânceres malignos. Os pacientes só apresentam sintomas em fases mais avançadas da doença e é neste momento que grande parte dos diagnósticos são feitos. Para identificar essas alterações de forma precoce é necessário ter em mente em casos de icterícia obstrutiva os colangiocarcinomas. Os avanços em exames de imagem e nas técnicas cirúrgicas têm aumentado a sobrevida nos últimos anos e aventado uma expectativa de possibilidade de cura. No entanto, ainda são poucos os pacientes que possuem critérios para tratamento. O caso descrito despertou o interesse devido a sua raridade e decorrente à melhora clínica e laboratorial frente à intervenção de drenagem biliar endoscópica associada à quimioterapia. As informações foram coletadas na Enfermaria de Cirurgia Geral da Santa Casa de Misericórdia de Franca e revisado prontuário do paciente. O levantamento bibliográfico foi realizado através dos bancos de dados Scielo, Pubmed e Lilacs.Relato do Caso: O caso clínico se refere a um paciente atendido no Pronto Atendimento da Santa Casa de Misericórdia de Franca com síndrome colestática à esclarecer em que foi diagnosticado colangiocarcinoma em estágio avançado, classificação de Bismuth IIIA. O tratamento cirúrgico não foi instituído devido ao tumor já se apresentar estágio avançado e a presença de metástases retroperitoneais, tornando-o irressecável. A drenagem biliar endoscópica foi realizada como terapia paliativa e proposto quimioterapia após a alta hospitalar.Conclusão: Tumores da árvore biliar são relativamente incomuns. O diagnóstico do colangiocarcinoma é difícil e mesmo com todos os avanços da medicina, ainda são necessários estudos para melhor caracteriza-lo. É importante ter em mente que ele é um essencial diagnóstico diferencial da icterícia com padrão colestático e que se o tratamento em grande parte das vezes será apenas paliativo, devido ao diagnóstico tardio, deixando muitas vezes os pacientes um prognóstico bastante reservado.

CODIGO DO TRABALHO: 612

TÍTULO DO TRABALHO: COLANGIOGRAFIA INTRA-OPERATÓRIA EM PACIENTE COM SITUS INVERSUS: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LUNNA OLIVEIRA SANTOS; MATHEUS DE SOUZA NOGUEIRA; GABRIELA OLIVEIRA PEIXOTO; JOSÉ MILTON MACHADO DO AMORIM; RAFAEL SILVA SANTOS; FILIPE MIGUEL BRITO FERNANDES DA SILVA; HELDA CRYSTIANE CIRILO TELES; SONIA OLIVEIRA LIMA. UNIVERSIDADE TIRADENTES, ARACAJU - SE - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O Situs Inversus é uma desordem genética que se caracteriza pela transposição dos órgãos abdominais em sentido sagital, fornecendo uma imagem chamada de espelho. Sua etiologia ainda não é clara, mas acredita-se que se deve a uma predisposição genética devido a um gene autonômico recessivo de penetrancia incompleta. A presença de litíase vesicular sintomática em um paciente com Situs Inversus acarreta não só a dúvidas diagnósticas, mas também constitui um desafio terapêutico.Relato de caso: Paciente de sexo feminino 42 anos com dor abdominal tipo cólica em epigástro e hipocôndrio esquerdo acompanhada de náuseas e vômitos em 4 dias de evolução. Ao exame físico, apresentou dor a palpação no hipocôndrio esquerdo. Foi solicitado USG abdominal que revelou presença de fígado e vesícula biliar no quadrante superior esquerdo, sendo diagnosticado a colecistite em situs inversus abdominal. Posteriormente foi realizada a radiografia de tórax, confirmando o diagnóstico de situs inversus pela observação do coração ao lado direito. Seis semanas depois realizou-se a colecistectomia videolaparoscópica, com alta hospitalar 24 horas. Sob anestesia geral e em posição francesa, em declive e lateralizado para direita com o cirurgião entre as pernas do paciente. Foi realizado pneumoperitônio através do trocater transumbilical. Colocado o primeiro trocater de 10mm, foi constatado situs inversus. A vesícula e o apêndice se encontravam em espelho em relação a posição habitual. Sob visão direta foram colocados os demais trocarteres. O segundo trocater (5mm) foi introduzido no epigástro e foi utilizado para retração do fundo vesicular. Posteriormente foi introduzido um trocater de 10 mm no flanco direito e finalmente outro trocater de 5mm em flanco esquerdo sobre a linha hemiclavicular esquerda. Foi realizada a dissecção do triângulo de Calot, e foram sendo identificados os seus elementos, os quais foram clipados e seccicionados. Realizou-se a colangiografia intraoperatória. E então foi extraída a vesícula. O tempo operatório foi cerca de uma hora e não houve inconvenientes ou acidentes intraoperatórios.Conclusão: Na colecistectomia videolaparoscópica em pacientes com situs inversus, é possível conduzir com os mesmos padrões da colecistectomia laparoscópica convencional.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1198

TÍTULO DO TRABALHO: COLANGITE AUTOIMUNE ASSOCIADO À COLEDOCOLITÍASE: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: SUELEN SAMPAIO LAUER1; GUSTAVO PEIXOTO SOARES MIGUEL2; PAULO HENRIQUE OLIVEIRA DE SOUZA3. 1. HUCAM - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO DE MORAES, VITÓRIA - ES - BRASIL; 2. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO DE MORAES, VITÓRIA - ES - BRASIL; 3. HOSPITAL UNIVERSITARIO CASSIANO ANTONIO DE MORAES, VITÓRIA - ES - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Colangite Autoimune (CAI) é uma entidade nosológica recente, descrita inicialmente em 2004, de etiologia ainda não bem esclarecida, que difere da Colangite Esclerosante Primária pela boa resposta à imunossupressão com corticosteroides, ausência de associação com Doença Inflamatória Intestinal, altos títulos de IgG4 e AMA negativos, contudo a apresentação clínico-radiológica muito se assemelha à CEP, com estenoses biliares nos canais biliares intra-hepáticos, extra-hepáticos proximais e/ou intrapancreáticos. Ainda são escassos os relatos de casos associado à CAI e não encontramos descrições de sua associação à coledocolitíase na revisão de literatura realizada.RELATO DO CASO. Nosso Objetivo é descrever caso de paciente de 50 anos, sexo masculino com diagnóstico de Colangite Autoimune com boa resposta aos corticosteroides por ocasião do diagnóstico em 2014. Porém foi readmitido em 2017 com queixa de febre, sudorese, emagrecimento, epigastralgia principalmente pós alimentar associado a náusea leve, além de aumento de transaminases e de enzimas canaliculares, Bilirrubina Total de até 1,56 BD 0,67 sem resposta adequada a corticosteroides.Em prosseguimento da investigação diagnóstica foi realizado colangiRNM, e CPRE que observou papila de aspecto normal, presença de grande cálculo redondo de aproximadamente 3 cm impedindo enchimento da árvore bolívar adjacente e com impossibilidade de extração do cálculo pela via endoscópica.Procedido intervenção cirúrgica em que se observou: processo inflamatório intenso de vesícula biliar e vias biliares extrahepática, caracterizando Mirizzi Grau IV, muktiplos cálculos grandes em colédoco e Bile purulenta. Paciente submetido à Colecistectomia, exploração das vias.biliares e Derivação Bileodigestiva em Y-Roux, utilizando-se Ducto hepático comum. Apresentou boa evolução no pós-operatório, permaneceu com Ceftriaxona e Metronidazol 5 dias e recebeu alta ao 5º PO com dreno TuboLaminar retirado ao 12º PO e resolução do quadro clínico.CONCLUSÃO. A Colangite Autoimune é uma doença reconhecida relativamente recente e sua etiologia e evolução carecem de mais estudos. Diante de um diagnóstico como o tal, em paciente em crise não se deve excluir da propedêutica a investigação de causas secundárias, como a litíase das vias biliares, que assim como ocorre na CEP, pode correr de uma complicação secundária a estas entidades (CEP ou CAI), sugestivamente pela mesma patogênese, dado as semelhanças clínicoradiológicas de ambas.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1888

TÍTULO DO TRABALHO: Colecistectomia aberta em paciente com ducto cístico duplo

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: VANESSA DOMICIANO DE SOUZA1; DOUGLAS DOLCE DOMINGUES2. 1. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CUIABÁ, CUIABA - MT - BRASIL; 2. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CUIABÁ, CUIABÁ - MT - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A duplicação da vesícula biliar é uma anomalia congênita rara. Este achado operatório com dois ductos císticos pode levar a dificuldade diagnóstica ou lesão iatrogênica da via biliar principal. O objetivo deste estudo é relatar um caso de colecistectomia aberta em paciente com septação de vesícula biliar e com duplicação do ducto cístico. RELATO DO CASO: Paciente feminina, 57 anos, negra, apresentou-se com história de dor abdominal eventual de moderada intensidade em hipocôndrio direito, com piora após ingesta de alimentação gordurosa, sem febre, icterícia ou colúria. Relatava história de várias crises de dor tipo cólica em hipocôndrio direito, com início há dois anos. Nega comorbidades. O exame físico era normal. Exames laboratoriais dentro dos limites da normalidade. A ultrassonografia revelou litíase biliar e ausência de dilatação das vias biliares. A paciente foi submetida à colecistectomia aberta e no ato operatório foi observada vesícula biliar de aspecto inflamatório crônico, com paredes espessadas. Foi realizada dissecção cuidadosa do hilo, com identificação do ducto cístico. A via biliar principal e sua junção com o ducto cístico foram identificadas e visto outro ducto ?cístico?, confirmado após analise minuciosa da anatomia biliar. Mantido ambos ductos císticos e a artéria cística isolados. Para excluir lesão da via biliar principal foi realizada identificação dos ductos hepáticos comum, direito e esquerdo. A vesícula biliar foi dissecada do seu leito, sendo realizado ligadura da artéria cística, seguida da ligadura de ambos ductos císticos. Realizado a secção de ambos os ductos císticos. A abertura da vesícula evidenciou ducto cístico duplicado com septação completa da vesícula biliar confirmados pelo exame anatomo-patológico. A paciente teve boa evolução. CONCLUSÃO: O diagnóstico pré-operatório de duplicação da vesícula biliar é sempre muito difícil, uma vez que a sintomatologia é indistinguível dos casos de vesícula única. Pode ser, entretanto, um achado incidental. A vesícula dupla pode ser detectada durante um estudo ultrassonográfico cuidadoso. O diagnóstico preciso de duplicação da vesícula biliar deve ser estabelecido no ato operatório, com colangiografia, para excluir a ocorrência de lesão da via biliar principal. O exame da vesícula no final da operação e anatomopatológico são necessários para estabelecer o diagnóstico de certeza.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2335

TÍTULO DO TRABALHO: COLECISTECTOMIA EM PACIENTE CIRRÓTICO. RELATO DE CASO.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANA THERESA SOARES DE OLIVEIRA ROSA; BRUNA MARIA AREDE PACHECO; MAYARA BOTELHO CARLETTO; BÁRBARA MARIA TARRAF MOREIRA; NATÁSSIA ALBERICI ANSELMO; PAULO EDUARDO ZERATI MONTEIRO; CARLOS DARIO DA SILVA COSTA; RAPHAEL RAPHE. FACERES, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Cirrose hepática (CP) é uma condição em que era contra indicada a realização de colecistectomia videolaparoscópica (CVL). Atualmente, cirróticos Child A e B com colelitíase sintomática podem ser submetidos a essa técnica, com risco baixo de morbi-mortalidade. A CVL tornou-se o procedimento de eleição. Essa técnica passou a ter importância redobrada, tendo em vista a maior incidência de litíase biliar em pacientes com hepatopatia crônica, e os procedimentos precisam ser minimamente invasivos, diminuindo a probabilidade de descompensação da hepatopatia. RELATO DE CASO: BMA, 75 anos, masculino, apresentando dor em hipocôndrio direito e epigástrio, associada a náuseas e vômitos. Antecedentes de Doença de Chagas, arritmia cardíaca, marcapasso, CP por álcool em acompanhamento desde 2011 e descompensada por HDA varicosa, litíase biliar, trombose de via porta desenvolvia pela doença hepática, alcoolismo ativo. Em uso de Omeprazol, Propranolol, Ancoron, Enalapril, Hidroclorotiazida, Apixabana. EF: anictérico, eupneico, consciente e orientado; abdome globoso, doloroso a palpação em HD, Murphy positivo, sem sinais de peritonite. US de abdome: vesícula biliar hiperdistendida, com paredes espessadas e pequena quantidade de líquido perivesicular; barro biliar e cálculos até 0,5 cm, ausência de ascite. Laboratório: leucócitos: 9.160 mm^3, plaquetas: 130.000 mm^3, amilase: 1.041 U/L, lipase: 2.084 U/L, creatinina = 0,87 mg/dL, BT: 0,67 mg/dL, albumina = 3,4 g/dL, INR: 1,3, glicemia: 76 mg/dL, TGO: 64 U/L, Child-Pugh: A(6), Meld: 9. Recebeu tratamento clínico para pancreatite aguda biliar (PAB) tendo evolução satisfatória. Apresentou nova crise de dor com nova PAB leve, sendo tratada clinicamente e recebendo alta. Realizada cirurgia de CVL a qual transcorreu com tempo cirúrgico maior que o habitual, 3 horas de duração; houve grande dificuldade técnica pela CH e pelas condições inflamatórias da vesícula. Não houve sangramento excessivo nem a necessidade de transfusões. CONCLUSÃO: CH compensada com colelitíase sintomática, a CVL está bem indicada e é a técnica mais segura e eficaz, porém ainda apresenta um desafio para cirurgiões, requer um bom entendimento da doença hepática, a otimização dos pacientes no pré-operatório e, no intra, cuidados, técnicas e equipamentos para um adequado procedimento. Já em quadros descompensados, prioriza-se a melhora da função hepática e procedimentos minimamente invasivos.

CODIGO DO TRABALHO: 2463

TÍTULO DO TRABALHO: Colecistectomia em paciente com Situs inversus totalis: um relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RAFAEL ADAILTON DOS SANTOS JUNIOR1; GUILHERME SILVA SOARES2; LUIZA HELENA FERREIRA BRITTO ARAGÃO1; ALEX RODRIGUES MOURA3. 1. UNIVERSIDADE TIRADENTES, ARACAJU - SE - BRASIL; 2. UNIVERSDIDADE TIRADENTES, ARACAJU - SE - BRASIL; 3. HOSPITAL REGIONAL DE ITABAIANA, ARACAJU - SE - BRASIL.

RESUMO:
Introdução O Situs inversus totalis (SIT) se caracteriza pela posição invertida dos órgãos tóraco-abdominais em relação ao plano sagital, resultante de anomalias na rotação do tubo cardíaco durante o período embrionário. É uma condição pouco frequente, presente em 0,005-0,01% dos indivíduos, cujo mecanismo é desconhecido. Possui herança autossômica recessiva, com igual incidência em ambos os sexos. Na idade pediátrica com frequência o diagnóstico se realiza de forma casual, dada a ausência de sintomas. Somente 5-10% se associam a malformações cardiovasculares congênitas.[1,2] A Colecistectomia é o procedimento de retirada da vesícula biliar, em geral devido a processos litiásicos. Pode ser feito por meio de técnica aberta ou laparoscópica, esta última considerada o método padrão na atualidade.[3] Quando feita pela via aberta, dura em média 76 +/- 27 minutos. A realização dessa cirurgia em pacientes com SIT requer procedimentos tecnicamente mais exigentes e a lateralidade do cirurgião pode influenciar no desempenho dessas operações.[4,5] O objetivo do trabalho é expor a dificuldade de realização de colecistectomia pela técnica aberta em um paciente com SIT, de forma a enriquecer o conhecimento da comunidade médico-acadêmica. Para sua realização, foi feita revisão de prontuário do paciente em questão, associada com revisão de literatura relacionada ao tema. Relato de CasoPaciente S.B.C, sexo feminino, 29 anos, admitida em hospital no interior do estado de Sergipe em Julho de 2015 para a realização de colecistectomia eletiva devido a colelitíase. A paciente apresentava SIT, comprovado por exames de imagem. O procedimento foi realizado por meio da técnica aberta, por motivos de limitações de infra-estrutura que impossibilitaram a via laparoscópica. Foi feita a incisão subcostal em hipocôndrio esquerdo, que permitiu o acesso à vesícula e vias biliares. Não houve intercorrências durante o ato cirúrgico, que teve a cefazolina como antibioticoprofilaxia. A paciente evoluiu bem e recebeu alta após 24 horas.ConclusãoA colecistectomia é um procedimento rotineiro no cotidiano do cirurgião. Contudo, determinadas condições oferecem obstáculos à sua realização, a exemplo do SIT, já que as estruturas anatômicas estão invertidas em relação ao plano sagital. Isso exige do cirurgião competência para identificar corretamente as estruturas e realizar o procedimento sem provocar iatrogenias.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 829

TÍTULO DO TRABALHO: Colecistectomia robótica com portal único: experiência inicial

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: SERGIO ROLL; PEDRO HENRIQUE DE FREITAS AMARAL; IRON PIRES DE ABREU NETO; PAULO HENRIQUE FOGAÇA DE BARROS; BRUNO DE LUCIA HERNANI; NELSON DE SOUZA LIBONI; JULIANO FERNANDES DA COSTA; ANA OLGA NAGANO GOMES FERNANDES; CARLO CAMARGO PASSEROTTI. HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Este estudo se destina a descrever a experiência inicial de um grupo de cirurgiões na realização da cirurgia de colecistectomia robótica com portal único e avaliar os potenciais benefícios associados à cirurgia robótica minimamente invasiva. Método: Vinte e quatro pacientes foram submetidos a cirurgia de colecistectomia pela técnica descrita. Foram analisados prospectivamente dados referentes ao perfil do paciente, variáveis do intra operatório e pós operatório buscando avaliar a segurança e os possíveis benefícios da técnica.Resultados: Dos 24 pacientes operados, 19 eram mulheres (79%) e 5 homens (21%). O IMC variou de 20,1 a 48 com média de 27,7. O tempo cirúrgico total médio foi de 144 minutos, sendo o tempo médio de docking 25 minutos, cirurgia (final do docking até retirada da vesícula) de 48 minutos e fechamento da parede de 14 minutos. A incidência de complicações menores, incluindo perfuração da vesícula, sangramentos e lesões hepáticas menores, foi de 22% e apenas em um doente não foi possível a conclusão da cirurgia pela técnica proposta tendo sido realizada a conversão para a técnica habitual de colecistectomia multiportal videolaparoscópica.A avaliação da dor em score de 0-10 mostrou que 41,6% dos pacientes apresentavam dor maior que 4 dentro das primeiras 6 horas, 37,5% dentro das primeiras 24 horas, 29,1% no sétimo dia e nenhum paciente referiu dor no trigésimo dia. A média do grau de satisfação dos pacientes com o procedimento avaliado no trigésimo pós operatório foi de 9,625 em uma escala de 0-10.Conclusões: A avaliação dos resultados de 24 pacientes submetidos a colecistectomia com portal único robótica mostra que o procedimento é factível e seguro e obteve alto grau de satisfação por parte dos pcientes. A técnica vem a somar no armamentário cirúrgico já disponível para o tratamento das patologias da vesícula biliar.
Bibliografia: Pietrabissa A, Pugliese L, Vinci A, Peri A, Tinozzi FP, Cavazzi E, Pellegrino E, Klersy C. Short-term outcomes of single-site robotic cholecystectomy versus four-port laparoscopic cholecystectomy: a prospective, randomized, double-blind trial. Surg Endosc. 2016 Jul;30(7):3089-97Zehetner J, Pelipad D, Darehzereshki A, Mason RJ, Lipham JC, Katkhouda N. Single-access Laparoscopic Cholecystectomy Versus Classic Laparoscopic Cholecystectomy: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trial. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech 2013;23:235?243

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 3082

TÍTULO DO TRABALHO: Colecistectomia seguida de coledocotomia e coledocostomia

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: THAIANA MANSUR BOTELHO DE CARVALHO MENDONCA1; THAMIRIS VILAS BOAS NEVES1; LARISSA GONÇALVES DOS SANTOS1; LUARA DE OLIVEIRA BARROSO1; JORGE ANZAI NETO1; LUIZ HENRIQUE TORRES COTA1; RAFAELLA GRANIERI LIBERATO COSTA1; RODRIGO MARTINS CARVALHO2; THAYNÁ COELHO SILVA2. 1. UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO, ALFENAS - MG - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELANO, ALFENAS - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOOs divertículos periampolares são o desprendimento da mucosa extraluminal do duodeno ocorrendo dentro de um raio de 2-3 cm da ampola de Vater, tendo sua incidência aumentada com a idade.A terapêutica de escolha é a endoscópica. No entanto, pacientes com divertículo periampolar evidenciaram sucesso reduzido diante dessa abordagem. O procedimento endoscópico apresenta maior dificuldade técnica, principalmente para a cateterização da papila e com maior taxa de sangramento após a papilotomia (Zoepf et al., 2001).As principais complicações intra-operatórias estão as lesões iatrogênicas das vias biliares, lesão de artéria hepática, lesão hepática e lesão de ramo portal. E as complicações pós-operatórias podemos citar infecção de parede (própria ferida operatória) e evisceração.OBJETIVORelatar um caso de divertículo periampolar associado à coledocolitíase.MétodoD., 72 anos, masculino, admitido no HUAV no dia 11/02/17. Paciente encaminhado por seu cardiologista, após implantação de marcapasso, devido a quadro de dor em hipocôndrio direito, febre e icterícia ++/++++. No dia 28/02/17 começou a apresentar acolia fecal sem colúria. É portador de HAS e DM, em tratamento com Anlodipino, Losartana e Metformina. Ao exame: RHA +, diástase do reto abdominal, dor à palpação do ponto cístico. Exames Laboratoriais: Hm= 4,0; Hb= 12,0 g/dL; Ht= 35%; Amilase= 83 U/L; Lipase= 45 U/L; BT= 3,06 mg/dL; BI= 2,05 mg/dL; BD= 1,01 mg/dL; Fosfatase Alcalina= 529 U/L; Gama-GT= 529 U/L; TGO= 55 U/L; TGP= 118 U/L; Ureia= 22,9 mg/dL; Creatinina= 1,07 mg/dL; TTPA= 24s; INR= 0,9; Urina I= pH 5,0, coloração alaranjada, urobilinogênio 12 mg/dL e flora ligeiramente modificada. À TC de abdome em 14/02: Colelitíase, coledocolitíase, pequena dilatação das vias biliares, doença diverticular do colo, cistos renais do tipo Bosniak I e nefrolitíase. CPRE: papila menor encontrava-se sem aparente anormalidade e papila maior com divertículos em sua porção distal e segunda porção. Colangiografia: ducto cístico e vesícula biliar não foram contrastados à injeção habitual de contraste. Pancreatografia: Ducto de Wirsung mostrou-se aparentemente dilatado. Foi realizada colecistectomia seguida de coledocotomia e coledostomia.CONCLUSÃOFoi constatado que as manifestações pancreatobiliares especialmente a litíase biliar podem estar associadas ao divertículo periampolar. Além de evidenciar taxa de sucesso do tratamento cirúrgico da coledocolitíase, devendo-se ponderar a sua indicação.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1627

TÍTULO DO TRABALHO: COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA EM PACIENTE PORTADOR DE DOENÇA DE WOLFHART-KUGELKBERG-WELANDER (AMIOTROFIA ESPINHAL TIPO 3): RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RAFAEL ALVES CARVALHO; TARCISIO VERSIANI AZEVEDO FILHO; EDUARDO TOMAZ FROES; RODRIGO GUIMARÃES CORRADI; PABLO SILVA DOS ANJOS; DAFNE MARIA VILLAR GONÇALVES; PEDRO POLASTRI LIMA PEIXOTO; LARISSA AMARAL CARREGAL. HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHEK, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A amiotrofia espinhal (AE) é uma afecção autossômica recessiva caracterizada por fraqueza e paralisia muscular proximal progressiva devido à degeneração dos motoneurônios inferiores da medula. Poucos são os casos descritos na literatura de pacientes portadores da doença submetidos a procedimentos cirúrgicos e não há um consenso sobre qual a melhor via de acesso ou método anestésico para essa população.RELATO DO CASO: Paciente de 24 anos, portador de AE tipo 3, obesidade mórbida e síndrome da apneia e hipopneia obstrutiva do sono, em acompanhamento no ambulatório de Distrofias Musculares do Hospital Júlia Kubitschek (HJK). Limitação importante da deambulação e atividades cotidianas desde a época pré-escolar. Apresentou cólicas biliares recorrentes, colelitíase confirmada por ultrassonografia. Avaliado por equipe multidisciplinar e optou-se por colecistectomia videolaparoscópica, com reserva de leito UTI devido à presença de fatores preditores de via aérea difícil e a dificuldade de ventilação intrínseca da doença. O procedimento se deu por anestesia geral, intubação por fibrobroncoscopia. Não houve intercorrências intra-operatórias. O paciente foi extubado na sala de operação e manteve bom padrão respiratório, sendo dispensado o leito de terapia intensiva. Realizou exercícios respiratórios com a equipe de fisioterapia durante todo o pré e pós-operatório. Apresentou melhora clínica lenta, menor tolerância à dieta oral no 1º DPO (paciente restrito ao leito), com posterior aceitação. Intercorreu com pneumonia em base pulmonar esquerda, provavelmente complicação de atelectasia, tratada com antibioticoterapia e fisioterapia, com melhora clínica importante. No 8º DPO, a despeito da evolução favorável, apresentou dispneia súbita e rebaixamento do sensório. Foi transferido à UTI, porém evoluiu com insuficiência respiratória grave e óbito, antes que pudesse ser realizada intubação orotraqueal. O evento foi interpretado como tromboembolismo pulmonar, mesmo em uso de enoxaparina profilática.CONCLUSÃO: Há relatos escassos sobre cirurgia nesta população, com diferentes propostas anestésicas, incluindo anestesia geral, peridural e venosa total, além de vias de acesso à cavidade. A videolaparoscopia foi preferida por seus já conhecidos menores índices de morbidade. É necessário estar atento ao perfil do paciente portador de atrofias e distrofias devido à dificuldade em mobilizar secreções e limitação de movimento, de forma a prever as possíveis complicações.

CODIGO DO TRABALHO: 1335

TÍTULO DO TRABALHO: COLECISTITE AGUDA: AVALIAÇAO 298 CASOS OPERADOS NA URGENCIA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: WELLIGTON RIBEIRO FIGUEIREDO1; ROBSON DAVID DE ARAÚJO LIAL2; MAYARA MAGRY ANDRADE DA SILVA3; FERNANDA MARIA GONÇALVES DE SOUSA MOURA2; VITORIA NEIVA PINHEIRO CORREIA2; FRANCISCO VITOR PEREIRA DE SOUSA2; SABRINA JALES CUNHA BRANDAO2; WILDSON SANTOS CRAVEIRO ROSA2. 1. HOSPITAL GETULIO VARGAS, TERESINA - PI - BRASIL; 2. FACID, TERESINA - PI - BRASIL; 3. HGV, TERESINA - PI - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÂO: A colecistite é a inflamação da vesícula biliar e ainda é uma das doenças mais frequentes nas emergências em todo o mundo. É causada, em 90% dos casos, pela obstrução do ducto biliar por um cálculo (litiásica) levando à inflamação aguda da vesícula. Cerca de 20% da população geral desenvolve cálculo vesicular ao longo da vida, incidência que aumenta com a idade, sendo duas vezes mais freqüente em mulheres. OBJETIVOS: Determinar o perfil dos pacientes com colecistite aguda submetidos à colecistectomia de urgência em hospital público de referência em Teresina PI. MÉTODO: as informações foram obtidas por meio de revisão do prontuário de todos os pacientes submetidos à colecistectomia de urgência no período de 2009 a 2014 em hospital publico de referência de Teresina-PI. Foram analisadas as seguintes variáveis: idade, gênero, procedência, tempo de internação, índice de mortalidade e de reoperações. RESULTADOS: Dos 298 casos, o mais prevalente foi sexo feminino (59% mulheres e 41% homens). Em relação à faixa etária, verificou-se que 69% dos pacientes tinham faixa etária entre 18 e 59 anos; 30% tinham faixa etária maior ou igual a 60 anos, e apenas 1% entre 12 e 17 anos. Quanto à procedência, observou-se que 54% dos pacientes eram procedentes de Teresina (PI), 43% do interior do Piauí e 3% de outros estados. A maior parte dos pacientes estudos (51%) permaneceram 2 dias internados, 22% ficaram internados por um período superior a 3 dias, e 20% durante 3 dias. A taxa de mortalidade pós-operatória foi de 5,3% e apenas 2,01% de reoperações. Todos os pacientes foram submetidos ao acesso laparotômico. A colecistite aguda é mais prevalente em mulheres e em adultos, principalmente entre 18 e 59 anos. O tempo de internação dos pacientes submetidos à colecistectomia de urgência é muito pequeno quando comparado às cirurgias de alta complexidade realizadas nesse mesmo Hospital de referência. A colecistectomia laparotômica é um procedimento com uma baixa taxa de mortalidade e complicações, desde que seja realizada precocemente. CONCLUSÃO: A colecistectomia é a cirurgia mais simples das vias biliares. Entretanto, quando realizada de urgência, deve ser feita por um cirurgião com experiência, visto que as complicações e a mortalidade são bem mais elevadas quando comparados à cirurgia eletiva. A colecistite aguda é uma das urgências mais frequentes em todo o mundo, com alta taxa de morbimortalidade se não tratada correta e precocemente.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1557

TÍTULO DO TRABALHO: Colecistite alitiasica aguda: Relato de caso e revisão de literatura

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCELA CAMPOLINA MUNIZ; ANDRÉ JIN FUJIOKA; LAWRENCE PASCOAL JUNQUEIRA; GABRIEL PINTO LARA FALEIRO. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CIÊNCIAS MÉDICAS - FACULDADE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A colecistite alitiásica aguda (CAA) trata-se de uma inflamação da vesícula biliar sem aevidência de cálculos em seu interior. Ocorre em cerca 2-15% de todos os casos de colecistite aguda, se manifestando mais comumente em homens que apresentam comorbidade associada. A CAA costuma surgir cerca de duas semanas após um quadro clinico grave, como cirurgias de grande porte, traumatismo grave, queimaduras de grande extensão corporal, doença renal terminal, leucemia e infecções.Objetivo: Apresentar um caso de colecistite alitiasica aguda, analisar as manifestações clínicas e recordar a literatura.Método: Paciente de 23 anos, masculino, previamente hígido, apresentou quadro de dor em hipocôndrio direito, de grande intensidade associada a náuseas, vômitos e febre baixa. Admitido em pronto atendimento, onde apresentou leucocitose e iniciou-se antibioticoterapia empírica. Realizado ultrasonografia abdominal (US), 02 dias após admissão que não evidenciou sinais de colecistite aguda e colelitiase. Submetido a tomografia computadorizada (TC) abdominal, que constatou sinais de colecistite alitiasica. Paciente transferido para o Hospital Universitário Ciencias Medicas, no 8° dia do inicio dos sintomas, mantendo quadro de dor em hipocôndrio direito. Ao exame físico apresentou febre baixa, abdome doloroso e sinal de Murphy positivo. US abdominal evidenciou CAA. Realizada videolaparoscopia que identificou abcesso perivesicular bloqueado por epiplon, empiema de vesícula e necrose de seu fundo. Procedeu-se a colecistectomia videolaparoscopica associada a drenagem do leito vesicular. Paciente evoluiu com melhora clinica e laboratorial, recebendo alta em boas condições.Conclusão: O diagnóstico de CAA é baseado em achados clínicos, laboratoriais e de imagem. Os dados clínicos frequentemente encontrados são inespecíficos. Portanto a suspeita de CAA deve ser avultada em quadros de febre inexplicável, leucocitose e desenvolvimento de dor na região de hipocôndrio direito. A US e a TC são os métodos de imagem de escolha para o diagnostico. Já para a estratégia terapêutica, preconiza-se a abordagem cirúrgica. A CAA é uma condição rara e difícil de ser identificada, entretanto, uma avaliação inicial cuidadosa, associada a solicitação de exames complementares, permite realizar um diagnostico precoce e reduzir a morbimortalidade associada a síndrome.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1983

TÍTULO DO TRABALHO: Colecistite alitiásica com perfuração da vesícula biliar

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: NILTON GHIOTTI DE SIQUEIRA1; ELCIMAR DOS REIS DA SILVA2; LARISSA MARTINS PELUSO2; LOEMA DO AMARAL FIRMINO2; NATALI PIRES MENDES2; PEDRINHO DE OLIVEIRA LOPES2; RODRIGO DO AMARAL FIRMINO2. 1. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DO ACRE/UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE, RIO BRANCO - AC - BRASIL; 2. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DO ACRE, RIO BRANCO - AC - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A colecistite aguda pode ter apresentação clínica atípica e retardar o diagnóstico aumentando a morbi-mortalidade. A não vizualização da vesícula biliar associado a presença de coleção intra-abdominal deve levar a suspeita de perfuração dessa víscera. Relato do Caso: Paciente a 2 meses apresentou quadro de dor abdominal aguda, intensa e difusa com irradiação p/ região dorsal. Foi medicado sintomaticamente na UPA. Evoluiu com melhora parcial da dor e aumento do volume abdominal, vômitos pós-prandiais e edema de MMII. Realizou US de abd. (23/09/16) com diagnóstico de provável hematoma sub-capsular hepático, sendo internado. A tomografia computadorizada em 29/09/16 e uma ressonância magnética em 17/10/116 demonstravam coleção organizada desde o espaço sub-frênico direito, espaço de Morrisson, flanco direito, mesogástrio e flanco esquerdo, sem dilatação de via biliar e a vesícula biliar não era visualizada. A FA e GGT eram mais de 10x o valor de referência, transaminases normais e albumina 2,6g/dL. Foi formulada a HD de perfuração de vesícula biliar com coleperitônio organizado. Em 28/10/16 foi submetido à drenagem percutânea da coleção com saída de 3000ml de secreção espessa e biliosa. A drenagem diminuiu progressivamente ficando claramente biliosa e o CT após 4 semanas apresentava apenas loja em espaço sub-frênico direito. Foi realizado fistulografia pré-operatória que contrastou a vesícula e vias biliares. Submetido a colecistectomia e drenagem da loja residual com alta hospitalar no 3º dia de PO. Conclusão: Os achados esperados num exame de US para colecistite aguda não foram encontrados1. Uma coleção intra-abdominal de grande volume dificulta determinar a origem da lesão. O paciente não cursou com sepse, que seria esperado nesses casos em que a taxa de mortalidade pode alcançar até 20%2. Durante a investigação clínica e mesmo na laparotomia não foram encontrados cálculos em vesícula biliar3. Também não havia fatores de risco como idade avançada, doenças cardiovasculares, malignidades, uso de corticoesteróides ou imunossupressão2 ou clínica que pudesse predizer uma perfuração de vesícula durante o curso de uma colecisite alitiásica4, até porque a vesícula biliar não foi descrita em nenhum método de imagem empregado, porém havia elevação de FA e GGT. Acreditamos que a drenagem prévia da extensa coleção com diminuição expressiva do conteúdo tenha contribuído para o sucesso do procedimento minimizando os riscos de coleções residuais.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1881

TÍTULO DO TRABALHO: COLECISTITE CALCULOSA EM 2 PACIENTES COM SÍNDROME DE BARDET-BIEDL.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CARLOS RENATO SALES BEZERRA1; MIGUEL AUGUSTO ARCOVERDE NOGUEIRA1; VINICIUS DE OLIVEIRA FERRO1; LEVY DE AGUIAR PONTES1; THIAGO SOARES GONDIM MEDEIROS1; MARIA DALLARA BARROSO E SILVA2; NATHAN CAVALCANTE DE ARAUJO JUNIOR2; ANDREA DE CASTRO SILVA3. 1. HOSPITAL GETULIO VARGAS, TERESINA - PI - BRASIL; 2. FACULDADE INTEGRAL DIFERENCIAL, TERESINA - PI - BRASIL; 3. UNINOVAFAPI, TERESINA - PI - BRASIL.

RESUMO:
A síndrome de Bardet-Biedl (SSB) é uma rara afecção caracterizada pela presença de obesidade, polidactilia, distrofia retiniana, hipogonadismo, atraso no desenvolvimento e malformações renais. Neste relato, os autores apresentam dois casos de SSB associado a colecistite calculosa não documentado ainda na literatura existente.

CODIGO DO TRABALHO: 1916

TÍTULO DO TRABALHO: COLEDOCOLITÍASE ASSOCIADA À ELEVAÇÃO DE CA 19-9 SUPERIOR A 1000 U/L

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOAO BOSCO CHADU JUNIOR1; MARIANA DE GREGORIO FARIA2; JEFFERSON ALVIM DE OLIVEIRA2; RAFAEL PIRES RESENDE2; CRISTHIAN RODRIGO SEQUEIROS PENA2; ISMARA LOURDES SILVA JANUARIO CHADU2. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA - MG (UFU), UBERLANDIA - MG - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLANDIA, UBERLANDIA - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A coledocolitiase é uma complicação relativamente comum da colelitíase, ocorrendo em cerca de 8 a 18% dos casos. O CA 19-9 é um antígeno carboidrato de superfície, atuando como marcador tumoral de neoplasias do pâncreas e vias biliares, estômago ,etc. A elevação do CA 19-9 pode ocorrer em doenças benignas , porém não é uma condição comum. Este trabalho tem o objetivo de relatar um caso de elevação de CA 19-9 acima de 1.000 U/l em um caso de coledocolitíase. RELATO DO CASO: MWRB , 86 anos, feminino e procedente de Uberlândia ? MG. A paciente apresentava história de dor abdominal tipo cólica em hipocôndrio direito, vômitos , astenia e relato de icterícia. Negava colúria, acolia fecal e febre.Ao exame físico apresentava icterícia moderada.Os exames laboratoriais mostravam bilirrubina total de 5,39 mg/dl, direta de 3,91 mg/dl e indireta de 1,48 mg/dl. A fosfatase alcalina era de 367 U/L e gama GT de 427 U/L. A hemoglobina era de 5,8 g/dl. O ultrassom de abdome evidenciou dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas e vesícula biliar distendida com cálculos no seu interior. Solicitado CA 19-9 e tomografia de abdome que mostrou formação nodular com centro hipodenso no hepatocoledoco distal com dilatação das vias biliares .O Ca 19-9 era de 1.148 U/l. A ressonância de vias biliares mostrou vesícula biliar de conteúdo heterogêneo e afilamento do colédoco distal com suspeita de neoplasia.Diante da possibilidade de neoplasia optamos pela abordagem cirúrgica. Paciente foi então submetida à colecistectomia com colangiografia intra operatória(CIO) por videolaparoscopia. A CIO mostrou dilatação das vias biliares e cálculos na via biliar principal sem passagem do contraste para o duodeno. Realizada exploração transcística com retirada de vários cálculos da via biliar. Posicionada sonda nasogástrica transcística. Paciente evoluiu com queda progressiva das enzimas canaliculares e bilirrubinas. Após quatro semanas apresentava CA 19-9 de 38 U/l. Foi então realizada colangiografia pela sonda que apresentou vias biliares de calibre normal , sem cálculos ou obstrução e boa passagem do contraste para o duodeno.CONCLUSÃO: Os níveis elevados de CA 19-9 não pode ser condição absoluta para diferenciação entre doenças benignas e malignas das vias biliares. A coledocolitíase pode ser uma condição benigna com altos níveis de CA 19-9, porém em pacientes idosos e com elevação acentuada do marcador tumoral doenças malignas devem sempre serem descartadas.

CODIGO DO TRABALHO: 2784

TÍTULO DO TRABALHO: Coledocolitiase em paciente com Abscesso Hepático: Relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: WELSON LEAL DUARTE FILHO1; JUAREZ DUARTE DE CARVALHO NETO2; EMANUEL DUARTE ANTAO3; JÉSSICA DUARTE ANTÃO4; BRUNA LOPES CACAU5; THALES VICTOR FERNANDES FERREIRA6; ARTHUR GAIA DUARTE PEIXOTO1. 1. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. RESIDENTE, TERESINA - PI - BRASIL; 3. CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI, TERESINA - PI - BRASIL; 4. GRADUADA, TERESINA - PI - BRASIL; 5. INSTITUTO SUPERIOR DE TEOLOGIA APLICADA-INTA, SOBRAL - CE - BRASIL; 6. GRADUADO, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoColedocolitíase corresponde à presença de um ou mais cálculos no interior do colédoco. Trata-se de uma doença extremamente prevalente e uma das mais importantes causas de icterícia na prática clínica.A coledocolitíase é assintomática em até metade dos casos. Na doença sintomática, o quadro clínico típico constitui os achados clássicos da síndrome colestática. Em muitos casos, pode ocorrer a típica cólica biliar. Uma característica marcante é a ocorrência de icterícia flutuante, em função da obstrução apenas parcial e transitória que ocorre na grande maioria dos casos sintomáticos.Relato de CasoHomem, 53 anos, foi internado em Março de 2016 devido a quadro de distensão abdominal, plenitude pós-prandial, náuseas e vômitos que haviam começado 5 meses antes. Após 20 dias do início do quadro, percebeu que encontrava-se constipado, oligúrico e com dor abdominal em região epigástrica que irradiava para hipocôndrio esquerdo com distensão abdominal progressiva. Foi prescrito Ciprofloxacino e Metronidazol como tratamento. Devido à ausência de melhora do seu quadro foi realizado uma TC de abdome que evidenciou múltiplas coleções líquidas, compativel com diagnóstico de Abscesso Hepático, sendo medicado com Ampicilina-Sulbactam por 21 dias. Posteriormente, paciente realizou exame de colangioressonância cujo laudo evidenciou coledocolitiase, sendo programada a cirurgia de exploração das vias biliares. Ao exame físico encontrava-se em REG, Consciente, orientado, hipocorado(+/4+) e afebril. Exames pré-operatórios caracterizaram paciente como ASA3/GOLDMAN II, apresentando alto risco cirurgico. Paciente foi submetido a uma colecistectomia com exploração das Vias Biliares associada a introdução de Dreno de Kehr em Junho de 2016. Paciente seguiu estável por um mês e, em julho domesmo ano, realizou outro procedimento cirurgico, Derivação biliodigestiva em Y de Roux, permanecendo 3 dias na UTI e 6 dias na enfermaria. Devido a boa evolução do paciente, o mesmo apresentou alta hospitalar no 9º dia de pós operatório.Conclusão Dessa forma, a clínica aliada com diagnósticos como a US e ecoendoscopia são fundamentais para detecção da coledocolitíase e realização imediata da colecistectomia.

CODIGO DO TRABALHO: 2022

TÍTULO DO TRABALHO: COLEDOCOLITÍASE PRIMÁRIA ASSOCIADA AO PÂNCREAS ANULAR

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LUILSON GERALDO COELHO JUNIOR; BERNARD MOREIRA DE OLIVEIRA; LAURA CÉSAR ANTUNES; CARELL PERES MARRA; ISADORA BRAGA GARCIA NUNES; IURY CAMARGOS NERY FERREIRA; DANYLLO FIGUEIREDO ALVARENGA; HAMILTON ALEXANDRE GROSMANN BARBOSA. FACULDADE ATENAS, PARACATU - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O pâncreas anular é uma anomalia congênita rara causada pela má rotação do broto ventral do pâncreas durante a embriogênese em que o anel de tecido pancreático circunda a segunda porção do duodeno. É a segunda anomalia mais comum do pâncreas, acometendo mais crianças do que em adultos. A apresentação clínica é variável. Os sinais e sintomas tornam-se visíveis após a infância com quadro clínico caracterizado por dor abdominal, obstrução duodenal crônica, icterícia obstrutiva, pancreatite e massa em cabeça de pâncreas. Já os sintomas mais comuns em adultos são a dor abdominal náuseas e vômitos e hematêmese. O diagnóstico é realizado por meio de exames de imagem como colangiopancreatografia retrógrada endoscópica, tomografia computadorizada de abdome, porém o diagnóstico definitivo é realizado durante procedimento cirúrgico. RELATO DE CASO: Paciente sexo feminino, 31 anos, comparece ao ambulatório de cirurgia geral referindo dor em hipocôndrio direito associado a aumento da bilirrubina total e direta. Ecografia abdominal evidenciou coledocolitíase com dilatação de vias biliares e canalículos biliares intra-hepáticos com alguns pequenos cálculos. História prévia de colelitíase sintomática sendo submetida à colecistectomia há12 anos. Realizado diagnóstico de coledocolitíase primária e indicado procedimento cirúrgico, com proposta de derivação bileodigestiva. No ato operatório foi identificada grande quantidade de aderências próxima a topografia da vesícula biliar; o ducto colédoco estava dilatado distalmente, com pâncreas anular envolvendo o duodeno. Realizada secção e rafia do pâncreas anular com identificação e expansão do duodeno a sua circunferência fisiológica. Realizou-se coledocolitotomia, com exérese de grande quantidade de cálculos de coloração amarronzada, friáveis, procedido de anastomose bileodigestiva em Y de Roux com alça biliar transmesocólica a 40cm do ângulo de Treitz. Paciente evoluiu sem intercorrências no pós-operatório. CONCLUSÃO: O pâncreas anular é uma anomalia congênita pancreática com apresentação clínica variável, sendo sua associação com coledocolitíase um evento raro. Exames de imagem sugerem o diagnóstico, porém, a abordagem cirúrgica é confirmatória ao identificar uma banda de tecido pancreático envolvendo o duodeno. O tratamento de pâncreas anular é cirúrgico. Logo, a correção cirúrgica desta anomalia congênita deve ser individualizada de acordo com o quadro clínico apresentado pelo paciente.

CODIGO DO TRABALHO: 2454

TÍTULO DO TRABALHO: Coledocolitíase: Relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: WELSON LEAL DUARTE FILHO1; JUAREZ DUARTE DE CARVALHO NETO2; EMANUEL DUARTE ANTAO3; JÉSSICA DUARTE ANTÃO4; BRUNA LOPES CACAU5; IVSON JOSÉ ALMEIDA MEDEIROS JÚNIOR1; LUCAS REIS COSTA1; PEDRO KAYO DE FIGUEIREDO MEDEIROS1. 1. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. RESIDENTE, TERESINA - PI - BRASIL; 3. CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI, TERESINA - PI - BRASIL; 4. GRADUADA, TERESINA - PI - BRASIL; 5. INSTITUTO SUPERIOR DE TEOLOGIA APLICADA-INTA, SOBRAL - CE - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Coledocolitíase é a presença de cálculos biliares no colédoco. A grande maioria desses cálculos forma-se na vesícula biliar e migra para o colédoco através do ducto cístico. Estes cálculos são chamados de cálculos secundários. Os cálculos que se formam no próprio colédoco são chamados de cálculos primários. A litíase biliar é uma doença de alta prevalência na população geral - 10% e a incidência da coledocolitiase têm uma frequência de 8 a 15%. A litíase biliar é uma doença com alta prevalência na população geral. Cálculos em vias biliares podem estar presentes em 10 a 18% dos pacientes com colelitíase, podendo atingir níveis de 32% em pacientes acima de 70 anos de idade. Sinais e sintomas de obstrução biliar incluem icterícia, dor em quadrante superior direito ou epigástrio, acolia e colúria. Febre e calafrios podem ocorrer se houver colangite. Níveis elevados de bilirrubinas, fosfatase alcalina e transaminases são comuns, mas não são nem sensíveis nem específicos para coledocolitíase, pois cerca de um terço desses pacientes apresentam exames laboratoriais normais. Destes exames, a bilirrubina sérica apresenta o maior valor preditivo positivo (28-50%).Relato de caso: G.J.S, masculino, 63 anos, casado, pedreiro, natural e procedente de Picos-PI, relata sintomatologia de dor em hipocôndrio direito, de início súbito, com resolução espontânea, há 3 meses. O quadro evoluiu com icterícia flutuante, plenitude pós-prandial, prurido generalizado e acolha fecal. Ao exame físico, apresentava-se ictérico (4+/4+), hipocorado (+/4+), com abdome globoso, tenso e hérnia umbilical. Paciente com us abdome mostrando colédoco dilatado 1,3cm e com cálculos. Foi realizada colecistectomia com coledocotomia , com achados intraoperatórios de vesícula distendida e colédoco dilatado, porém mostrando ausência de cálculo no mesmo. Foi realizado uma derivação biliodigestiva do tipo coledocoduodenostomia e paciente segue bem. Conclusão: A colecistectomia, como previamente dito, é um dos procedimentos cirúrgicos mais realizados em nosso meio e no mundo. Dada a alta incidência de colelitíase associada a coledocolitíase, justifica-se a utilização de métodos de rastreio para esta doença. Pacientes que apresentem estenose definitiva, cálculos múltiplos, cálculos intra-hepáticos ou colédoco com diâmetro maior que 2,0 cm, esta indicada a realização de derivação bilio-digestiva através de coledocojejunostomia em Y de Roux ou coledocoduodenostomia.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2778

TÍTULO DO TRABALHO: Coledocolitíase: Relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: WELSON LEAL DUARTE FILHO1; JUAREZ DUARTE DE CARVALHO NETO2; EMANUEL DUARTE ANTAO3; JÉSSICA DUARTE ANTÃO4; ARTHUR GAIA DUARTE PEIXOTO1; GUILHERME RUAN FERNANDES FERREIRA1; LUCAS REIS COSTA1; PEDRO KAYO DE FIGUEIREDO MEDEIROS1. 1. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. RESIDENTE, TERESINA - PI - BRASIL; 3. CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI, TERESINA - PI - BRASIL; 4. GRADUADA, TERESINA - PI - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOA presença de cálculos na via biliar principal pode ser suspeitada no período pré-operatório a partir da história clínica, de exames laboratoriais complementares que podem indicar aumento de enzimas canaliculares e bilirrubinas e, finalmente, ultra-sonografia abdominal que pode mostrar sinais diretos ou indiretos de coledocolitíase. A coledocolitíase incide em 8% a 20% dos doentes portadores de litíase vesicular. Este achado determina a necessidade de intervenção na via biliar principal (VBP), além da colecistectomia. E a intervenção na VBP pode ser cirúrgica ou endoscópica. O tratamento endoscópico é indicado no período pré-operatório, no pós-operatório ou eventualmente durante a colecistectomia enquanto o tratamento cirúrgico é realizado através da exploração pelo ducto cìstico ou da coledocotomia clássica, e recentemente também durante a colecistectomia por vídeo-laparoscopia (VL). O diagnóstico da coledocolitíase tem importância para estabelecer a conduta nos doentes com litíase vesicular.RELATO DE CASOPaciente refere há cerca de 02 anos episodio dor em QID, que duravam mais de 6 hrs, associada a vomitos e mal estar apresentando a acolia e colúria. Ao exame físico icterica, acianotica, afebril, hidratada. sem turgencia jugular. torax simetrico expansivel ACP: fisiologica. abdome plano flacido e indolor a palpação, vesicula não palpavel. Extremidades troficas sem edemas. Nega tabagismo ou etilismo. Nos exames complementares um US abdome que mostravias biliares intra e extra hepaticas de calibre e aspectonormais com vesicula biliar com calculos com diametro medio de 1 cm. Foi realizado Colangio RM que mostra Presença de moderada dilatação das vias biliares intra hepatica.. Presença de imagem sugestiva de calculo no terço médio do coledoco, medindo 12 mm de diametro, coledoco mede 18mm no ponto de maior dilatação, sendo que o coledoco distal abaixo do nivel de obstrução mede 6 mm. Vesicula biliar distendida com marcada dilatação do ducto cístico, apresentando mutiplas imagens de calculo no seu interior, o maior deles mede 1,4 cm. Paciente é submetida a colecistectomia com coledocotomia e colocação de dreno de Kehr. FO limpa e seca.CONCLUSÃOO diagnóstico da coledocolitíase tem importância para estabelecer a conduta nos doentes com litíase vesicular. Estudos foram realizados com o intuito de identificar critérios pré-operatórios para o diagnóstico de coledocolitíase e com isso determinar seu tratamento, porém sem uma conclusão definitiva.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1613

TÍTULO DO TRABALHO: Cólica biliar após colecistectomia: relato de caso sobre vesícula biliar remanescente

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PEDRO POLASTRI LIMA PEIXOTO; FABIANA CASSIANO VICENTE; TARCISIO VERSIANI AZEVEDO FILHO; RAFAEL ALVES CARVALHO; MARCOS LANNA BICALHO; LARISSA AMARAL CARREGAL; RAPHAEL SEGATO VAZ DE OLIVEIRA; DAFNE MARIA VILLAR GONÇALVES. HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHEK, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A colecistectomia videolaparoscópica é considerada padrão-ouro no tratamento da colelitíase sintomática. Porém, até 40% dos pacientes persistem com sintomas após a cirurgia, correspondendo à síndrome pós-colecistectomia. Esta ocorre mais comumente devido a causas não biliares: doença do refluxo gastro-esofágico, doença úlcero-péptica, doenças do pâncreas ou fígado, intestino irritável, coronariopatia. Entre as causas biliares estão: coledocolitíase, estenose biliar traumática, disfunção do esfícter de Oddi e vesícular biliar residual. Esta última é considerada causa rara com poucos relatos na literatura médica. Relato do caso: JAMS, 37 anos, mulher, admitida em pronto-atendimento com episódios de dor em cólica no epigástrio e hipocôndrio direito associados à náuseas e vômitos. As queixas iniciaram progressivamente há 2 anos após as refeições. História de colecistectomia aberta há 18 anos por colecistite aguda. Exame físico: dor em hipocôndrio direito com defesa local. Exames laboratoriais sem alterações. Ultrassonografia: coto vesicular residual contendo duas imagens sugestivas de litíase (9,6 e 7,4 mm), com hepatocolédoco de calibre normal, sem dilatação de vias biliares. Endoscopia digestiva alta: pangastrite endoscópica leve. Colangioressonância: colecistectomia prévia e imagem sacular comunicante com hepatocolédoco (neovesícula) com imagens hipointensas compatíveis com microcálculos, sem dilatação de vias biliares. Submetida a videolaparoscopia, sendo encontrado intenso bloqueio em topografia da vesícula biliar, envolvendo omento, estômago e duodeno. Após a liberação das aderências, foi visualizada vesícula biliar residual, dissecada até identificação do ducto cístico e artéria cística, com clipamento triplo de ambas as estruturas igualmente a colecistectomia habitual. Procedido o descolamento da vesícula biliar remanescente do leito hepático com eletrocautério. A peça foi extraída pelo portal umbilical. Paciente evoluíu bem, recebendo alta hospitalar após dois dias da cirurgia. Exame anátomo-patológico: vesícula biliar com áreas de atrofia da mucosa, vasos ectásicos, focos de hemorragia e infiltrado mononuclear, compatível com colecistite crônica. Manteve-se assintomática no seguimento ambultorial. Conclusão: O relato mostra um caso em que vesícula biliar remanescente foi causa de síndrome pós-colecistectomia após 18 anos da cirurgia. O tratamento cirúrgico foi realizado inteiramente por videolaparoscopia com melhora completa dos sintomas.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2271

TÍTULO DO TRABALHO: CORREÇÃO CIRÚGICA DE LESÃO IATROGÊNICA DAS VIAS BILIARES

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOSÉ CALIXTO DA SILVA NETO1; EDUARDO LAFAYETTE MONTEIRO2; RUAN CÉSAR TEIXEIRA DE CARVALHO3; LEANDRO MAIA OLIVEIRA FERNANDES4; RONNEY ALVES BRAGA DOS SANTOS4; ALBERTO BARROS ARAÚJO4; THIAGO ALEXANDRE MACEDO DE AZEVEDO4; ROBERTO CHIANCA TEIXEIRA DE CARVALHO FILHO4. 1. FAMENE, JOAO PESSOA - PB - BRASIL; 2. HOSPITA MUNICIPAL SANTA ISABEL, JOAO PESSOA - PB - BRASIL; 3. FAMENE, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 4. HOSPITA MUNICIPAL SANTA ISABEL, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
Introdução:A remoção cirúrgica da vesícula biliar está indicada no tratamento da litíase biliar e nas suas complicações, assim como nas neoplasias. Sendo umas das causas mais temidas no pós-operatório as lesões iatrogênicas das vias biliares representam um grande desafio, visto que, sua incidência persiste em torno de 0,1 a 0,2% nas abertas e 0,4 a 0,6% nas abordadas por videolaparoscopia. O reparo cirúrgico da lesão do trato biliar pode ser tecnicamente desafiadora. A outra questão principal no reparo nas lesões iatrogênicos da via biliar refere-se ao momento do reparo cirúrgico definitivo, sendo indicado o melhor momento para o reparo 45 dias após a lesão.Relato de caso:Paciente J.B.S, 17 anos, sexo feminino, com queixa principal de dor abdominal em hipocôndrio direito, náuseas, vômitos e plenitude pós-prandial. Realizado USG abdominal total que confirmou um quadro de colelitíase, foi submetida à colecistectomia convencional, obtendo alta no 3º DPO. Após 4 dias a paciente retorna referindo dor abdominal difusa, vômitos, febre e icterícia, sendo solicitado de imediato uma TC de abdome totoal, que indentificou dilatação das vias biliares intrahepáticas e colédoco terminal e pequena quantidade de líquido. A paciente foi submetida a uma laparotomia exploradora, tendo como achados coleperitôneo, aderências supramesocólicas mais secção completa de ducto hepático direito e esquerdo junto a sua confluência. Assim, foi realizado cauteterização dos ductos hepáticos e drenagem biliar externa com sonda tubulo-laminar. Colangioressonância, identificou moderada dilatação das vias biliares intra-hepáticas e duas imagens nodulariformes, por falhas de enchimento ao nível dos ductos biliares intra-hepáticos, compatíveis com cálculos. Após 5 meses, a paciente retorna com dor epigástrica, febre e icterícia. Iniciou-se antibioticoterapia com ciprofloxacino e metronidazol por 7 dias e realizado tratamento definitivo com a confecção de anastomose hepato-jejunal dupla.Considerações finais:O presente relato de caso alimenta a discussão das complicações da colecistectomia, que são as mais variadas. Apesar de serem de baixa frequência, cerca 6,4%, seja por via convencional ou laparoscópica, estas complicações podem ter desfecho drásticos e o conhecimento de como conduzir e resolver tais situações deve ser ferrenhamente perseguido pelo cirurgião.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 641

TÍTULO DO TRABALHO: DERIVAÇÃO BILIODIGESTIVA LAPAROSCÓPICA: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: STEPHANIE ARAUJO MARQUES1; MATHEUS DE SOUZA NOGUEIRA1; GABRIELA OLIVEIRA PEIXOTO1; JÉSSICA SARAH SILVA DOS SANTOS2; JOSÉ MILTON MACHADO DO AMORIM2; THATIANY DA SILVA LIMA1; LUCAS LEAL VARJÃO3; SONIA OLIVEIRA LIMA1. 1. UNIVERSIDADE TIRADENTES, ARACAJU - SE - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE, SÃO CRISTÓVÃO - SE - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE, ARACAJU - SE - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A derivação biliodigestiva consiste em criar uma anastomose entre os canais biliares e o intestino delgado, em situações que necessitem desviar o fluxo de bile do fígado diretamente para o intestino sem passar pelo esfincter de Oddi. Geralmente isso ocorre nas obstruções por tumores ou até mesmo por lesões inadvertidas da via biliar.Relato de caso: Foi realizada uma derivação biliodigestiva em paciente de 54 anos do sexo feminino com histórico de colecistectomia há 12 anos e papilotomia há 11 anos realizada por endoscopia para tratamento de papilite. O procedimento foi realizado sob anestesia geral com paciente em decúbito dorsal e proclive, posição francesa. A derivação realizada foi a colédoco-duodenal. Esta técnica utilizada tem como vantagem ser tecnicamente mais fácil e rápida de ser realizada além de permitir o acesso da via biliar à exploração endoscópica. A anastomose biliodigestiva restabeleceu o fluxo biliar até o duodeno tratando assim o quadro obstrutivo da paciente.Conclusão: A anastomose colédoco-duodenal é considerada tecnicamente fácil quando comparada as outras formas de derivação biliodigestiva, proporciona uma boa drenagem da via biliar e é indicada para doenças benignas ou malignas da via biliar que levam à sua dilatação. No entanto, complicações como colangite ascendente, gastrite por refluxo alcalino e "sump syndrome" podem ocorrer. Esta operação é cada vez menos realizada devido aos avanços nos procedimentos endoscópicos que proporcionam resultados terapêuticos semelhantes a coledocoduodenostomia, mas com menor morbidade.

CODIGO DO TRABALHO: 2933

TÍTULO DO TRABALHO: DERIVAÇÃO BILIODIGESTVA COMO TERAPÊUTICA NA DOENÇA DE CAROLI

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANA PAULA FERNANDES DE OLIVEIRA; MARCELO COSTA AUTRAN DE ALMEIDA; FERNANDO ALBERTO DE V. VALENTE; CARLOS HENRIQUE PAIXÃO XIMENES; ISAAC TORTELOTE DOS SANTOS; RENATA ALVES CORRÊA; RENATO FERNANDES DA SILVA; ADRIANA COUTINHO GOMES; ANA LUIZA DE SOUZA THOMAZ; DANIEL FERNANDES MACHADO; FELLIPE VIANNA ESTOULLO; ALFREDO LUIZ MARTINS FONTES. HOSPITAL MUNICIPAL SOUZA AGUIAR, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVO: Relatar um caso clínico de Doença de Caroli que se apresentou com Síndrome colestática no serviço de Cirurgia Geral do HM Souza Aguiar.MÉTODO: Revisão de prontuário, exames complementares e bibliográfica.INTRODUÇÃO: As doenças císticas das vias biliares são anomalias congênitas raras. Descrita por Jacques Caroli, em 1958, a doença de Caroli é uma enfermidade hereditária, na maioria dos casos com padrão autossômico recessivo. Caracteriza-se por dilatações saculares multifocais e irregularidades dos dutos biliares intra-hepáticos com prejuízo do fluxo biliar predispondo a formação de múltiplos cálculos recorrentes, os quais podem permanecer armazenados nas dilatações císticas ou impactar-se no colédoco, ocasionando colangite.RELATO DE CASO: C.S.S, feminina, 33 anos, admitida com dor em hipocôndrio direito, icterícia, colúria e acolia fecal de início há 2 semanas. Sem comorbidades. Ao exame: ictérica (+4/+4), Murphy positivo. Laboratório com bilirrubinas 23mg/dL, direta 18mg/dL. Ultrassom com microcalculos em vesícula biliar. Tomografia computadorizada e Colangioressonância com dilatação de via biliar intra-hepática e colédoco não individualizado. Submetida a laparotomia exploradora com colangiografia intra-operatória que evidenciou ducto cístico alongado e alargado em sua base, dilatações saculares multifocais em via biliar intra-hepática, com áreas de estenose intermitente até o hepático comum. Colédoco sem alterações. Realizada colecistectomia, hepaticojejunostomia, drenagem transcística e biópsia hepática. CONCLUSÃO: O tratamento depende dos achados clínicos e da extensão das anormalidades biliares. Na colangite usa -se antibióticos e na colelitíase, ácido ursodesoxicólico. Nas anormalidades localizadas em um único lobo a lobectomia pode ser a melhor opção. No entanto, nos casos em que ocorre envolvimento difuso de ambos os lobos, o tratamento conservador é a melhor opção, com tratamento endoscópico para extração dos cálculos, ou mesmo bypass para o tubo digestivo. Em casos seletos, pode-se optar por transplante hepático. Nesta casuística optou-se pelo tratamento através da derivação da via biliar devido aos achados peroperatórios e os recursos disponíveis no serviço. Ate a finalização deste trabalho a paciente encontrava-se hospitalizada.BIBLIOGRAFIA1. William, J, Miller, AG, Sechtin, W.L, Campbell, P.C. Imaging Findings in Caroli?s Disease. Am J Roentgenol 1995;165:337- 361. 2. SABISTON, D. C. Tratado de Cirurgia. 18ª Edição. Elsevier, 2009.

CODIGO DO TRABALHO: 649

TÍTULO DO TRABALHO: Diagnóstico de trauma contuso pancreático

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CELENE BENEDITI BRAGION1; ADRIELI HELOISA CAMPARDO PANSANI2; IGOR ARANTES DE OLIVEIRA GÓES2; CIRO CARNEIRO MEDEIROS2; DANIELA TIEMI SATO2; RODRIGO SADER HECK2; RONALDO NONOSE2; DECIO LUIZ SILVA MAZZINI2. 1. UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL; 2. HUSF, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Traumas abdominais contusos acometem principalmente órgãos sólidos como baço e fígado. O trauma pancreático, além de pouco frequente, costuma ser de difícil diagnóstico e alta mortalidade, sendo que 75% das vezes o óbito ocorre nas primeiras 48h. Apresentamos um caso de trauma pancreático do nosso serviço.RELATO: TS, 14 anos, sexo feminino, vem encaminhada de outro serviço, 8 horas após queda da motocicleta, devido à dor intensa em hipocôndrio e flanco esquerdo. Ao exame: REG, descorada 2+/4+, eupneica, FC: 88, PA:100x60, abdome flácido, doloroso difusamente, DB +. Submetida à TC de abdome que evidenciou grande quantidade de líquido livre, sendo então indicada laparotomia exploradora. No intraoperatório observou-se moderada quantidade de sangue em flanco E, fossa ilíaca esquerda e pelve; ponto de sangramento ativo em mesocólon, próximo ao ângulo esplênico, associado a hematoma; ausência de lesões esplênica e hepática. Foi realizada ligadura do ponto do sangramento, abertura parcial do ligamento gastrocólico sem visualização de sangramentos, apendicectomia tática, lise de bridas e lavagem da cavidade. Paciente evolui no primeiro PO com dor importante em região epigástrica, sendo submetida à nova TC de abdome e pelve, com evidências de lesão em transição corpo caudal com descontinuação entre as partes e líquido livre peripancreático e líquido livre em goteiras parietocólicas. Realizada nova laparotomia no 2º PO com pancreatectomia distal + esplenectomia tática. No 13º PO paciente apresentava-se taquicárdica, com abdome distendido e temperatura axilar de 39° C e ao exame de imagem observava-se importante quantidade de líquido livre abdominal intracavitário e espessamento peritoneal liso e das fáscias lateroconais, pequena quantidade de líquido livre retrofascial. Realizada lavagem e drenagem da cavidade, após identificado abscesso em leito pancreático e esplênico. Paciente evolui satisfatoriamente e recebendo alta 9 dias após reabordagem. CONCLUSÃO: As lesões pancreáticas costumam ter uma alta mortalidade comparadas a órgãos por cursarem com danos além daquelas relacionadas diretamente à lesões traumáticas do órgão, como pancreatite, vasodilatação e choque, mesmo que em pequenas lesões. Ainda hoje, diante de extenso aparato diagnóstico, nos deparamos com desafios para diagnóstico e terapêutica, por isso a necessidade de constante pesquisa e estímulo para que seja aventada a hipótese precocemente, levando a uma evolução mais favorável dos casos.

CODIGO DO TRABALHO: 1443

TÍTULO DO TRABALHO: Dificuldade Diagnostica e de Manejo do Íleo Biliar

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BRUNA BERNARDES VIEIRA MAIA; DANIELA CRISTINA ENDRES; MARCIO BARBOSA DE OLIVEIRA; LAYLLA LÚCIA BORGES PINHEIRO; THIAGO DELMONDES FEITOSA; BRENDA SILVEIRA DIAS; RAQUEL COSTA BATISTA DE QUEIROZ; CELSO ROCHA DA SILVA. UNIRG, GURUPI - TO - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Alguns casos de litíase biliar podem evoluir para complicações, tais como: coledocololitiase, colangite, pancreatite aguda biliar, e mais raramente, fistula íleo biliar. De 0,3-0,5% dos portadores da doença calculosa biliar, formam uma fístula entre a vesícula e algum segmento intestinal, os cálculos passam para o trato digestivo causando obstrução intestinal, fazendo o íleo biliar.OBJETIVOS: Revisão da literatura a respeito do raro quadro de fistula íleo biliar, que muitas vezes não é incluído nos diagnósticos diferenciais dos quadros obstrutivos intestinais. Debater as controvérsias no manejo do quadro.METODOLOGIA: Revisão critica de literatura com base em artigos publicados sobre fistula íleo biliar. As buscas foram realizadas nas bases: PubMed, Bireme e Scielo, com data de publicação entre 2011 e 2016. Os artigos escolhidos podiam ser em inglês, português ou espanhol.RESULTADOS: As publicações encontradas concordam que o sexo mais acometido por íleo biliar é o feminino, entre 65-70 anos. Enquanto não ocorrer a obstrução mecânica do intestino por calculo, o quadro é assintomatico. A obstrução intestinal por calculo tende a ocorrer a nível válvula íleo cecal, quadros de obstrução intestinal tem vários diagnósticos diferenciais, o que aumenta a dificuldade diagnostica. Apenas 20-35% dos casos apresentam a tríade de Rigler (obstrução do intestino delgado, pneumobilia e calculo aberrante no trato gastrointestinal); quase sempre, o diagnostico é concluído ao visualizar a fistula no ato operatorio. A abordagem cirúrgica primaria é consenso dos autores, e consiste na desobstrução do íleo, realizando uma enterolitotomia. O tratamento definitivo envolve a colecistectomia e o fechamento da fistula íleo biliar. Alguns autores referem que o prognostico é melhor em pacientes submetidos somente a enterolitotomia, porem ate 9% destes tem recidiva. Para outros pesquisadores, a colecistectomia só deve ser realizada nos casos de colecistite gangrenosa e pedras residuais.CONCLUSÃO: Muitas vezes o diagnostico de íleo biliar é fechado após a laparotomia, pois além da baixa incidência, não tem um quadro clinico típico. Outra dificuldade do quadro é manejo, uma vez que não é consenso na literatura. Há concordancia quanto a medida emergencista de desobstrução do local obstruído, entretanto apesar de a medida corretiva aumentar o prognostico, ela aumenta a recidiva.

CODIGO DO TRABALHO: 2952

TÍTULO DO TRABALHO: DOENC?A CI?STICA DA VIA BILIAR EM ADULTO: RELATO DE CASO E REVISA?O DA LITERATURA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JEFFERSON MENEZES VIANA SANTOS; ANTONIO DANILO MOURAO MELO; ALYSSON SALES MELO; LARISSA MARTINS DE ALBUQUERQUE; IGOR TEIXEIRA ALCANTARA; LUCAS DE OLIVEIRA LIMA; YILON LIMA CHENG; FRANCISCO EUGÊNIO DE VASCONCELOS FILHO; JOÃO IVO XAVIER ROCHA. HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
Introduc?a?o: O cisto de cole?doco e? a dilatac?a?o da a?rvore biliar extra-hepa?tica, dos ductos biliares intra-hepa?ticos ou de ambos. Essas alterac?o?es sa?o associadas a uma serie de complicac?o?es, entre elas a formac?a?o de ca?lculos, colangite e cirrose biliar secunda?ria, ale?m do risco de malignizac?a?o de alguns tipos. A incide?ncia estimada dos cistos biliares e? de 1:100.000. A doenc?a ci?stica da via biliar e? uma patologia rara em nosso meio e de origem indeterminada. Seu diagno?stico frequentemente se da? na infa?ncia, embora a incide?ncia venha aumentando em adultos. Relato do caso: Paciente, 28 anos, feminino. Encaminhada com dor em abdo?men superior, associado a? na?useas e vo?mitos, com exames laboratoriais mostrando aumento dos ni?veis se?ricos de amilase e lipase, tendo recebido o diagno?stico de pancreatite aguda biliar. A paciente relatou episo?dios pre?vios semelhantes, desde os 14 anos de idade. Durante o internamento, o US de abdo?men evidenciava coledocoliti?ase, tendo sido indicado realizac?a?o de colangiopancreatografia endosco?pica retro?grada e tomografia computadorizada de abdo?men total. Durante o internamento hospitalar apresentou melhora lenta, mas gradual do quadro cli?nico, com regressa?o dos sintomas e boa aceitac?a?o da dieta, ate? que iniciou quadro se?ptico, com foco em vias biliares. Foi iniciado antibioticoterapia com Meropenem por 10 dias, com boa resposta. Permaneceu durante o internamento hospitalar com ni?veis se?ricos de fosfatase alcalina e gama glutamil transferase elevados. A indicac?a?o ciru?rgica a princi?pio para a paciente seria de colecistectomia videolaparosco?pica com explorac?a?o de vias biliares. Apo?s revisa?o do prontua?rio, discussa?o do caso e classificac?a?o da paciente como Todani IV A, indicou-se a realizac?a?o de colecistectomia e ressecc?a?o de vias biliares extra-hepa?ticas com hepaticojejunoanastomose em Y de Roux. A paciente foi submetida ao procedimento ciru?rgico, evoluindo de forma satisfato?ria no po?s-operato?rio, sem complicac?o?es maiores, como fi?stula ou deisce?ncia de anastomose. Apresentou infecc?a?o de ferida operato?ria, sem repercussa?o siste?mica. Recebeu alta hospitalar. Conclusa?o: A doenc?a ci?stica da via biliar e? uma doenc?a rara em nosso meio, principalmente em adultos, mas sempre deve ser suspeitada em paciente que apresentam dor em hipoco?ndrio direito, massa abdominal palpa?vel e icteri?cia, associado a exames de imagem que mostram dilatac?a?o das vias biliares.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1396

TÍTULO DO TRABALHO: DOENÇA DE CASTLEMAN LOCALIZADA NA CABEÇA DO PÂNCREAS: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: EDSON GONÇALVES FERREIRA JÚNIOR; LARISSA DE MELO FREIRE GOUVEIA SILVEIRA; HUGO ALESSI LIMA MARTINS SOARES; SANDRA LUCIA LODI PERES; ADALBERTO CAMPINHO CLEMENTINO FILHO; THIAGO JARDIM PEREIRA; BRENO CARVALHO CAVALCANTE. UNIVASF, PETROLINA - PE - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃODoença de Castleman (CD) é uma doença linfoproliferativa rara de etiologia desconhecida descrita inicialmente em 1954. CD localizada no pâncreas é ainda mais incomum com apenas 32 caos publicados até os dias atuais.OBJETIVONosso objetivo é apresentar um relato de caso de CD em cabeça de pâncreas e realizar uma revisão sistemática do assunto com analise retrospectiva de todos os casos anteriores publicados.MÉTODORealizamos uma revisão sistemática da literatura usando o banco de dados do PubMed. Selecionamos os artigos utilizando combinações de texto com as palavras: "follicular lymphoreticuloma, lymph node hamartoma, linfoid angiohamartoma, giantlymph hyperplasia and benign giant lymphoma, Caslteman´s disease e pancreas". Incluímos todos os artigos em portugues ou inglês que reportassem pelo menos um caso de CD no tecido pacreatico ou peripancreatico.RESULTADOSApresentamos um caso de uma paciente sexo feminino com diagnóstico incidental de tumoração em cabeça de pâncreas durante a avaliação de uma colelitíase sintomática. A ultrassonografia de abdome evidenciava tumoração em cabeça de pâncreas responsável por dilatação de vias biliares extra-hepáticas associada a colelitíase, achados confirmados por posterior colangiorressonância e ressonância de abdome superior. Submetida a laparotomia com achado de lesão de aproximadamente 5 cm em cabeça de pâncreas. Realizada enucleação da lesão com preservação de parênquima pancreático e colecistectomia. Paciente recebeu alta hospitalar no 1º dia pós-operatório. Anatomopatológico mostrou proliferação linfoide atípica. Imuno-histoquímica confirmando doença de Castelman, variante hialino-vascular.Não encontramos predileção por sexo ou tipo histologico especifico para doença localizada no pâncreas, entretanto parece haver uma predileção por populações mais idosas.O diagnóstico é geralmente feito no pós operatório pelo anatomopatológico e imuno-histoquímica que diferencia os achados de linfoma de celulas B de baixo grau. Apenas um caso de sucesso no diagnostico pré-operatorio. A doença quando acomete o pâncreas, geralmente é do tipo localizada o que determina bom prognóstico e cura pela cirurgia. Dois óbitos relacionados a doença foram publicados, porem atribuidos a coomorbidades ou tipo multissistêmico. A doença deve ser incluída no diagnóstico diferencial de tumores de pâncreas, o diagnóstico pré-operatório poderia diminuir a morbidade do tratamento.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1389

TÍTULO DO TRABALHO: DOENÇA DE CASTLEMAN: RELATO DE CASO, REVISÃO SISTEMÁTICA E ANÁLISE RETROSPECTIVA DOS 32 CASOS PUBLICADOS.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: EDSON GONÇALVES FERREIRA JÚNIOR; LARISSA DE MELO FREIRE GOUVEIA SILVEIRA; HUGO ALESSI LIMA MARTINS SOARES; SANDRA LUCIA LODI PERES; ADALBERTO CAMPINHO CLEMENTINO FILHO; THIAGO JARDIM PEREIRA; BRENO CARVALHO CAVALCANTE. UNIVASF, PETROLINA - PE - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃODoença de Castleman (CD) é uma doença linfoproliferativa rara de etiologia desconhecida descrita inicialmente em 1954. CD localizada no pâncreas é ainda mais incomum com apenas 32 caos publicados até os dias atuais.OBJETIVONosso objetivo é apresentar um relato de caso de CD em cabeça de pâncreas e realizar uma revisão sistemática do assunto com analise retrospectiva de todos os casos anteriores publicados.MÉTODORealizamos uma revisão sistemática da literatura usando o banco de dados do PubMed. Selecionamos os artigos utilizando combinações de texto com as palavras: "follicular lymphoreticuloma, lymph node hamartoma, linfoid angiohamartoma, giantlymph hyperplasia and benign giant lymphoma, Caslteman´s disease e pancreas". Incluímos todos os artigos em portugues ou inglês que reportassem pelo menos um caso de CD no tecido pacreatico ou peripancreatico.RESULTADOSApresentamos um caso de uma paciente sexo feminino com diagnóstico incidental de tumoração em cabeça de pâncreas durante a avaliação de uma colelitíase sintomática. A ultrassonografia de abdome evidenciava tumoração em cabeça de pâncreas responsável por dilatação de vias biliares extra-hepáticas associada a colelitíase, achados confirmados por posterior colangiorressonância e ressonância de abdome superior. Submetida a laparotomia com achado de lesão de aproximadamente 5 cm em cabeça de pâncreas. Realizada enucleação da lesão com preservação de parênquima pancreático e colecistectomia. Paciente recebeu alta hospitalar no 1º dia pós-operatório. Anatomopatológico mostrou proliferação linfoide atípica. Imuno-histoquímica confirmando doença de Castelman, variante hialino-vascular.Não encontramos predileção por sexo ou tipo histologico especifico para doença localizada no pâncreas, entretanto parece haver uma predileção por populações mais idosas.O diagnóstico é geralmente feito no pós operatório pelo anatomopatológico e imuno-histoquímica que diferencia os achados de linfoma de celulas B de baixo grau. Apenas um caso de sucesso no diagnostico pré-operatorio. A doença quando acomete o pâncreas, geralmente é do tipo localizada o que determina bom prognóstico e cura pela cirurgia. Dois óbitos relacionados a doença foram publicados, porem atribuidos a coomorbidades ou tipo multissistêmico. A doença deve ser incluída no diagnóstico diferencial de tumores de pâncreas, o diagnóstico pré-operatório poderia diminuir a morbidade do tratamento.BIBLIOGRAFIA:MATUSMOTO et al 2015CECKA et al 2013FU et al 2012

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 723

TÍTULO DO TRABALHO: DRENAGEM ENDOSCÓPICA DE PSEUDOCISTO PANCREATICO: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANDREIA AUGUSTA FURUKAWA OKUDA1; CARLOS EDUARDO BRAGA1; RODRIGO TADEU RODRIGUES SILVESTRE1; LUIZ GUSTAVO DE QUADROS2. 1. SANTA CASA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA DO ABC E KAISER CLÍNICA, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOOs pseudocistos pancreaticos são coleções decorrentes da inflamação e necrose pancreaticas após pancreatite crônica ou trauma pancreatico. Seu tratamento pode ser através do manejo clínico, drenagem cirúrgica, percutânea ou endoscópica. A drenagem transmural por endoscopia vem ganhando cada vez mais espaço por ser uma abordagem minimamente invasiva. RELATO DE CASOPaciente do gênero feminino, 70 anos, admitida no serviço de Cirurgia da Santa Casa de São José do Rio Preto, com quadro de dor, abaulamento e massa palpável em hipocôndrio esquerdo. História prévia de duas internações por pancreatite biliar e tomografia computadorizada de abdome evidenciando colelitíase e pseudocisto pancreatico, tratadas clinicamente em Unidade de Terapia Intensiva em outro serviço. A endoscopia digestiva alta evidenciou abaulamento em parede posterior gástrica. A ecoendoscopia visibilizou pseucisto pancreatico gigante com debris celulares em seu interior, em contato com a parede gástrica posterior. Devido a idade avançada e presença de comorbidades optou-se pela drenagem endoscópica transmural. O procedimento foi realizado com o paciente sob anestesia geral, em decúbito lateral esquerdo, antibioticoterapia com ceftriaxona. Localizou-se endoscopicamente a região de contato entre pseudocisto e parede gástrica, realizou-se incisão com uso de needle knife, procedendo-se com dilatação com balão TTS para 18mm. Debridou-se o pseudocisto com auxílio de cesta Basket e alça de polipectomia. Introduziu-se prótese de pigtail. Paciente evoluiu sem intercorrências, com alta hospitalar no quarto pós operatório. A prótese de pigtail foi retirada com oito semanas após confirmação com exames de imagem de resolução do abscesso.CONCLUSÃOA drenagem endoscópica transgástrica de pseudocisto pancreatico foi eficaz, segura e com um menor tempo de internação se comparada com o tratamento cirúrgico.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1740

TÍTULO DO TRABALHO: DRENAGEM TRANSGÁSTRICA NO TRATAMENTO DO PSEUDOCISTO PANCREÁTICO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ALEXANDRE MOULIN NAUMANN; DAVID SUCUPIRA CRISTINO; CAMILA PACHECO E SOUZA DA SILVA; GUILHERME COSTA E SILVA; STEPHANIE GIULIANNE SILVA MORELLI; MAURICIO ANDRADE AZEVEDO; CASSIANA PESSOA KOTZIAS; RODRIGO DE OLIVEIRA LIMA. COMPLEXO HOSPITALAR DO MANDAQUI, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
O pseudocisto pancreático (PP) é a complicação mais comum de pancreatite com incidência aproximada de 14,6% nas pancreatites agudas e 41,8% nas pancreatites crônicas. São as afecções mais comuns após episódios de pancreatite crônica, pancreatite por trauma e álcool induzidas. Os cistos originados das pancreatites não alcoólicas tem incidência baixa 1,6 - 4,5%. As formações císticas podem ser de origem intrapancreáticas (necrose de tecido pancreático) ou extrapancreática (acúmulo de secreção fora do parênquima pancreático), são mais frequentes no sexo masculino e na faixa etária adulta.Paciente M.V, sexo masculino, com 58 anos, com queixa de dor abdominal em faixa, de início pela manhã, de forte intensidade, refratária a analgesia, associado à náuseas, vômitos, anorexia, perda de peso de 15 kg no último mês. Relatava episódios prévios semelhantes sem busca de atendimento médico. Como antecedentes pessoais etilista crônico com consumo de destilados diariamente, tabagista 45 anos/maço, negava cirurgias ou patologias conhecidas. Solicitado TC de abdome contrastado: observou volumoso processo expansivo cístico na topografia da porção cefálica e processo uncinado pancreático, com paredes espessas e irregulares densificando a gordura adjacente, medindo cerca de 8.7 x 8.4 cm , sem aparente comunicação com o ducto pancreático principal, porém causando efeito compressivo com discreta ectasia do ducto pancreático (4mm) e moderada dilatação da árvore biliar, demais porções do parênquima pancreático de aspecto habitual. Impressão radiológica: processo expansivo cístico na topografia cefálica pancreática determinando dilatação moderada das vias biliares que no contexto clínico podendo corresponder a pseudocisto pancreático. Realizado gastrotomia transversa na parede anterior gástrica, localização da parede do pseudocisto através de punção do mesmo e aspiração de 20 ml de conteúdo líquido citrino que fora enviado posteriormente a análise laboratorial (citologia e cultura ? posteriormente negativos), incisão da parede posterior gástrica transversa de aproximadamente 8 cm comunicando a parede anterior do pseudocisto com a parede posterior gástrica, com drenagem de grande quantidade de conteúdo citrino, controle da hemostasia local.A Drenagem Laparotômica é uma técnica segura de ser realizada com alto índice de sucesso na drenagem, com baixa índice de recidiva e relativamente com pouca mortalidade e morbidade associadas.

CODIGO DO TRABALHO: 885

TÍTULO DO TRABALHO: Estenose biliar pós-trauma abdominal fechado: Relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JANAINA GATTO1; FRANCISCO SCHOSSLER LOSS2; FERNANDA KREVE2. 1. MEDICINA, TOLEDO - PR - BRASIL; 2. FAG, CASCAVEL - PR - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoAs estenoses benignas das vias biliares (EBVB), na maioria das vezes, decorrem de lesões iatrogênicas por traumatismo cirúrgico, outras doenças que podem causar são a pancreatite crônica, a colangite auto-imune associada a pancreatite auto-imune, colangite esclerosante primária, colangiopatia, HIV, entre outras, além de trauma abdominal, que é uma causa extremamente rara. Até 20% dos pacientes com estenose benigna de via biliar apresentam-se com curso indolor, apresentando-se com manifestações clínicas sutis apenas 1 ano após a lesão inicial. Por consequência disso, o diagnóstico de estenose biliar é muitas vezes perdido ou atrasado. Sendo assim, de suma importância sua identificação, evitando a ocorrência das graves complicações relacionadas a EBVB como colangite recorrente, formação de pedra e até mesmo cirrose biliar no caso de fase final da doença hepática.Relato do CasoPaciente do sexo masculino, 36 anos, com história prévia de queda de altura de 6 metros sobre objeto há 8 meses retorna apresentando dor abdominal, icterícia e colúria. Na primeira internação, foi admitido com hemopneumotórax e lesão hepática, sendo os exames laboratorias com TGP de 1680 U/L ; TGO: 1381 U/L e sua ultrassonografia de abdome total demostrando heterogenicidade hepática com área hipoecóide em lobo direito associada a liquido livre na cavidade; ausência de dilatação de vias biliares extra e intra-hepáticas. Seu tratamento foi conservador com alta da UTI após após 2 meses. Retorna, oito meses após o trauma toraco-abdominal , apresentando quadro icterícia obstrutiva. Exames laboratoriais TGP: 341 U/L ; TGO: 133 U/L ; BD: 2,77 mg/dL ; GGT: 676 U/L. Confirmada obstrução biliar por uma colangiorressonância que demostrou dilatação de vias biliares. Submetido ao tratamento por meio de uma colangiopancreatografia retrograda endoscópica(CPRE), que sem sucesso, por conta de uma estenose do ducto colédoco médio, fez-se necessaria uma abordagem cirurgica com colecistectomia e derivação biliodigestiva. ConclusãoAtualmente o uso da CPRE para o tratamento de estenoses biliares benignas tornou-se a primeira escolha, o tratamento endoscópico inclui dilatação radial com cateteres balonados, colocação de próteses e deve ser sempre tentada. Entretanto, quando houver falha no tratamento esdoscópico, a intervenção cirúrgica pela técnica de derivação biliodigestiva em Y de roux continua sendo a mais indicada.

CODIGO DO TRABALHO: 816

TÍTULO DO TRABALHO: ESTENOSE IDIOPÁTICA DE COLÉDOCO: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ERIC DE OLIVEIRA SOARES JÚNIOR1; CAROLINA DOS REIS VALADARES2; CAMILA MONTEIRO DA ROCHA3; JOÃO VICTOR PEREIRA GOMES2; ANA MARIA GARCIA4; PEDRO ERNESTO ALVES MANGUEIRA JÚNIOR5; JOÃO MANOEL SANTOS BOTELHO2; RONE ANTONIO ALVES ABREU2. 1. ITPAC, ARAGUAINA - TO - BRASIL; 2. ITPAC/FAHESA, ARAGUAÍNA - TO - BRASIL; 3. HOSPITAL REGONAL DE ARAGUAÍNA, ARAGUAÍNA - TO - BRASIL; 4. ITPAC/FAHESA, ARAGUAINA - TO - BRASIL; 5. HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAÍNA, ARAGUAÍNA - TO - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: As estenoses benignas da via biliar (EBVB) incluem todas as estenoses congênitas, adquiridas e secundárias. Em sua majoritaria parte das vezes a lesão tende a ser devido à iatrogênia, pricipalmente em decorrência da realização de colecistectomias. Em seguida vem os traumas abdominais e as cirurgias gastroduodenais. Relato de caso: Paciente de 41 anos, sexo masculino, natural de Araguaína ? TO, vítima de acidente motociclístico ocorrido em 2015, com traumatismo crânioencefálico, submetido a uma craniotomia com lobectomia a esquerda. Um ano e meio após a alta evoluiu com quadro de febre não aferida, dor abdominal e icterícia importante sendo admitido no Hospital Regional de Araguaína. Apresentava os seguintes resultado de exames laboratoriais iniciais: Hemograma com lecocitose e predomínio de neutrófilos, AST: 92,00U/L, ALT: 117,00 U/L, Gama GT: 892,00U/L, Fosfatase Alcalina: 472,00 U/L Bilirrubina total: 14,02 mg/dl, Bilirrubina direta: 8,48 mg/dl, Bilirrubina indireta: 5,54 mg/dl. Na ultrasonografia de abdome total foi evidenciando colelitíase, colecistite, coledocolitíase e dilatação das vias biliáres intra e extrahepáticas. Fora soliciatado uma Colangiopancreatografia Retrogada Endoscópica (CPRE) com objetivo terapêutico e diagnóstico. Esta apresentou uma estenose do colédoco médio/distal na inserção do ducto cístico com dilatação das vias biliares intra-hepáticas e hepatocolédoco. Realizou-se uma colangiografia intraoperatória que demonstrou falhas de enchimento importantes supeitando-se assim de presença de cálculos no interior da via biliar. Munido destas informações optou-se pela realização de uma cirurgia convencional para o caso. Conclusão: À exceção do caso, a CPRE se tornou a opção terapêutica para a maioria dos casos tornando-se assim a escolha de primeira linha. As estenoses biliares benignas são um enigma diagnóstico e as apostas em conseguir um diagnóstico precoce e preciso são elevados, devido aos custos e morbidades associadas as cirurgias desnecessárias em pacientes com etiologias benignas.

CODIGO DO TRABALHO: 1085

TÍTULO DO TRABALHO: Estratégia Diagnóstica E Conduta Cirúrgica Na Síndrome Colestática: Relato De Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ROLANDO GUTIERREZ ROSALES1; RACHEL CARVALHO COELHO2; OTÁVIO LIMA DE ARRUDA JÚNIOR2; RONE ANTONIO ALVES ABREU2; JOÃO MANOEL SANTOS BOTELHO2; OSMAR GOMES CARVALHO JÚNIOR2; YURI GUILHEM RACHID JAUDY2; DÉBORA COELHO DUARTE2. 1. ITPAC ARAGUAINA, ARAGUAINA - TO - BRASIL; 2. ITPAC, ARAGUAINA - TO - BRASIL.

RESUMO:
Introducao: A icterícia, consiste no depósito de bilirrubina(Bi) na pele e mucosas, uma vez elevadas no plasma. Esse aumento é devido a perturbações no metabolismo da Bi, sendo manifestação clínica de doenças hepáticas e não hepáticas como coledocolitíase, doenças hematológicas, neoplasias periampulares e lesões iatrogênicas, sendo a investigação etiológica mandatória. Relato de Caso: Paciente de 51 anos, masculino, com colecistectomia previa há um mês, deu entrada no Hospital Regional de Araguaína. Apresentava-se ictérico e com níveis de Bi elevados (20mg/dl) e USG de Abdome Total que evidenciou microcoledocolitíase distal com dilatação a montante sugerindo coledocolitíase residual. Na internação os níveis de Bi aumentaram ate 40mg/dl suspeitando-se de lesão iatrogênica. Foi realizada laparotomia com drenagem de vias biliares e remoção da parede posterior da vesícula remanescente e colangiografia intraoperatoria mostrando sinal de cálice invertido indicativo de cálculo no colédoco. Posteriormente uma colangiopacreatografia retrógrada endoscópica foi indicada e utilizada a técnica de Rendezvous com a passagem de fio guia pelo dreno transcístico, realizado dilatação de papila com balão hidrostático e litotripsia do cálculo, com retirada com balão extrator. A colangiografia se seguiu sem falhas de enchimento e com boa drenagem do contraste. Conclusão: colecistectomia com vesícula remanecente aumenta a chance de cálculo residual. Sabe-se que a sensibilidade da Ultrassonografia Abdominal varia de 20 a 80%, foram observados apenas microcálculos que não justificavam o grau de hiperbilirrubinemia. Foi optado a colangioressoância que possui indicação em detrimento da CPRE, uma vez que ela possui boa sensibilidade (acima de 90%), não é invasiva. Já a CPRE é o padrão outro para a avaliação da região biliopancreática, detém a maior acurácia, entre 90-100%, sendo também terapêutica e com taxas de complicação de 1 - 7%, como hemorragias, pancreatite e sepse e mortalidade em torno de 1%.

CODIGO DO TRABALHO: 2959

TÍTULO DO TRABALHO: Estratégia para o tratamento da lesão biliar após a colecistectomia: relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BRUNO LUÍS PIMENTEL FARNESE; THIAGO PAULO DE LACERDA SANTOS; JULIANO FELIX CASTRO; DOMINGOS ANDRE FERNANDES DRUMOND. HOSPITAL FELÍCIO ROCHO, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A lesão das vias biliares (LVB) é uma complicação grave após a colecistectomia. Estima-se que sua incidência seja de 0,1 a 0,2% na colecistectomia convencional e 0,4 a 0,6% na cirurgia laparoscópica. A LVB implica em grande morbidade e importante redução da expectativa de vida. O tratamento constitui em grande desafio e seu sucesso depende de vários fatores como o momento do diagnóstico, o grau da lesão e a experiência da equipe. Relato de caso: E.F.S., 19 anos, feminina, portadora colelitíase sintomática, foi submetida a colecistectomia laparoscópica em Jan/17. Evoluiu no pós-operatório imediato com dor abdominal intensa, tremor, calafrios e aumento de bilirrubinas. Encaminhada ao Hospital Felício Rocho no 4ºDPO. ColangioRM sugeriu lesão de via biliar principal. Realizada a laparoscopia devido a coleperitônio. Identificada lesão completa da via biliar principal, com clipes metálicos proximais e distais no hepatocolédoco. Foi higienizada a cavidade abdominal e contido escape de bile com objetivo de dilatação da via biliar para posterior reconstrução e posicionado dreno infrahepático. No 32º dia após a lesão, laparotomia identificou pequeno segmento do ducto hepático comum que com abertura ducto esquerdo permitiu segura anastomose com alça exclusa. A paciente evoluiu sem intercorrências e recebeu alta hospitalar no 7ºDPO. Discussão: Discute-se o melhor momento para abordagem da LVB e o tipo de reconstrução do trânsito. Estudo francês1 sugere que a abordagem tardia (após 45 dias) possui maior chance de sucesso em relação ao reparo imediato (intra-operatório) ou abordagem precoce (1-45 dias). O presente caso foi encaminhado de um pequeno centro a um hospital terciário, onde a LVB foi confirmada e abordada por uma equipe com cirurgiões experientes no manejo das vias hepatobiliares. A abordagem no 1º tempo pela laparoscopia e contenção de escape da bile permitiu dilatação das vias biliares e diminuição do processo inflamatório local. Acredita-se que tal dilatação facilite e torne mais segura a confecção da anastomose bilio-digestiva no 2º tempo. Conclusão: O tratamento das LVB mostra-se mais seguro em centros terciários com cirurgiões experientes e abordagem tardia (após 45 dias). A hepático-jejunostomia é o procedimento de escolha. A dilatação das vias biliares permite anastomose segura e maior chance de sucesso.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1734

TÍTULO DO TRABALHO: Exploração laparoscópica de vias biliares após insucesso da CPRE em tratar um caso de coledocolitíase

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FÁBIO CALANDRINI RODRIGUES; NIMER RATIB MEDREI; ANDRÉ ARAUJO DE MEDEIROS; LUIZ FLAVIO DE ANDRADE REIS; SAMARA NASER. HOSPITAL DA REGIÃO LESTE, BRASÍLIA - DF - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A conduta ideal no paciente com colecistolitíase e coledocolitíase concomitantes ainda permanece controversa. A CPRE seguida de colecistectomia é o método preferido atualmente, embora estudos randomizados tenham demonstrado que a colecistectomia associada a exploração laparoscópica das vias biliares tem eficácia e segurança semelhantes. Relato de caso: Paciente FMF, feminina, 84 anos, branca, viúva, natural de Fortaleza/CE, residente no DF há 40 anos, compareceu ao Pronto-Socorro de Cirurgia Geral com queixa de ? dor na barriga há um dia?. Paciente referia dor abdominal em hipocôndrio direito, de forte intensidade, em cólica, sem irradiação, que piorava cerca de 1 hora após alimentação, há um dia, associada a hiporexia e calafrios/febre (não aferida); Negava náuseas, vômitos, alteração de hábito intestinal e urinárias. Ao exame físico se apresentava em regular estado geral, hipocorada (+/4+), anictérica, eupneica, afebril. Abdome globoso, doloroso à palpação profunda em HD, com sinal de Murphy presente. Exams laboratoriais mostraram discreta leucocitose Bilirrubinas Totais de 1,9 mg/ dL, além de aumento das transaminases e enzimas canaliculares. Foi realizada colangiorressonância nuclear magnética que mostrou falha de enchimento em colédoco distal sugerindo presence de cálculo único, com dilatação de vias biliares a montante. A paciente foi então submetida à CPRE, na qual foi realizada papilotomia ampla e tentativa de remoção do cálculo sem sucesso. Após 7 dias foi realizada cirurgia videolaparoscópica para colecistectomia com colangiografia intra-operatória, na qual se verificou que o cálculo permanecia na via biliar. Procedeu-se à exploração das vias biliares por meio de coledocotomia, com sucesso em desobstruir a via biliar comum, comprovado por nova colangiografia ao final do procedimento. Conclusão: A conduta ideal no paciente com colecistolitíase e coledocolitíase concomitantes ainda permanece controversa. A CPRE seguida de colecistectomia é o método preferido atualmente, embora estudos randomizados tenham demonstrado que a colecistectomia associada a exploração laparoscópica das vias biliares tem eficácia e segurança semelhantes. Embora a taxa de sucesso atual da CPRE no tratamento da coledocolitíase seja de cerca de 90%, nem todos os casos são resolvidos por essa técnica. Por exemplo em casos de variações anatômicas em estômago ou duodeno, em casos de cálculos grandes e impactados, e/ou associados a estenose de vias biliares.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2922

TÍTULO DO TRABALHO: EXPRESSÃO DO RECEPTOR DO FATOR DE CRESCIMENTO EPIDÉRMICO (EGFR) COMO FATOR PROGNÓSTICO NO COLANGIOCARCINOMA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GUSTAVO GOMES GRATEKI1; RODRIGO VIEIRA GOMES2; CLARA ANTUNES FERREIRA2; ISABELA SOARES FONSECA BATISTA2; PAULA TEIXEIRA VIDIGAL2; VIVIAN RESENDE2. 1. FACULDADE DE MEDICINA DE BARBACENA, BARBACENA - MG - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O colangiocarcinoma (CCA) é um tumor maligno originado no epitélio dos ductos biliares, tem mau prognóstico e pouca resposta à quimioterapia. É considerado o segundo câncer primário mais comum no fígado. Com o aumento em sua incidência associado à falta de tratamento eficaz, pesquisas tem sido realizadas para identificar fatores que possam interferir no prognóstico e descobrir novos alvos terapêuticos. Estudos internacionais já demonstraram que a expressão do receptor do fator de crescimento epidérmico (EGFR) é fator relacionado a pior prognóstico no CCA, porém os resultados ainda são controversos. OBJETIVOS: O objetivo desse trabalho foi avaliar a expressão do EGFR, por meio de imuno-histoquímica, e verificar sua associação com fatores prognósticos e a sobrevida dos pacientes. MÉTODOS: Foram coletados dados clínicos e laboratoriais de pacientes com diagnóstico de colangiocarcinoma no período de 2008 a 2015, e as peças de resseção cirúrgica (n=30) ou biópsias (n=11) desses pacientes foram submetidas a exame histológico e estudo imunohistoquímico para avaliar a expressão do EGFR. Não houve diferença significativa na proporção entre homens (n=22) e mulheres (n=19). A média de idade dos pacientes foi de 58 anos, variando de 28 a 83 anos. Houve menor proporção de tabagistas, etilistas e de cálculos biliares. A expressão do EGFR foi considerada positiva em 28,6% dos casos e não esteve associada à classificação anatômica e nem à arquitetura papilífera ou não-papilífera. RESULTADOS: Entre os 17 casos de CCA papilíferos, 5 (29,4%) foram positivos para o EGFR e 12 (70,6%) foram negativos. A expressão do EGFR esteve associada aos casos mais avançados (estádios III e IV) e à menor sobrevida dos pacientes (média de 14,4 meses nos positivos para o EGFR e 41,8 meses nos negativos). A sobrevida global foi de 30,5 meses e a sobrevida em 12, 24 e 36 meses foi de 78,3%, 48,9% e 21,1%, respectivamente. Outros fatores que se associaram a menor sobrevida foram a localização intra-hepática dos tumores e o baixo nível sérico de bilirrubina (0 a 4 mg/dL). CONCLUSÃO: Concluímos que a expressão do EGFR nos colangiocarcinomas esteve associada a pior prognóstico, mas serão necessários estudos multicêntricos com maior número de casos para confirmar tal achado e avaliar a real importância desse receptor como alvo terapêutico.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2694

TÍTULO DO TRABALHO: FÍSTULA COLECISTO-APENDICULAR: UM EVENTO RARO.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARIA EDUARDA DA COSTA LEMOS CARAMORI; EDUARDO MENEGAT; PABLO DUARTE RODRIGUES; BRUNA HELEN BIAZI; ESTÉFANO AURÉLIO NEGRI; MARIENE CENTENO ABEL; PAULO ROBERTO OTT FONTES; FERNANDO JOSÉ SAVÓIA DE OLIVEIRA. UFCSPA, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: fístula biliar é definida como a comunicação do sistema biliar com outro órgão, cavidade ou superfície. Podem se consideradas externas (com comunicação cutânea) ou interna (bilio-biliar, bilioentérica, broncobiliar). No caso de fístulas internas, estão associadas a colelitíase em 90% dos casos. Neste artigo apresentamos um caso extremamente raro da ocorrência de fístula colecisto-apendicular. Relato do Caso: um paciente do sexo masculino de 82 anos, procurou o serviço de emergência por dor em hipocôndrio direito, náuseas, vômitos e icterícia por 3 dias. Não apresentava história de febre e emagrecimento. Submetido a Ressonância Magnética de abdômen superior com Colangiopancreatoressonância o qual evidenciou quadro de colecistite aguda e coledocolitíase. O paciente foi submetido a Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica com remoção dos cálculos e, posteriormente, encaminhado a Colecistectomia Videolaparoscópica. Durante o transperatório identificou-se trajeto fistuloso entre a vesícula biliar e o apêndice cecal, necessitando da ressecção adicional do apêndice no mesmo tempo cirúrgico, sem necessidade de conversão do procedimento. O paciente teve alta no X dia de pós operatório, sem complicações. Conclusão: nos pacientes portadores de colelitíase e indicação de tratamento cirúrgico, a realização do mesmo de forma precoce previne a ocorrência de complicações potencialmente graves como as fístulas biliares. Alta suspeição desta complicação é necessária ao cirúrgião que realiza tal procedimento, principalmente nos casos crônicos e de difícil dissecção, com o intuito de reduzir os riscos de lesões iatrogênicas.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2214

TÍTULO DO TRABALHO: FÍSTULA COLECISTOHEPÁTICA: ANOMALIA BILIODIGESTIVA DESCOBERTA NO INTRAOPERATÓRIO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOÃO PEDRO SOARES NUNES; GUILHERME SOUZA DE FARIA; GRASIELLE SILVA SANTOS; GABRIELA PARREIRA BIZINOTO; ARTELHO DE FREITAS GUIMARÃES JÚNIOR; ISADORA ARAÚJO CABRAL; JAIR PEREIRA DE MELO JÚNIOR; VICENTE GUERRA FILHO. DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DO HOSPITAL SANTA TEREZINHA DE RIO VERDE - GOIÁS, RIO VERDE - GO - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Fístulas biliodigestivas são comunicações anormais entre o próprio trato biliar ou dele com outras regiões gastrointestinais, sendo a principal causa, procedimentos cirúrgicos intervencionistas, e a mais comum, a colecistoentérica (80%). Este refere a uma anomalia biliar rara, o ducto colecistohepático, cuja incidência é inferior a 1%. Nesta fístula há o escoamento do canal hepático para o interior da vesícula, através de uma conexão, que, neste caso, foi no fundo vesicular.Relato do caso: Paciente D.O.L, 20 anos, feminino, procurou atendimento queixando-se de dor em cólica, moderada, recorrente, no epigástrio, irradiando para hipocôndrios, de início há 6 meses, desencadeada na ingesta de alimentos colecistocinéticos e associada à plenitude pós-prandial e pirose. Nega icterícia, colúria, acolia fecal, alterações de hábito intestinal, cirurgias prévias, morbidades, tabagismo, etilismo, uso de contraceptivos ou gestação prévia. Exame físico do estado geral, do aparelho cardiorrespiratório e abdominal sem alterações. Seus exames laboratoriais, como hemograma, exame de urina tipo 1, bilirrubinas totais e frações, lipidograma, ureia, creatinina, glicemia de jejum, amilase, fosfatase alcalina, gama GT, transaminases hepáticas e tempo de protrombina eram normais. A endoscopia digestiva alta evidenciou gastrite antral leve, com teste de urease negativo. À ultrassonografia de abdome, constatou-se colelitíase e nefrolitíase à direita. Procedeu-se então à colecistectomia videolaparoscópica convencional, com achado de vesícula de paredes finas; ducto cístico fino e longo, artéria cística anatômica, ambos dissecados, clipados e seccionados. Colédoco parcialmente visualizado de calibre e aspecto normais. Identificado, durante o intraoperatório, o achado de fístula colecistohepática com o fundo da vesícula, a qual foi dissecada e, após amarraduras, retirada do leito com Hook e liberada pela punção epigástrica. Não houve intercorrências no intra ou pós-operatório.Conclusão: Apesar de raras, anomalias congênitas biliares são encontradas durante o ato cirúrgico, diante da dificuldade em identifica-las no pré-operatório. Isso ressalta a importância de um conhecimento anatomofisiológico e patológico para que o cirurgião seja capaz de reconhecer uma anomalia congênita de vias biliares. Assim, reitera-se a necessidade de mais estudos sobre as mesmas, objetivando a redução de possíveis lesões iatrogênicas durante o ato operatório em achados acidentais.

CODIGO DO TRABALHO: 2363

TÍTULO DO TRABALHO: Fístula pancreática: um relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FRANCIELE TIBOLA; ISABELA RIBEIRO SIQUEIRA; FABRICIO SOUZA BITENCOURT. HOSPITAL SÃO JOSÉ, CRICIÚMA/SC, CRICIÚMA - SC - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A fístula pancreática é caracterizada por um derrame de líquido pancreático como resultado da interrupção dos ductos pancreáticos. É qualquer débito após o terceiro dia do pós operatório, maior que três vezes a amilase sérica normal. Ao desenvolver-se , ela é responsável por uma alta morbidade ao paciente.Tem como etiologia causas iatrogênicas, como as ressecções pancreáticas e as não iatrogênicas, as pancreatites.O paciente ao dar vestígios de desenvolvimento de fístula pancreática, apresenta sinais e sintomas, como: dor abdominal, distensão, diminuição do tempo de esvaziamento gástrico, febre, mudança da característica da drenagem e alterações laboratoriais.Relato de caso: V.A.C., 66 anos,feminina, nasceu e reside em Turvo/SC, agricultora,hipertensa, dislipidêmica e portadora de insuficiência venosa crônica.Paciente realizou check-up no ano de 2016 com o médico da Unidade de Saúde, e em um exame de Ultrassom-abdominal, apresentou uma lesão nodular hipoecogênica ,regular, situada ventralmente ao corpo pancreático, medindo 1x 0,9x 0,8 cm.Foi encaminhada ao Cirurgião. Realizou-se uma punção ecoguiada que como resultado evidenciou-se uma neoplasia neuroendócrina bem diferenciada de baixo grau histológico ? GRAU1, sendo então, a paciente submetida a uma pancreatoesplenectomia corpo-caudal.Após o terceiro pós operatório, paciente evolui com desconforto abdominal, náuseas e prostação, sendo então diagnosticada com uma fístula pancreática de baixo débito.Iniciamos nutrição parenteral, jejum absoluto e octreotide 0,1mg, 8/8h, sendo a paciente apresentando melhora significativa após o decimo dia de inicio desta terapia.Paciente teve alta médica, sendo após acompanhada no ambulatório de cirurgia geral, sem mais alterações clinicas significativas.Conclusão: as fístulas pancreáticas, mesmo com alta morbidade ao paciente, quando realizada a terapia de maneira eficaz, surge um bom resultado. No caso apresentado, a fístula era de baixo débito, sem muitas repercussões clínicas, sendo possível adotar a terapia medicamentosa(Octreotide) e a dietética(jejum associado a nutrição parenteral).Paciente houve um bom seguimento do tratamento e consequentemente obteve sucesso no caso.

CODIGO DO TRABALHO: 787

TÍTULO DO TRABALHO: FÍSTULA PANCREATOPLEURAL SECUNDÁRIA À PANCREATITE CRÔNICA: RELATO DE DOIS CASOS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCIO APODACA-RUEDA1; EVERTON CAZZO2; FRANCISCO CALLEJAS NETO2; FÁBIO HENRIQUE MENDOÇA CHAIM2; MARTINHO ANTONIO GESTIC2; MURILLO PIMENTEL UTRINI2; ELINTON ADAMI CHAIM2. 1. PONTIFÍCIA UNIVERISIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A fístula pancreatopleural é uma complicação rara da pancreatite crônica. O quadro clínico geralmente consiste em dispnéia, desconforto torácico, com presença de derrame pleural volumoso, recidivante, frequentemente à esquerda e com alto teor de amilase pancreática. É objetivo do presente estudo relatar dois casos de pacientes com fístula pancreatopleural por pancreatite crônica tratados no Hospital de Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Relato de Caso: Dois pacientes do sexo masculino, portadores de pancreatite crônica de etiologia alcoólica, cuja principal manifestação clínica foram sintomas respiratórios. O diagnóstico foi confirmado através da toracocentese mostrando níveis elevados de amilase (61.000 e 250.000 U/L respectivamente). A tomografia de abdome evidenciou alterações do parênquima pancreático e dilatação do ducto pancreático principal em ambos doentes. A colangiopancreatografia retrógrada endoscópica caracterizou a fístula em um dos casos. Em outro doente, foi tentado tratamento clínico com análogos da somatostatina e nutrição parenteral sem sucesso. Diante do insucesso terapêutico clínico-endoscópico em ambos doentes, foi indicado o tratamento cirúrgico. A cirurgia realizada foi a enucleação da cabeça pancreática associada à derivação pancreatojejunal em Y de Roux segundo a técnica de Frey. Os dois pacientes apresentaram remissão total do derrame pleural e atualmente encontram-se em acompanhamento ambulatorial e em uso de enzimas pancreáticas, sem sintomas dolorosos. Conclusão: A enucleação da cabeça pancreática com derivação pancreatojejunal em Y de Roux constitui-se em uma alternativa terapêutica adequada para o tratamento da fístula pancreatopleural secundária à pancreatite crônica.

CODIGO DO TRABALHO: 1414

TÍTULO DO TRABALHO: Gastrocistostomia Aberta de Pseudocisto Pancreático - Relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CAIO MONTEIRO PIMENTEL1; RENAN BRITO NOGUEIRA2; BRUNO BERNABÉ LUBRAICO1; IGOR FECURY LIMA1; LAISA ALVES DE SOUZA1; PAULO HENRIQUE RIBEIRO DE OLIVEIRA1; SAMY CHITAYAT1; FLAVIO DOS SANTOS ANTUNES2. 1. HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA DE MACAÉ/HPM, MACAÉ - RJ - BRASIL; 2. HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA DE MACAÉ, MACAÉ - RJ - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Os Pseudocistos são coleções crônicas de liquido associadas ao pâncreas. Ao contrario dos cistos verdadeiros, não apresentam revestimento epitelial. Eles ocorrem, geralmente da pancreatite alcoólica ou biliar e do trauma externo ao pâncreas e acredita-se que resultem do comprometimento dos ductos pancreáticos. Embora a maioria das coleções pancreáticas agudas desapareça espontaneamente, algumas não o fazem, e as secreções ricas em enzimas incitam uma resposta inflamatória local e formam uma parede ou capsula ? Pseudocisto-. Tradicionalmente, um pseudocisto era definido como qualquer coleção de liquido que persiste por mais de 4 a 6 semanas e desenvolve uma capsula inflamatória que permitiria uma drenagem cirúrgica interna. A tomografia computadorizada (TC) é o exame padrão ouro para o diagnóstico de pseudocisto pancreático. RELATO DE CASO: Homem, 38 anos, negro, etilista pesado, procurou ambulatório de cirurgia geral com relato de diversas internações por quadro de pancreatite alcoólica (uma delas com internação de 3 meses em CTI pela gravidade do quadro), queixando-se na consulta de massa abdominal em região epigástrica, saciedade precoce e náuseas, submetido a TC abdome que evidenciou formação expansiva, hipodensa e regular na topografia de cabeça de pâncreas, medindo 69x68,3mm, com densidade líquida e impregnação parietal pelo meio de contraste.O paciente foi submetido a laparotomia e evidenciado pseudocisto com secreção esbranquiçada, inodora em seu interior. Realizado gastrocistostomia da parede posterior do estômago com pseudocisto, em plano único, sem intercorrências. No pós-operatório paciente evoluiu com íleo metabólico e ascite, apresentou melhora após prócinéticos e uso de albumina sendo realizada alta hospitalar após 10 dias de internação. CONCLUSÃO: A maior parte dos pseudocistos tem resolução espontânea, contudo podem ocorrer complicações agudas como infecção, rotura e sangramento, em complicações crônicas como obstrução biliar, trombose de veia esplênica ou porta e dificuldade no esvaziamento gástrico. Nestes casos, o tratamento de drenagem cirúrgica, percutânea ou endoscópica está indicado. O tratamento cirúrgico tem sido uma boa opção em virtude da dificuldade de acesso aos métodos endoscópicos no sistema único de saúde.

CODIGO DO TRABALHO: 2002

TÍTULO DO TRABALHO: GLUCAGONOMA NÃO FUNCIONANTE: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RAFAEL KRIEGER MARTINS1; RODRIGO ALTENFELDER SILVA1; ADHEMAR MONTEIRO PACHECO JR.2; MARCOS BELOTTO DE OLIVEIRA1; ANDRE DE MORICZ1; MAYA CHAIMOVITZ SILBERFELD2; GIULIANA OLIVI TANAKA1; BRUNA DE PAIVA ANACLETO2. 1. IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SÃO PAULO, SAO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoOs tumores neuroendócrinos são entidades raras na prática médica, com incidência na população em torno de 2.5 ? 5 /100.000 habitantes. Em se tratando do pâncreas são formas incomuns e heterogêneas dessas neoplasias, sendo divididos em funcionantes e não funcionantes. Dentre os tumores funcionantes, os glucagonomas têm uma marcada raridade, com incidência de 0,01-0,1 de casos/100.000 habitantes. A maioria apresenta quadro clínico inespecífico: dor abdominal, náuseas, vômitos e anemia. Os glucagonomas apresentam-se principalmente com: Eritema necrolítico migratório, perda de peso, diabetes mellitus/intolerância à glicose e anormalidade em mucosa, sendo que a maioria dos pacientes já apresenta metástases ao diagnóstico. O diagnóstico de tumores neuroendócrinos é feito por meio de marcadores tumorais, quadro clínico, exame de imagem e histopatologia. Existem poucos casos relatados na literatura de glucagonomas silenciosos, que em geral são achados incidentais.???????Relato de caso Paciente do sexo masculino de 60 anos, antecedente pessoal de HAS, queixa-se de dor abdominal há 1 ano, associada a distensão abdominal, meteorismo, constipação intestinal e perda de 7kg em 6 meses, com dor a palpação em epigástro e com massa palpável em flanco esquerdo. Exames laboratoriais e marcadores tumorais sem alterações.A tomografia evidenciou formação nodular circunscrita com realce hipervascular em cabeça de pâncreas e formação cística retroperitoneal, de paredes finas e conteúdo homogêneo, medindo aproximadamente 30,5x27,3x26cm.No primeiro tempo cirúrgico identificou-se o cisto, com drenagem de seu conteúdo, identificação de sua origem mesentérica e exérese da cápsula. No segundo tempo, realizou-se duodenopancreatectomia com preservação pilórica. O pós operatório ocorreu sem intercorrências. O anatomo patológico da peça revelou neoplasia neuroendócrina do pâncreas grau 2 ,com índice proliferativo de 5% e produtor de glucagon e sinaptofisina.ConclusãoO caso relatado apresenta o quadro clínico de um paciente com Cisto de Mesentério de grandes proporções, cuja investigação diagnóstica resultou no achado de um glucagonoma silencioso.Ambas entidades são raras, sendo a incidência do cisto estimada em 1/100.000 e 1/250.000 admissões hospitalares. Para o doente em questão tal associação foi crucial, uma vez que propiciou diagnóstico de uma entidade neoplásica em estágios iniciais, passível de cura e bom prognóstico.

CODIGO DO TRABALHO: 1069

TÍTULO DO TRABALHO: Hemangioma Cavernoso Pancreático em pós-operatório tardio de transplante renal.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CAROLINE PETERSEN DA COSTA FERREIRA; CARLOS VICTORIA NETO; ANDRE DE MORICZ; ADHEMAR MONTEIRO PACHECO JR.; RODRIGO ALTENFELDER SILVA; VICTOR SUBYUNG LEE; FABIANA TOLEDO BUENO PEREIRA; LAURA CAROLINA LOPEZ CLARO. FCMSCSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução Hemangioma pancreático é uma neoplasia sólida primária incomum de difícil diagnóstico devido aos sinais inespecíficos que o paciente apresenta. As características clínicas e imaginológicas podem ser sugestivas de outras lesões como neoplasias neuroendócrinas e sólido-císticas pseudopapilares. Existem poucos casos na literatura, ocorrendo principalmente na infância e no sexo feminino. Apresentamos o caso de uma paciente imunosuprimida, que foi submetida à pancreatectomia corpo-caudal por uma lesão de 9,0 cm, com diagnóstico final de hemangioma cavernoso.Relato de CasoC.M.N., feminina, 68 anos, com quadro de cólica abdominal, diarreia secretória, hiporexia e perda de peso. Apresentava hipertensão arterial sistêmica, hipotireoidismo e um transplante renal 17 anos antes, em uso de imunossupresores. Palpava-se tumoração em hipocôndrio esquerdo. À Tomografia computadorizada de abdome evidenciava-se nódulo heterogêneo com calcificação parietal caudal de 6,8 cm x 5,8 cm. A Ressonância de abdome revelou formação expansiva sólido-cística heterogênea e circunscrita, com calcificações periféricas, no segmento caudal medindo 9,0 cm x 6,4 cm. A eco-endoscopia com punção demonstrou lesão hipoecóica, irregular e heterogênea, com áreas císticas, medindo 6,8 cm x 5,8 cm, sem invasão vascular e linfonodomegalia, sendo descrita como linfocele. Por suspeita de tumor neuro-endócrino, indicou-se pancreatectomia corpo-causal com esplenectomia. A peça cirúrgica tinha 10,0 x 8,5 x 8,0 cm, com superfície lisa e coloroção heterogênea, com pequena faixa de tecido pancreático, sendo o restante constituído por tumor heterogêneo com áreas sólidas e císticas com conteúdo hemorrágico. Histologicamente, apresentava proliferação de lacunas vasculares irregulares de tamanhos variados, preenchidas por hemácias e sem atipias celulares do endotélio. O estudo imunohistoquímico foi positivo para CD34, confirmando origem vascular. Conclui-se se tratar de um hemangioma cavernoso em corpo e cauda de pâncreas. Conclusão Devido à peqeuna quantidade de casos publicados na literatura somada as características inespecíficas desse raro tipo de lesão é difícil estabelecer um diagnóstico precoce. A relação entre imunossupresão e o desenvolvimento de hemangiomas é ainda mais rara de modo a suscitar dúvida quanto sua correlação.

CODIGO DO TRABALHO: 1832

TÍTULO DO TRABALHO: HEMATOMA INTRAMURAL DE DUODENO SECUNDÁRIO À PANCREATITE: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOAO HENRIQUE BOTTO DE OLIVEIRA1; RAIZA SAMEICA ESPER1; RODRIGO CAMPOS OCARIZ1; FLORA SPECIAN SARTORI1; LUCAS MARCELO DIAS FREIRE2; FRANCISCO CALLEJAS NETO2; EVERTON CAZZO2. 1. CENTRO MÉDICO DE CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL; 2. UNICAMP, CAMPINAS - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O hematoma duodenal intramural espontâneo é uma doença incomum e geralmente relacionada à terapia anticoagulante. Outras causas incluem várias doenças pancreáticas, colagenoses, úlceras pépticas e aneurisma pancreaticoduodenal.Objetivo: Descrever um caso de hematoma intramural duodenal causado por episódio de agudização de pancreatite crônica.Resultados: JCAP, masculino, branco, 43 anos, etilista crônico há 25 anos (2 litros de destilados/dia). Antecedente de pancreatite aguda há 5 anos. Queixa de forte dor típica há 3d e melena. À admissão tinha leucograma = 15mil/uL, hemoglobina = 16g/dl, amilase = 99U/L. Fez CT com sinais de pancreatite crônica e volumoso hematoma submucoso duodenal desde o bulbo até a 3ª porção com sangramento ativo intramural em território de artéria gastroduodenal. À EDA: duodeno com grande hematoma submucoso, sem sangramento ativo para a luz. Hb de controle de 12g/dl; indicada angioembolização de a. gastroduodenal. Após o procedimento, houve piora da dor; CT evidenciou abdomen agudo perfurativo. À laparotomia: duodeno isquêmico com hematoma volumoso de parede e rotura duodenal de 6cm de extensão do bulbo até o arco,e pancreatite aguda. Feita rafia duodenal, exclusão pilórica e gastroenteroanastomose em Y de Roux. Paciente evolui com fístula duodenal de alto débito. Iniciado tratamento com NPP, octreotide e antibioticoterapia, evoluindo com regressão em 9 dias. CT de controle mostrou regressão do hematoma e manteve pancreatite crônica, sem agudização. EED mostrou exclusão pilórica e gastroenteroanastomose pérvia. Seguido por 1 mês sem intercorrências.Conclusões: Uma das complicações mais raras e fatais da pancreatite é o sangramento espontâneo de vasos intestinais. Ocorre erosão de vasos por extravasamento de enzimas preoteolíticas. Os sintomas incluem dor, melena, hematêmese e sangramento retroperitoneal. O diagnóstico inclui EDA, CT e angiografia. As terapias incluem reparo cirúrgico, endoscópico e técnicas endovasculares. A embolização arterial é a mais recomendada no manejo dos sangramentos. Cirurgia deve ser considerada apenas em pacientes hemodinamicamente instáveis. O presente caso demonstra a necessidade de alto grau de suspeição para o diagnóstico de sangramentos causados por pancreatite, além da possibilidade de complicação grave e rara após embolização (perfuração visceral), com necessidade de rápida intervenção.

CODIGO DO TRABALHO: 1130

TÍTULO DO TRABALHO: HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPÁTICO COMO COMPLICAÇÃO DE COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PEDRO OLIVEIRA DE MENEZES QUITETE DE CAMPOS; MARCELO AUGUSTO F. RIBEIRO JR.; STEPHANIE SANTIN; OTTO MAURO DOS SANTOS-ROSA; PAULA BERGAMASCO DA SILVA; BETINA NOVAES LISBOA; ISABELLA HELENA MARTINS TEODORO. UNISA-SP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoA colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) é utilizada em grande escala atualmente para o tratamento das doenças biliares. As principais complicações descritas são a pancreatite, colangite, perfuração e hemorragia, que tem taxa de mortalidade menor que 1%. O hematoma subcapsular hepático é uma complicação rara e pouco descrita. O objetivo desse caso é relatar hematoma subcapsular hepático como complicação rara de CPRE e revisão da literaturaApresentação do casoL. S. G., 47 anos, sexo feminino, procurou o serviço, referindo dor em cólica no hipocôndrio direito com irradiação para o dorso há 4 dias, associado a icterícia e colúria. Ao exame físico apresentava-se ictérica +/4+, com dor a palpação em hipocôndrio direito e sinal de Murphy negativo. Foi procedido a investigação diagnóstica a qual resultou num diagnóstico de coledocolitíase.Após o diagnóstico foi então solitada uma CPRE de caráter terapêutico, durante o procedimento foi feito uma papilotomia ampla, observando após a papilotomia saída de bile escura e secreção purulenta. Para a retirada de um cálculo impactado no colédoco foi utilizado balão dilatador de 18mm sendo o procedimento realizado com dificuldade. No pós-operatório o paciente evoluiu com vômitos, náuseas e dor abdominal difusa. No segundo dia de evolução, a paciente apresentou queda de Hb, com valor de 5,6 g/dL, necessitando de transfusão sanguínea.Solicitado então nova TC de abdome total, que foi realizada sem o uso do contraste intravenoso devido a função renal da paciente. Nas imagens da TC foi observado importante hematoma subcapsular hepático como identificado nas figuras 1 e 2.Durante a evolução, paciente apresentou piora do quadro e evoluiu com choque séptico, piora das escórias nitrogenadas refrataria as medidas, com irreversibilidade do quadro e evolução ao óbito no 7º dia pós-operatório.ConclusãoO hematoma subcapsular hepático é uma complicação potencialmente fatal, rara e deve ser sempre considerado na presença de dor abdominal persistente associada à hipotensão e taquicardia após a CPRE. Devido à raridade dessa intercorrência, a patogênese continua incerta, sendo necessário maiores estudos para determiná-la. Na maioria dos casos, o tratamento conservador é suficiente. Se necessário intervir, a drenagem percutânea é um tratamento eficaz. A abordagem cirúrgica é aconselhável em caso de risco de ruptura do hematoma, sinais de peritonite e presença de líquido livre abdominal.?

CODIGO DO TRABALHO: 1148

TÍTULO DO TRABALHO: Hemobilia traumática: Relato de caso e revisão de literatura

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LARISSA RODRIGUES FREESZ; VINICIUS COELHO MACHADO SILVA; PEDRO HENRIQUE MATOS GONÇALVES; ELIAKIM MASSUQUETO ANDRADE GOMES DE SOUZA; PAULO ROBERTO LIMA CARREIRO. HOSPITAL UNIMED BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVO O trauma é um dos maiores problemas de saúde pública, sendo a principal causa de morbimortalidade na população pediátrica. Cerca de 80% dos traumas pediátricos são contusos, decorrentes de acidentes automobilísticos, bicicletas e quedas. O tratamento conservador é possível na maioria dos casos de lesões de vísceras maciças em pacientes pediátricos, e a intervenção cirúrgica é necessária em apenas 4% dos casos de trauma hepático. Contudo, o tratamento conservador é sujeito a complicações precoces e tardias, o que justifica o seguimento dos pacientes.O objetivo deste trabalho é apresentar um caso de trauma hepático em criança abordado de forma conservadora, que evoluiu com hemobilia. MÉTODOS As informações foram obtidas por meio de revisão de prontuário, entrevista com o paciente, registro fotográfico dos métodos diagnósticos e revisão de literatura. RESULTADOS E.R.A., 6 anos de idade, sexo feminino, foi vítima de trauma abdominal fechado após queda de bicicleta. Ao exame físico, foi observado "sinal do guidão". Tomografia computadorizada evidenciou lesão hepática grau IV, sem escape de contraste. Foi optado por tratamento conservador com monitorização e avaliação seriada. A paciente evoluiu sem intercorrências durante a internação, e recebeu alta hospitalar após 7 dias, com seguimento ambulatorial.No décimo segundo dia após o trauma, a paciente foi readmitida devido a dor abdominal, vômitos borráceos e melena. Ao exame, apresentava-se estável hemodinamicamente, sem irritação peritoneal. Tomografia computadorizada evidenciou hemobilia. Doppler hepático identificou pseudo-aneurisma da artéria hepática. Foi optado por tratamento através de embolização arterial.A paciente apresentou resolução do quadro, e recebeu alta hospitalar após 7 dias do procedimento. CONCLUSÃO A lesão hepática secundária a trauma abdominal fechado na população pediátrica possui bons resultados com o tratamento conservador, sendo baixas as taxas de abordagem cirúrgica e de complicações. Nesses pacientes, a hemobilia é uma complicação rara, e o tratamento com técnicas minimamente invasivas apresenta bons resultados.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1810

TÍTULO DO TRABALHO: HEMOSSUCUS PANCREATICUS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: IDVALDO SALAZAR MARTINS MESSIAS1; FELIPE MARTINS DEVAI2; CAMILA ABELHA BINATTO2; HISASHI AOYAGI2; CAROLINA BARROS DA ROCHA2. 1. HOSPITAL MUNICIPAL DR CARMINO CARRICHIO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL MUNICIPAL DR CARMINO CARRICHIO, SAO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
RESUMO:O Hemossucus pancreáticos é uma causa de hemorragia digestiva alta. A etiologia mais frequente e a ruptura de um aneurisma de artéria esplênica associado a uma pancreatite aguda ou crônica. Outras causas seriam a pancreatolitíase e o pseudocisto de pâncreas. É mais frequente em homens e está relacionada a ingestão de álcool. O tratamento muitas vezes é tardio pela dificuldade em se fazer o diagnóstico.Palavras chave: hemosuccus pancreaticus, pseudohemobilia, wirsunrragia INTRODUÇÃOHemosuccus pancreaticus é uma causa de hemorragia gastrintestinal secundária à ruptura de um aneurisma ou pseudo-aneurisma da artéria esplênica ou de seus ramos, no interior do ducto pancreático. Menos comumente, as artérias gastroduodenal e hepática estão envolvidas (Viana; Ishikawa; Menezes, 2005). O alcoolismo tem sido descrito como a principal causa de pancreatite com complicação vascular e sangramento gastrintestinal espontâneo (Eckhauser et al,1980). Já nos casos de etiologia biliar a formação de pseudocisto e pseudo-aneurisma é menos frequente. O primeiro caso foi relatado por Lower E Farrel (1931). Sandblon (1970) foi o primeiro a descrever um caso de ruptura de aneurisma para o ducto de Wirsung. O relato clinico mostra a condução de um caso, de paciente admitida no pronto socorro com hemorragia digestiva persistente, icterícia e história de pseudocisto pancreático, com internações anteriores pelo mesmo motivo e exames inicialmente sem anormalidade.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2135

TÍTULO DO TRABALHO: HETEROTOPIA PANCREÁTICA EM PAPILA DUODENAL, UM RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: NATÁSSIA ALBERICI ANSELMO; FERNANDA FORTUCI RESENDE BOTELHO; CARLOS DARIO DA SILVA COSTA; PAULO EDUARDO ZERATI MONTEIRO; RAPHAEL RAPHE. FACERES, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Heterotopia pancreática é uma anomalia congênita definida pela presença de tecido pancreático sem continuidade com o pâncreas, de patogenia pouco conhecida. Normalmente, é um diagnóstico de achado de imagem, visto que é uma patologia assintomática. RELATO DE CASO: LROC, sexo feminino, 63 anos, encaminhada de outro serviço com diagnóstico de pancreatite aguda (PA) leve. Antecedentes: revascularização do miocárdio, colecistectomia laparotômica há 30 anos, Diabetes Mellitus, HAS e dislipidemia. Exame físico: anictérica, abdome flácido, RHA presente, indolor à palpação e sem visceromegalias palpáveis. Exames laboratoriais significantes, GGT 584 (46 U/l). Ressonância Magnética (RM), evidenciado cálculo no ducto colédoco, promovendo dilatação a montante e pâncreas sem alterações. Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE), sem sucesso na cateterização da papila devido a um possível processo inflamatório local, com biópsia mostrando heterotopia pancreática. Permaneceu internada mantendo elevados os valores de GGT. Em nova CPRE programada após 10 dias,evidenciado dilatação de colédoco e coledocolitíase de grandes dimensões, com realização de papilotomia, porém sem sucesso na retirada de cálculos. Optado por intervenção cirúrgica eletiva, no entanto, paciente apresentou quadro de colangite (dor abdominal, febre e icterícia), com hipotensão e oligúria, sendo admitida na UTI. A paciente tinha um quadro crescente de bilirrubina, às custas de bilirrubina direta, sendo realizada exploração de vias biliares com retirada dos cálculos e hepaticojejunostomia em Y de Roux. Pós-operatório (PO) sem intercorrências, alta no 6º PO, com queda crescente de bilirrubinas. Atualmente, em acompanhamento ambulatorial assintomática e enzimas normalizadas. CONCLUSÃO: A heterotopia pancreática é uma apresentação rara e pouco sintomática. Seu diagnóstico frequentemente se dá por achado de exame. Uma localização no duodeno e ainda uma obstrução de vias biliares, como no caso apresentado, mostra-se ainda mais rara.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 329

TÍTULO DO TRABALHO: Icterícia obstrutiva causada por cistadenoma biliar extra-hepático: relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LARISSA RODRIGUES FREESZ; BRUNO RIGHI RODRIGUES DE OLIVEIRA; VICTOR BILMAN; IVANA DUVAL DE ARAÚJO. HOSPITAL UNIMED BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoCistadenomas biliares são tumores benignos raros, que correspondem a menos de 5% de todos os cistos hepáticos, e apresentam um potencial de malignidade. A maioria dos casos deriva do sistema biliar intra-hepático, e menos de 10% se origina da árvore biliar extra-hepática. O presente estudo relata o caso de uma mulher que apresentou icterícia obstrutiva causada por um cistadenoma biliar de origem extra-hepática. Relato de casoMulher, 41 anos, apresentou icterícia obstrutiva de 3 semanas de evolução, associada a perda de peso, prurido, dor epigástrica recorrente e inapetência. Revisão laboratorial mostrou bilirrubina total de 14,2 mg/dL e bilirrubina direta de 12,1 mg/dL. TGO e TGP apresentavam-se com valores dentro da normalidade.Ultrassonografia abdominal mostrou intensa dilatação de vias biliares intra-hepáticas, sem evidência de cálculos. Tomografia Computadorizada e Ressonância Nuclear Magnética confirmaram a dilatação, e revelaram estenose abrupta na junção entre ductos biliares esquerdo e direito e ducto hepático comum. Não foram identificadas massas expansivas de vias biliares. O ducto hepático comum apresentava-se com calibre normal.A paciente foi submetida cirurgia para ressecção da lesão com posterior anastomose dos ductos hepáticos direito e esquerdo. Análise da peça revelou cistadenoma biliar extra-hepático.A recuperação da paciente foi satisfatória e sem intercorrências. Até a consulta de seguimento pós-operatório de 2 meses, apresentava-se assintomática, sem evidência clínica ou ultrassonográfica de recorrência. Os níveis de bilirrubina total caíram para 0,7 mg/dL com valor de bilirrubina conjugada de 0,5 mg/dL. ConclusãoMenos de 10% dos tumores císticos biliares originam-se da árvore biliar extra-hepática. O cistadenoma biliar geralmente é identificado em exames de imagem como uma lesão hepática cística e multilocular, em mulheres de meia idade. A apresentação clínica do cistadenoma biliar pode variar significativamente, com sintomas não específicos como dor abdominal, distensão e massa epigástrica palpável. Sintomas de icterícia obstrutiva são raros e ocorrem tipicamente nos cistos de origem extra-hepática, mas sem correlação com doença maligna. Devido ao seu potencial de malignidade, o cistadenoma biliar deve ser tratado de forma radical, com ressecção total. Outras formas de tratamento não estão indicadas.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1654

TÍTULO DO TRABALHO: ÍLEO BILIAR - UM RELATO DE CASO NO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA EM MACAPÁ 2017

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOAO DA SILVA JUNIOR1; WANDERSON WILLIAN DOS SANTOS DIAS2; BRUNO DA SILVA PINGARILHO3; SAMUEL LAUER FILHO3; ANTONIO WALTER RAYMONDI LIZANA3; ELINALDO DA CONCEIÇÃO DOS SANTOS3; TAMIRES IEMES VICHIATOFF4; HELUZA MONTEIRO DE OLIVEIRAF3. 1. FAMEMA, MARÍLIA - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL CRISTO REDENTOR, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 3. UNIFAP, MACAPÁ - AP - BRASIL; 4. UNIMAR, MARÍLIA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O Íleo biliar é complicação rara da colecistite decorrente de uma comunicação anormal entre a via biliar e o tubo digestivo a qual permite a migração de um cálculo biliar volumoso para a luz entérica. É responsável por 1% a 4% de todos os casos de obstrução intestinal mecânica e apresenta maior prevalência em pacientes com mais de 65 anos. O presente caso relata. O presente caso relata a história de um paciente com 38 anos de idade com historia previa de colelitase que evolui com quadro de íleo biliar.Relato de caso: Paciente sexo másculo, D.M.E 38 anos, procurou atendimento no serviço de emergência por apresentar história de dor abdominal difusa há quatro dias, tendo esta se intensificado nas 24 horas precedentes, associada a náuseas, vômitos e distensão abdominal. Relata episódios anteriores autolimitados de dor abdominal em região epigástrica e em hipocôndrio direito. Historia médica pregressa de colelitíase diagnosticada há 02 anos, com episódios frequentes de dor em hipocôndrio direito, autolimitado, nega ter realizado cirurgias anteriores e ou abdominais prévias. Na avaliação da admissão, paciente apresentava-se desidratado, discretamente hipocorado, taquipnéico, levemente taquicárdico e normotenso. Abdome difusamente doloroso à palpação, com redução dos ruídos hidroaéreos e descompressão brusca dolorosa presente. Exames laboratorias o hemograma com leucocitose (18.000cel/mm3 sendo 78% de segmentados, Ht, Hb, plaquetas e eletrólitos normais. A radiografia de abdome evidenciou distensão e níveis hidroaéreos em alças do intestino delgado e o Rx de tórax não apresentava alterações. Diagnosticou-se como abdome agudo e iniciado as medidas de suporte com reposição volêmica, introdução de sonda nasogástrica e solicitado avaliação da equipe de cirurgia geral.Conclusão: Paciente avaliado pela equipe de cirurgia geral onde optou-se pela laparotomia com acesso mediano, durante o ato operatório foi identificado corpo estranho em região de íleo terminal sem sinais sofrimento de alça a 30cm da válvula ileocecal onde foi realizado enterostomia mais retirada de calculo biliar de 3 cm aproximadamente e enterorrafia e posterior lavagem de cavidade abdominal e administração de antibioticoterapia com ceftriaxone e metronidazol encaminhado para enfermaria com evolução clinica favorável e alta hospitalar com dez dias.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 3084

TÍTULO DO TRABALHO: Íleo Biliar : Relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: TATIANE CRISTINA OLIVEIRA GIGEK1; JOAO PAULO GALLETTI PILON1; RAFAEL BALDISSERA CARDOSO2; RENATA BONADIO GONÇALVES3; RONE EDER DE SOUZA SILVA2; SAYARA STEFANI GOUBETI MELOCRA3. 1. UNIMAR, MARILIA - SP - BRASIL; 2. UNIMAR, MARÍLIA - ES - BRASIL; 3. UNIMAR, MARÍLIA - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOEm sua maioria o Íleo Biliar é assintomática, mas em alguns casos os pacientes podem tornar-se sintomáticos ou ter complicações. Uma das complicações mais raras é a evolução para abdome agudo obstrutivo através de uma fístula entre a vesícula e algum segmento intestinal, ocorrendo a passagem dos cálculos para o trato digestivo, denominado Íleo biliar.RELATO DE CASO M.L.R.R, mulher, 82 anos, admitida no Hospital Universitário da UNIMAR queixando-se de dor abdominal difusa de forte intensidade há quatro dias com intensificação há um dia associada a náusea e diversos episódios de emêse. Associado ao quadro refere constipação, ausência de eliminação de flatos há três dias e anorexia. Antecedentes pessoais de hipertensão, insuficiência venosa e colelitíase. Ao exame físico apresentava-se desidratada, eupneica, com frequência cardíaca de 80 bpm e normotensa. Abdome doloroso à palpação, com ruídos hidroaéreos diminuídos e DB positiva. Murphy negativo. Os exames laboratoriais evidenciaram leucocitose sem desvio e alterações dos níveis de uréia e creatinina. A radiografia de abdome evidenciou distensão e níveis hidroaéreos em alças do intestino delgado. A TC mostrou aerobilia, distensão da câmara gástrica e de alças de intestino delgado, com redução abrupta do calibre na região do mesogástrio confirmando a hipótese de abdome agudo obstrutivo mecânico por cálculos biliares. Com o diagnóstico de abdome agudo obstrutivo foi iniciado reposição volêmica e introduzida sonda nasogástrica. A paciente então foi encaminhada para avaliação da equipe de cirurgia que optou por manter a sonda por um dia com posterior laparotomia exploratória.DISCUSSÃO E CONCLSÃO:O Íleo biliar ocorre em aproximadamente 0,5% dos casos de colecistite aguda. Sua evolução consiste num episódio prévio de colecistite aguda, seguido de inflamação nos tecidos da vesícula biliar, formando aderências entre esta e o intestino delgado. O cálculo responsável produz erosão através das paredes,formando uma fístula colecistoentérica. Ocorre então migração do cálculo para a luz intestinal, até que haja impactação e obstrução. A radiografia de abdome pode fechar o diagnóstico demonstrando a clássica Tríade de Rigler. O exame de imagem com maior importância diagnóstica é a TC contrastada. O tratamento de escolha é a colecistectomia com correção das fístulas. Deve ser sempre considerado como diagnóstico diferencial em pacientes com obstrução intestinal, principalmente em idosos e do sexo feminino.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2769

TÍTULO DO TRABALHO: Íleo biliar no abdome agudo obstrutivo ? relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CAROLINA COUTO MAGALHÃES CAMARGO BARBOSA1; PRISCILA SCHUINDT DE ALBUQUERQUE SCHIL2; PAULA RAMOS CARNEIRO2; RICARDO NAEGELE STAFFA3; MARIA FERNANDA CHIERA DI VASCO FREITAS3; JOSE LUIZ COLARES LEAO3. 1. UNIVERSIDADE ANHEMBI MORUMBI, SANTOS - SP - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE ANHEMBI MORUMBI, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 3. HOSPITAL GERAL DE GUARULHOS, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoO íleo biliar é uma causa rara de abdome agudo obstrutivo, originado pela passagem de cálculos do trato biliar ao lúmen intestinal através de uma fístula. Os principais locais de oclusão são o íleo terminal e válvula ileocecal. Apresenta-se em pacientes acima dos 65 anos e do sexo feminino.Entidade de difícil diagnóstico, pois cursa com sintomas inespecíficos, sendo em 50% dos casos diagnosticado durante a laparotomia exploradora. O RX de abdome pode apresentar a tríade de Rigler (aerobilia, níveis hidroaéreos e presença de cálculo ectópico). A TC identifica aerobilia, fístula colecistoduodenal, oclusão intestinal, local e tamanho do cálculo.O tratamento consiste em enterolitotomia, colecistectomia e reparo da fístula (one-stage surgery), enterotomia com colecistectomia em segundo tempo (two-stage surgery) ou enterectomia.Caso clínicoMulher, 66 anos, deu entrada no Pronto Socorro do Hospital Geral de Guarulhos, com queixa de dor abdominal há 4 meses. Com piora do quadro há 48 horas, apresentava cólica difusa, associada à náuseas, vômitos e diarreia. Antecedente pessoal de HAS e nega cirurgias abdominais prévias. Encontrava-se em regular estado geral, desidratada, abdome globoso, flácido, difusamente doloroso à palpação, com defesa e descompressão brusca presentes.Na TC de abdome, apresentava aerobilia, distensão de alças de delgado e imagem arredondada em topografia de delgado. Realizado diagnóstico de abdome agudo obstrutivo por íleo biliar, sendo indicada a laparotomia exploradora. Realizada com incisão mediana supra e infra-umbilical; identificado fibrose pérvia em intestino delgado a 55 cm do ângulo de Treitz e cálculo impactado a 120 cm do ângulo de Treitz, que proporcionava dilatação de alças proximais, sem sinais de necrose. As alças distais encontravam-se com bom aspecto. Procedeu-se à enterotomia longitudinal à 105 cm do ângulo de Treitz, sendo retirados dois cálculos de aspecto biliar; o primeiro de 3 cm e o segundo, de 1,5 cm. Cirurgia finalizada com rafia transversa do local da enterotomia, lavagem, revisão de hemostasia e fechamento. Paciente evoluiu estável e sem intercorrências, tendo alta no 5º dia de pós-operatório.ConclusãoO íleo biliar representa uma rara complicação da colelitíase, de difícil diagnóstico e tratamento controverso. Sendo uma opção viável o tratamento do quadro agudo obstrutivo com enterotomia e remoção do cálculo sem abordagem da vesícula, diminuindo morbidade e mortalidade como evidenciado no caso relatado.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1365

TÍTULO DO TRABALHO: ÍLEO BILIAR: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LUCAS PUGLIESI SMIRNE GOI1; ANA CAROLINA TRENTINI IZAR2; ANA CARLA FRANCO UBINHA2; CHRISTIAN BORNIA MATTAVELLI2; GABRIELLA LUCATO ZUNTA2; MARINA FANELLI LUCHIARI MILANI2; SILAS SOARES CAVALCANTE2; DANILO TOSHIO KANNO2. 1. USF - BRAGANÇA PAULISTA, FRANCA - SP - BRASIL; 2. USF - BRAGANÇA PAULISTA, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL.

RESUMO:
ÍLEO BILIAR: RELATO DE CASOIntrodução: O íleo biliar é uma complicação da colelitíase e se comporta como uma oclusão intestinal mecânica devido à impactação de um ou mais cálculos na luz do intestino, como resultado de uma comunicação anômala entre o trato gastrointestinal e o sistema biliar. Ele representa aproximadamente 3% dos casos de obstrução intestinal mecânica e sua manifestação clínica engloba quadro de náuseas, vômitos e dor abdominal, sinais e sintomas de obstrução intestinal como distensão abdominal e constipação. Sintomas relacionados com a vesícula biliar estão presentes em apenas metade dos pacientes. Relato de caso: O trabalho em questão faz relato de caso de obstrução de intestino delgado causada pela passagem de um cálculo biliar por uma fistula biliodigestiva, com sintomatologia típica de obstrução mecânica intestinal. Paciente feminina, 55 anos, admitida no Pronto-Socorro do Hospital Universitário São Francisco, com queixa de dor abdominal tipo cólica em hipocôndrio direito, associada a vômitos de conteúdo bilioso, três vezes ao dia, precedidos de náuseas. Nega febre, icterícia, colúria e acolia. Refere parada das evacuações há seis dias. Ao exame físico: apresentava-se em regular estado geral, descorada 2+/4+, desidratada +/4+, afebril e anictérica. Ao exame abdominal, evidenciava-se dor à palpação profunda em HD, abdômen flácido, timpanismo à percussão e ausência de irritação peritoneal. Foi solicitada ultrassonografia de abdômen total, que evidenciou vesícula biliar hipodistendida, com múltiplos cálculos em seu interior e acentuada distensão liquido-gasosa de alças de delgado, associada à imagem ovalada calcificada em interior de alça. Optou-se por laparotomia exploradora, enterotomia e retirada do cálculo com posterior enterorrafia. Conclusão: Apesar da raridade da doença, conclui-se que há facilidade diagnóstica quando há conhecimento do seu quadro clínico, em associação à solicitação adequada de exames laboratoriais e radiológicos, resultando em efetiva resolução da doença.Bibliografia:DE OLIVEIRA CAMPELO, M.R.; CHAVES, J.P.G.; MENEGOLA, V.M. Íleo biliar: um relato de caso. Revista da AMRIGS, v. 59, n. 1, p. 35-38, 2015. MARÇAL, M.B.; SANTOS, L.M.P.; SOUSA, A.V. Abdome agudo obstrutivo secundário a íleo biliar: relato de caso. GED gastroenterol. endosc. dig, v. 33, n. 4, 2014.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1592

TÍTULO DO TRABALHO: ÍLEO BILIAR: UM RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANA JULIA DE JESUS CANDEA; NAYARA FALCÃO RODRIGUES; BRUNO ALMEIDA LESSA CASTRO; YURI NÓBREGA ROCHA; PEDRO HENRIQUE DE CARVALHO MOTA; CHARLES OLIVEIRA DA SILVEIRA; FELIPE PEÇANHA VENTO; TADEU JOSÉ FONTENELE LEITE CAMPOS. HOSPITAL GERAL WALDEMAR ALCÂNTARA, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O íleo biliar é definido como a obstrução do trato gastrointestinal devido a um cálculo biliar. Complicação rara e potencialmente grave da colelitíase, é responsável por cerca de 1 a 4% das obstruções intestinais, sendo mais comum em pacientes idosos e do sexo feminino. Relato de Caso: paciente masculino, 37 anos, deu entrada na Emergência do Hospital Central de Fortaleza, com quadro de parada da eliminação de flatos e fezes há 24 horas, além de vômitos fecalóides. Negava história de cirurgia prévia. Ao exame, apresentava-se desidratado, com dor à palpação profunda difusamente, sem sinais de peritonite. Iniciou-se suporte clínico com hidratação venosa rigorosa, dieta oral zero e sonda nasogástrica (SNG) em aspiração. Durante investigação, realizou tomografia de abdome que demonstrou ruptura da vesícula biliar e estrutura ovalada com calcificações em sua composição obstruindo o íleo terminal. Indicada laparotomia exploradora que evidenciou colecistite com intenso processo inflamatório, fístula colecistoduodenal, além de distenção difusa de alças de delgado e cálculo biliar de 6 x 4 cm impactado em íleo terminal. Realizada colecistectomia aberta, correção de processo fistuloso e debridamento dos bordos da lesão duodenal. Optado realizar duodenorrafia sem exclusão pilórica e derivação gastrojejunal pela boa amplitude e risco mínimo de estenose. No intraoperatório, foi posicionada SNG em aspiração, sonda nasoenteral (SNE) para alimentação e dreno tubulolaminar. Pós operatório (PO) imediato na UTI, sem necessidade de drogas vasoativas e com inicio de NPT. A dieta por SNE foi iniciada no 3º PO. Recebeu alta hospitalar no 12°PO, tolerando bem a dieta por via oral. O dreno tubulolaminar permaneceu inocente, sem evidência de deiscência da rafia duodenal. Conclusão: O diagnóstico de íleo biliar é difícil, ainda mais quando o paciente está fora do perfil epidemiológico, dependendo frequentemente de exames que imagem, que podem demostrar obstrução intestinal mecânica, pneumobilia e cálculo ectópico na luz intestinal, caracterizando a clássica Tríade de Rigler. Porém mais de 50% dos diagnósticos só são firmados durante a laparotomia. O conhecimento prévio deste quadro é principalmente importante em atendimentos de emergência, pois o tratamento é eminentemente cirúrgico. O principal do tratamento cirúrgico é a resolução da obstrução intestinal, sendo a correção da fístula determinada por vários fatores, dentre eles o estado geral do paciente.

CODIGO DO TRABALHO: 279

TÍTULO DO TRABALHO: ÍLEO BILIAR: UMA CAUSA INCOMUM DE OBSTRUÇÃO INTESTINAL

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FERNANDA KREVE; JONAS TAKADA; JANAINA GATTO; FRANCISCO SCHOSSLER LOSS. FAG, CASCAVEL - PR - BRASIL.

RESUMO:
Relato do Caso: Paciente de 55 anos, sexo feminino, com dor intensa em hipocôndrio direito há 6 dias, associada a vômitos. No 3º dia, a dor passou a ser difusa, associada a vômitos fecalóides, distensão abdominal e parada de eliminação de gases e fezes. Estável hemodinamicamente, anictérica, discretos sinais de desidratação, abdômen distendido, doloroso difusamente e com ruídos hidroaéreos aumentados. Enzimas hepáticas e canaliculares normais. A tomografia revelou aerobilia, distensão de alças de delgado e corpo estranho impactado em íleo distal, sugestivo de íleo biliar. Identificamos uma fístula colecistoduodenal ampla por endoscopia digestiva alta, que permitiu a visualização do interior da vesícula biliar, descartando a presença de cálculos remanescentes. Diante do quadro indicamos a cirurgia. No intra-operatório foi observado importante distensão de alças de delgado até a região do íleo distal, que apresentava corpo estranho intraluminal, a 60 cm da válvula ileocecal. A vesícula apresentava-se bastante aderida a primeira porção duodenal, formando um bloco inflamatório que não comprometia as estruturas do hilo hepático. Realizada enterotomia proximal ao local da obstrução com extração de cálculo biliar de 5 cm e enterorrafia. Optamos por não abordar a vesícula biliar. A paciente evoluiu sem intercorrências. Discussão: Íleo biliar é uma patologia rara, pouco habitual antes dos 50 anos, presente em apenas 0,06% dos pacientes com colelitíase. Decorre de repetidos quadros inflamatórios na vesícula que levam a formação de orifícios fistulosos e migração dos cálculos biliares para o trato digestivo. São descritas três possibilidades de formação fistulosa: colecistoduodenais (65-77%), colecistocólicas (10-25%) e colecistogástricas (5%). O íleo distal é o sitio mais frequente de obstrução, com sintomas típicos de obstrução do intestino delgado. A tríade de Riegler (aerobilia, distenção de alças e cálculo biliar ectópico), altamente sugestiva, é observada em somente 15% das radiografias. A tomografia computadorizada (TC) pode demonstrar estes sinais em até 80 % dos casos. O tratamento na maioria das vezes é cirúrgico e pode ser dividido em duas etapas: um é mandatório e destinado à eliminação da obstrução intestinal (enterolitotomia) e o outro que nem sempre é possível e muitas vezes não recomendado é destinado à colecistectomia e resolução da fístula. Recorrência é rara, relatada em apenas 5% e atribuída a cálculos residuais não detectados previamente.

CODIGO DO TRABALHO: 549

TÍTULO DO TRABALHO: INCIDÊNCIA DE CÂNCER DE VESÍCULA BILIAR INCIDENTAL EM HOSPITAL ESCOLA EM CARAPICUÍBA, SÃO PAULO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BRUNO AMANTINI MESSIAS1; LUCAS CAPUTO DOS SANTOS2; POLLYANA ARDAVICIUS E SILVA3; LUIZ SERGIO LANDINI FILHO4; SANDRO MORETTI LANDIM FERREIRA FILHO5; LETICIA EMANUELLE PILAN4; ALEXANDRE ANDRADE DA SILVA CHERAO1. 1. HOSPITAL GERAL DE CARAPICUIBA, SAO PAULO - SP - BRASIL; 2. CENTRO UNIVERSITARIO SAO CAMILO, SAO PAULO - SP - BRASIL; 3. HOSPITAL GERAL DE CARAPICUIBA, SAO JOSE DOS CAMPOS - SP - BRASIL; 4. CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO, SAO PAULO - SP - BRASIL; 5. CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO, VALENÇA - RJ - BRASIL.

RESUMO:
RESUMO:O câncer de vesícula biliar tem atualmente incidência mundial de 0,5-3%, sendo que a suspeita diagnóstica pré-operatória ocorre apenas em 30% dos casos. Porém, o diagnóstico precoce está fortemente interligado ao bom prognostico. O principal objetivo deste estudo é analisar a incidência de Câncer de Vesícula Biliar em nosso serviço; outro objetivo é comparar a incidência obtida em nossa observação a de outros países Sul-Americanos. Realizou-se estudo transversal retrospectivo no setor de Cirurgia Geral do Hospital Geral de Carapicuíba, Carapicuíba (SP). Foi realizada a análise histopatológica de colecistectomias realizadas entre janeiro de 2011 e dezembro de 2015. Para as análises estatísticas foi utilizado o teste de qui-quadrado, estabelecido nível de significância ?=0,05, e realizado Lilliefors corrigido para reduzir chance de erro tipo II. Foram coletados 2368 pacientes, 2257 eram doenças benignas da vesícula biliar e 9 eram câncer de vesícula biliar. Obtivemos c2 = 0,200 e c2 = 1,00 não havendo diferença significativa em nossa amostra quando comparada a outros trabalhos e ao comparar com países Sul-Americanos. Mais estudos devem ser realizados sobre o tema, principalmente os realizados com testes paramétricos. BIBLIOGRAFIA:Rajveer Hundal, Eldon A Shaffer. Gallbladder cancer: epidemiology and outcome. Clinical Epidemiology 2014:6 99?109Lorena Marcano-Bonilla, Essa A. Mohamed, Taofic Mounajjed, Lewis R. Roberts. Biliary tract cancers: epidemiology, molecular pathogenesis and genetic risk associations. Chin Clin Oncol 2016;5(5):61Pitt SC, Jin LX, Hall BL, Strasberg SM, Pitt HA. Incidental gallbladder cancer at cholecystectomy: when should the surgeon be suspicious? Ann Surg 2014; 260: 128-133 Euclides Dias Martins-Filho , Thales Paulo Batista , Flávio Kreimer , Antonio Cavalcanti De Albuquerque Martins , Tiago Cavalcanti Iwanaga , Cristiano De Souza Leão. Prevalence Of Incidental Gallbladder Cancer In A Tertiary-Care Hospital From Pernambuco, Brazil. Arq. Gastroenterol. vol.52 no.3 São Paulo July/Sep. 2015.Kui Sun Choi, Sae Byeol Choi, Pyoungjae Park, Wan Bae Kim, Sang Yong Choi. Clinical characteristics of incidental or unsuspected gallbladder cancers diagnosed during or after cholecystectomy: A systematic review and meta-analysis. World J Gastroenterol 2015 January 28; 21(4): 1315-1323Gerardo F. Arroyo, Alberto Gentile, Luis A. Parada. Gallbladder cancer: South American experience. Chin Clin Oncol 2016;5(5):67

CODIGO DO TRABALHO: 1047

TÍTULO DO TRABALHO: INSULINOMA EM CAUDA DE PÂNCREAS:RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: AMANDA FERNANDES FREGONEIS. IRMANDADDE SANTA CASA DE CAMPINAS-IRMAOS PENTEADO, CAMPINAS - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇAO: Insulinoma corresponde a uma neoplasia neuroendócrina que tem origem nas células beta pancreaticas,causando aumento da produção e secreção de insulina. É considerado raro,mas dentre os tumores neuroendócrinos se revela o mais frequente,sendo mais comum em mulheres e individuos entre 40 e 50 anos. Os sintomas são variáveis estando relacionados com jejum prolongado,ganho de peso,alterações visuais e disturbios psiquiátricos e neurológicos.RELATO DE CASO: Paciente R.S.G.S; sexo feminino,40 anos, iniciou quadro de síncope,alteração de nivel de consciencia,depressão,sonolência ha três anos. Após longo período de queixas procurou serviço de endócrinologia onde realizou investigação laboratorial e imagem,constatando picos frequentes de hipoglicemia, hiperinsulinemia e nódulo homogênio na cauda do pâncreas. Foi então encaminhada para este serviço para avaliação e tratamento cirurgico.CONCLUSÃO: Diante deste caso podemos concluir que o tratamento cirurgico foi essencial para o bem estar e qualidade de vida da paciente, evoluindo com perda de peso, estabilização da glicemia,melhora do quadro psiquiátrico e neurológico.

CODIGO DO TRABALHO: 2365

TÍTULO DO TRABALHO: LESÃO DE VIAS BILIARES APÓS COLECISTECTOMIA ABERTA EM PACIENTE JOVEM, COM COMPLICAÇÃO TARDIA DE DERIVAÇÃO BILIODIGESTIVA: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FILIPE DE PADUA BRITO DE FIGUEIREDO ALMEIDA1; LETÍCIA AIRES BENJAMIN2; WANDENBERG GOMES DE ALBUQUERQUE2; LORENNA DE SOUSA FONTENELE3; MARCELA SILVA VIEIRA2; EDUARDO LAFAYETTE MONTEIRO2; THIAGO ALEXANDRE MACEDO DE AZEVEDO2; ANA CELI LEANDRO NOBREGA DE ALMEIDA1. 1. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. HOSPITAL MUNICIPAL SANTA ISABEL, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 3. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Com índice de casos em torno de 0,2 a 2,9%, a lesão iatrogênica das vias biliares é uma das complicações mais temidas associadas à colecistectomia[3]. Quando não percebida no intra-operatório, a lesão pode apresentar significativo aumento na morbidade do paciente no pós-operatório.[1,3] É necessário alto grau de suspeição para que o diagnóstico seja feito o mais precocemente possível[2]. Relatamos um caso de lesão de vias biliares pós colecistectomia aberta em paciente jovem, com complicação da derivação biliodigestiva . RELATO DO CASO: J.B.S, feminino, 17 anos, encaminhada em 2013, com dor em hipocôndrio direito irradiada para dorso, associada a náuseas, vômitos e plenitude pós-prandial, sem sinais de colestase ou febre. Submetida a colecistectomia por via aberta, evoluiu no 7º DPO com dor abdominal, vômitos pós-alimentares, febre, icterícia 2+/4+, abdome flácido, doloroso difusamente, sem sinais de peritonite. Tomografia computadorizada de abdome com discreta dilatação de vias biliares intra-hepáticas e colédoco terminal, tendo sido feita laparotomia exploradora, com achado intraoperatório: coleperitôneo, aderências supramesocólicas e secção completa dos ductos hepáticos direito e esquerdo junto à confluência. Conduta adotada foi a cateterização dos ductos hepáticos individualmente e drenagem biliar externa, seguida da dilatação intermitente das vias biliares. Após cinco semanas foi realizada hepaticojejunostomia em Y-de-Roux e drenagem da cavidade. Em 2016, na vigência de um quadro de colestase, nova colangiorressonância foi realizada, e demonstrou redução do calibre ao nível da anastomose biliodigestiva e, provável tecido fibrocicatricial, além de duas imagens ovaladas, compatíveis com cálculos, aventando a hipótese de estenose cicatricial. Após tratamento clínico, passou por correção cirúrgica, com confecção de nova anastomose hepatojejunal dupla, evoluindo satisfatoriamente. CONCLUSÕES: O pronto diagnóstico e prevenção dessas lesões são primordiais, haja vista que o prognóstico encontra-se diretamente relacionado ao tempo entre a identificação e reparo dessa complicação. O reparo desses acometimentos deve ser realizado preferencialmente por cirurgiões especialistas e em grandes centros, possibilitando maior êxito nessas reabordagens cirúrgicas.

CODIGO DO TRABALHO: 2350

TÍTULO DO TRABALHO: LESÃO DE VIAS BILIARES TIPO BISMUTH III EM PACIENTE JOVEM: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FILIPE DE PADUA BRITO DE FIGUEIREDO ALMEIDA1; FLÁVIO DE PÁDUA BRITO DE FIGUEIREDO ALMEIDA2; FERNANDO SALVO TORRES DE MELLO3; TARCIANA VIEIRA DA COSTA4; THIAGO ALEXANDRE MACEDO DE AZEVEDO5; LETÍCIA AIRES BENJAMIN5. 1. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 3. CIRURGIÃO APARELHO DIGESTIVO DO HULW. PROFESSOR ASSISTENTE DA FAMENE, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 4. GASTROENTEROLOGISTA DO HULW. PROFESSORA DA FAMENE, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 5. HOSPITAL MUNICIPAL SANTA ISABEL, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: As lesões de vias biliares são eventos pouco comuns em cirurgias de vesícula biliar, podendo atingir entre 0,26 - 0,6%**, em algumas casuísticas. A maioria dessas lesões são identificadas tardiamente, representando importante morbidade aos pacientes[3]. O reparo desses acometimentos deve ser realizado preferencialmente por cirurgiões especialistas e em grandes centros, possibilitando maior êxito nessas reabordagens cirúrgicas[1 2]. Relatamos um caso de lesão de vias biliares, em paciente jovem, reconhecida em pós-operatório tardio. RELATO DO CASO: F.P.S., 31 anos, feminino. Queixa de icterícia e prurido progressivos há cerca de 03 (três) meses, ocorridos após colecistectomia aberta. Colúria e acolia fecal associados, além de perda ponderal não quantificada. Colecistectomia aberta em agosto de 2016, com icterícia surgindo 03 dias após a cirurgia. Reoperação com drenagem cavitária cerca de 03 semanas após, sem resolução do quadro. Admitida no Hospital Municipal Santa Isabel/João Pessoa/PB, em novembro de 2016, com os seguintes exames complementares. Bilirrubina total 21,7 (B.Direta 12,7/ B. Indireta 9,0) AST 88, ALT 79, fosfatase alcalina 685 GGT 135. Exames de imagem revelaram os seguintes achados (novembro de 2016): tomografia de abdome superior com contraste venoso ? dilatação de vias biliares intra-hepáticas e colangioressonância magnética ? também com dilatação de vias biliares e estenose de ducto hepático comum em sua confluência. Indicado procedimento cirúrgico, com achado de lesão de vais biliares na confluência dos ductos hepáticos (Classificação Bismuth 3), sendo realizada reconstrução com anastomose bílio-digestiva (hepático-jejunostomia em Y Roux); a paciente desenvolveu hematoma de parede abdominal no 2 dia de pós-operatório, sendo explorado e drenado. Recebeu alta com doze dias de pós-operatório com regressão quase completa da icterícia. Reavaliação ambulatorial após 03 meses da cirurgia, com a paciente sintomática, sem icterícia ou elevação de enzimas canaliculares. CONCLUSÕES: A suspeita e identificação precoce de lesão iatrogênica de vias biliares deve ser a meta do cirurgião após cirurgias de colecistectomia complicadas. O reconhecimento tardio dessas lesões determina elevada morbidade (inclusive cirrose biliar secundária); deve ser prontamente diagnosticada e corrigida, em Centros com cirurgiões habilitados a solucionar esses graves traumas às vias biliares.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1549

TÍTULO DO TRABALHO: LESÃO IATROGÊNICA DE VIAS BILIARES: ANÁLISE DE PACIENTES SUBMETIDOS A HEPÁTICO - JEJUNOSTOMIA EM Y DE ROUX NO HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - RECIFE - PE

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MILLENE IVANIA FERREIRA LEITE BARBOSA1; RODRIGO SANTIAGO MOREIRA1; BRUNO MARINHO PINTO DE ÁGUILA1; NINA ROSA TENÓRIO LIRA1; RAMONN CHAVES DA SILVA RODRIGUES1; THIAGO SOUZA E SILVA1; NORTON NUNES DE LIMA1; VICTOR CARVALHO MACIEL GIRÃO1; ANA CECÍLIA CARVALHO TORRES2. 1. HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - RECIFE/PE, RECIFE - PE - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO - UPE, RECIFE - PE - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: As lesões e estenoses cirúrgicas dos ductos biliares são consideradas um acidente grave e são causadas na maioria dos casos por trauma cirúrgico. Desta forma, justifica-se a importância do diagnóstico precoce desta patologia, bem como a análise da reconstrução biliar pela técnica de Hepp-Couinaud, com hepático-jejunostomia em Y de Roux, sendo esta uma excelente opção para correção dessas lesões.Objetivo: O objetivo do presente estudo foi avaliar os casos de lesões iatrogênicas de vias biliares tratados na clínica cirúrgica do HGV nos últimos dois anos.Método: Foi realizada uma análise retrospectiva dos prontuários dos pacientes internados no HGV, com hipótese diagnóstica de lesão iatrogênica de vias biliares. Foram incluídos pacientes com lesões provenientes de procedimentos realizados no próprio serviço e em outras instituições. Os prontuários foram revisados e obtidas as seguintes variáveis: procedência do paciente, idade, sexo, data da cirurgia inicial, sintomas, tempo de evolução, valores da bilirrubina, fosfatase alcalina, GGT, TGO, TGP, TAP, além do tipo de cirurgia realizada para correção da lesão, complicações, permanência hospitalar e condições do paciente na alta hospitalar. Resultados: Foram confirmados oito casos de lesão iatrogênica de vias biliares. Destes, cinco pacientes eram do sexo feminino e dois no sexo masculino, com idades variando entre 18 e 62 anos. Os sinais ou sintomas mais frequentes foram icterícia, dor abdominal, febre, náuseas e colúria. Em relação à terapêutica cirúrgica, a hepático-jejunostomia em "Y" de Roux foi o procedimento mais empregado.Conclusões: As lesões iatrogênicas das vias biliares ainda representam um desafio para os cirurgiões e sua ocorrência está mais relacionada a procedimentos realizados em hospitais não especializados. A principal medida a ser adotada é a prevenção da lesão. Após sua ocorrência, esta deve ser corrigida em hospitais com equipe médica treinada. Sendo a hepático-jejunostomia em Y de Roux a técnica cirúrgica com melhores resultados.Referências bibliográficas1. ANDRADE A.C., Reconstrução cirúrgica da estenose cicatricial de vias biliares pós-colecistectomia. Rev. Col. Bras. Cir. vol.39 n.2 Rio de Janeiro Mar./Apr. 2012.2. FORTUNATO A.A et al. Análise comparativa de lesão iatrogênica de vias biliares em colecistectomias laparotômicas e videolaparoscópicas, Arq. Bras. Cir. Dig. vol.27 n.4 São Paulo Nov./Dec, 2014.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2587

TÍTULO DO TRABALHO: LESÃO IATROGENICA DE VIAS BILIARES: UM RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BRENNO IVO SOARES SANTOS1; ALEXANDRE GABRIEL SILVA REGO2; BRENDA IRLA SOARES SANTOS2; BRUNA MENDES DE ALMEIDA2; ISADORA FERRO NOGUEIRA2; LUAN ARNON DE MELO CUNHA2; LUIZA DE SÁ URTIGA SANTOS2. 1. UFPI/HSPE, TERESINA - SP - BRASIL; 2. UFPI, TERESINA - PI - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO:Doença biliar calculosa tem incidência mundial de 10%-20% sendo colecistectomia uma das cirurgias abdominais mais feitas.O surgimento da videolaparoscopia trouxe vários benefícios mas, notou-se aumento das lesões de ducto biliar que podem levar ao óbito do paciente.RELATO DE CASO:ICA, 21 anos,parda, ingressou no HU-UFPI em 17/01/2016 para colecistectomia convencional, recebendo alta no 1º DPO. Ao evoluir com dor abdominal, icterícia, colúria, diarreia e acolia fecal três dias após alta, foi internada para avaliação do quadro. Após tomografia de abdome superior, percebeu-se grande derrame pleural bilateral e ascite, sendo feita laparotomia exploradora de urgência com drenagem de bilioma, deixando dreno de penrose. Realizou então colangioressonância mostrando colédoco filiforme de difícil caracterização, com boa visão apenas da parte distal e fina lâmina de hipersinal sugestiva de pequena dilatação, sendo submetida a anastomose biliodigestiva em Y de Roux. Evoluiu com remissão completa dos sintomas prévios mas, em 22/07, voltou ao HU com prurido generalizado e icterícia há 2 meses, diarréia aquosa e colúria há 2 semanas.Ao exame físico mostrou-se hipocorada (1+/4) e ictérica (3+/4+) então, foram feitos exames que mostraram bilirrubina total de 6,85mg/dl e gama GT de 103U/l e colangioressonância magnética mostrando interrupção do ducto hepático comum próximo a união dos ductos hepáticos direito e esquerdo.Assim, tentou-se nova anastomose biliodigestiva mas, ao encontrar muita fibrose no pedículo biliar, optou-se por desfazer anastomose, dissecar o pedículo hepático e suturar alça jejunal.O início do PO evoluiu com drenagem volumosa de conteúdo bilioso e dor abdominal intensificada à palpação.Realizou-se então hepatectomia a esquerda com anastomose biliodigestiva e colangiografia transoperatória, encontrando-se coleperitonio e orifício drenando bile no hilo hepático.O orifício de drenagem foi então fechado, com posterior realização de colangiografia transoperatória que mostrou árvore biliar direita e esquerda,viabilizando anastomose hepatojejunal.O pós-operatório evoluiu sem drenagem de secreção biliosa, com melhora dos parâmetros hepáticos e regressão da icterícia.CONCLUSÃO:A conduta adotada frente ao caso clínico exposto encontra respaldo nas evidências atuais e, como existem divergências na literatura, o manejo de pacientes com lesão iatrogênica de vias biliares deve ser individualizado,devendo prevalecer o julgamento clínico da equipe.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2530

TÍTULO DO TRABALHO: Lesão iatrogênica vias biliares: Relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: WELSON LEAL DUARTE FILHO1; JUAREZ DUARTE DE CARVALHO NETO2; EMANUEL DUARTE ANTAO3; JÉSSICA DUARTE ANTÃO4; ARTHUR GAIA DUARTE PEIXOTO1; PEDRO ANTONIO LIMA DE HOLANDA MARQUES1; JOSÉ GOMES SOUTO1; GUILHERME RUAN FERNANDES FERREIRA1. 1. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. RESIDENTE, TERESINA - PI - BRASIL; 3. CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI, TERESINA - PI - BRASIL; 4. GRADUADA, TERESINA - PI - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO:A doença calculosa biliar é uma das afecções mais comuns que ocorrem no ser humano. A incidência é de 10 a 20% de toda a população adulta do planeta, tornando a colecistectomia uma das operações mais freqüentemente realizadas no mundo. A lesão iatrogênica de via biliar (LIVB) foi descrita pela primeira vez por Sprengel em 1891 e é uma das complicações mais temidas associadas à colecistectomia. A estenose de via biliar é uma complicação que, com frequência, pode causar consequências desastrosas como cirrose biliar, insuficiência hepática e até culminar com o óbito do paciente.RELATO DE CASO: LESÃO IATROGENICA DE VIAS BILIARESPaciente com o relato de ter realizado colecistectomia aberta no serviço no dia 16/01/16, evoluindo no 3º dia de pós-operatório com dor abdominal inicialmente em abdome inferior e posteriormente em hipocôndrio direito. Refere ainda icterícia, colúria, diarreia e acolia fecal. Nega outras queixas. Procurou o Hospital do Satélite para investigação de lesão iatrogênica da via biliar. Ao exame físico ictérica 2+/4 e abdome doloroso à palpação profunda em hipocôndrio direito. Durante a internação, logo nos primeiros dias houve piora do quadro clínico. Nesse período foi realizado TC de abdome que evidenciou paciente colecistectomizado. Em 29/01/16 (4° DIH) foi submetida a LAPAROTOMIA EXPLORADORA COM DRENAGEM DE BILIOMA E COLOCAÇÃO DE DRENO TUBOLAMINAR. Evoluiu bem no pós-operatório, com alívio dos sintomas e significativa melhora clínica. Prosseguiu-se, então, a investigação e em 05/02/16 fez ColagioRNM: Fígado e pâncreas normais. Colédoco e ducto pancreático normais. Vesícula biliar ausente. A partir de então, a paciente evoluiu sem queixas, aceitando bem a dieta. Em 23/02/16 foi submetida a HEPATICOJEJUNOSTOMIA COM RECONSTRUÇÃO EM Y DE ROUX, sem intercorrências. Evoluiu bem no pós-operatório, recebendo alta hospitalar no 9° dia pós-operatório.CONCLUSÃO:A prevenção de lesões constitui o principal alvo a ser atingido quando da realização de colecistectomias, seja aberta ou laparoscópica e, caso ocorram, o paciente deverá ser encaminhado a centros com especialistas em cirurgia biliar para tratamento adequado. O prognóstico desses pacientes está diretamente relacionado ao tempo decorrido até a identificação da lesão e seu tratamento, assim como à escolha do procedimento cirúrgico e da habilidade com que é realizado, sendo o estado funcional do fígado o fator isolado mais determinante do prognóstico final.

CODIGO DO TRABALHO: 1788

TÍTULO DO TRABALHO: LESÃO PANCREÁTICA NA SINDROME DE VON HIPPEL LINDAU

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANDRE DE MORICZ; LUCAS MORETO BETINI; ADHEMAR MONTEIRO PACHECO JR.; MARCOS BELOTTO DE OLIVEIRA; DAMILA DE CASSIA FANTOZZI GIORGETTI; RODRIGO ALTENFELDER SILVA; MARINA DE PAULA CANAL; RONI DE CARVALHO. SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução:A doença de von Hippel Lindau é uma síndrome hereditária, autossômica dominante, manifestada por uma variedade de tumores. Critérios diagnósticos em casos isolados: 2 Hemangioblastomas (de SNC ou retina) ou de 1 Hemangioblastoma somado a uma manifestação visceral. Nos casos familiares 1 manifestação é suficiente para o diagnóstico. Classificada em tipo I: Hemangioblastomas, Cistos e Carcinomas renais e Doença cística pancreática; esses pacientes não apresentam feocromocitoma. Tipo IIA: Hemangioblastomas, Feocromocitoma e tumores de ilhotas pancreáticas; esses pacientes não apresentam Carcinoma de rim. Tipo IIB: Hemangioblastomas, Feocromocitoma, tumores renais e pancreáticos. Anormalidades pancreáticas são comuns na doença de Von Hippel Lindau. Cistos pancreáticos simples e Cistoadenomas serosos são na maioria assintomáticos, podendo causar sintomas por compressão extrínseca. A prevalência de tumores neuroendócrinos do Pâncreas em series clínicas variam entre 9 e 17%. Estes podem metastatizar para o fígado e produzir sintomas devidos a peptídeos secretados. A maioria destes tumores são assintomáticos. O tratamento de tumores neuroendócrinos é cirúrgico, com ressecção nas lesões maiores que 3 cm de diâmetro no corpo ou cauda, ou 2 cm na cabeça do pâncreas. De uma série de 3 casos da Santa Casa de São Paulo, uma paciente com tipo I, segue em tratamento expectante com boa evolução, um segundo caso do tipo IIB, realizou Nefrectomia por nódulo renal em 06/2016, recusou a Pancreatectomia e recebe Sunitimibe, sem sinal de metástase em 1 ano de seguimento e o terceiro caso, também tipo IIB, realizou Pancreatectomia Subtotal.Caso clínico:M. L. F.O, 63 anos com nódulo solido 4,4 cm em rim esquerdo e nódulo em adrenal esquerda 4,9 cm, múltiplos cistos e pâncreas completamente calcificado com nódulo solido 2,3 cm em cauda de pâncreas. Realizado em 08/02/2017 Nefroadrenalectomia radical esquerda e Pancreatectomia Subtotal com Colecistectomia e derivação biliodigestiva colédocoduodenal. Paciente com boa evolução no pós operatório, recebe alta da UTI no 3º dia de pós operatório, sendo realimentada por boca no 5º pós operatório com boa aceitação da dieta.Conclusão:Bons resultados com o tratamento cirúrgico da Nefrectomia a curto e médio prazos e da Pancreatectomia a curto prazo. A longo prazo vamos comparar o tratamento cirúrgico e não cirúrgico dos tumores pancreáticos.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2273

TÍTULO DO TRABALHO: Lesões idiopáticas das vias biliares: relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOSÉ CALIXTO DA SILVA NETO1; EDUARDO LAFAYETTE MONTEIRO2; LEANDRO MAIA OLIVEIRA FERNANDES2; RUAN CÉSAR TEIXEIRA DE CARVALHO3; RONNEY ALVES BRAGA DOS SANTOS2; CLARISSA MARIA DE LIMA SANTOS NASCIMENTO3; FERNANDA LUCENA DA COSTA3; THIAGO ALEXANDRE MACEDO DE AZEVEDO2. 1. FAMENE, JOAO PESSOA - PB - BRASIL; 2. HOSPITAL MUNICIPAL SANTA ISABEL, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 3. FAMENE, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
Introdução:Desde a primeira colecistectomia realizada por Langenbuch em 1882, na Alemanha, as complicações biliares faziam parte da rotina dos cirurgiões. Porém com o avanço na área cirúrgica e ao número cada vez maior de procedimentos, os problemas aumentaram. Na década de 1980, considerava-se que o número de lesões biliares pós-colecistectomias incidia em 0,2% dos operados, sendo a lesão iatrogênica um desses problemas.Relato de caso: S.J.S.S, feminino, 31 anos, com queixas típicas de cólica biliar com irradiação interescapular há 4 anos, trazendo consigo uma USG de dezembro de 2015 com resultado de: espessamento de parede e cálculo biliar de 1,9cm. Realizou-se colecistectomia, tendo sido visualizado de incomum apenas um ducto cístico de espessura fina. No 2º DPO a mesma queixava-se de quadros de vômitos e o abdome doloroso à palpação, aos exames solicitados percebeu-se um aumento transaminases, bilirrubinas, fosfatase alcalina e gama Gt. Nos dias subsequentes o quadro ?flutuou? apresentado alterações tanto nos exames laboratoriais e na clínica, onde a paciente apresentou sinais de colestase. Solicitou-se uma colangioressonância, devido aos sinais francos de colestase pós colecistectomia, interrogando uma possível coledocolitiase ou possível lesão de via biliar. Paciente evolui de forma insatisfatória, fortes dores abdominais e vômitos e sinais de colestase. Realizou-se uma USG com moderada quantidade de líquido no espaço de Morrison. No dia seguinte a paciente reabordada, constatando liquido biliar na cavidade abdominal, visualizou-se perfuração de colédoco, feito uma exaustiva lavagem e drenagem da cavidade com dreno de sucção, o qual sempre foi de aspecto bilioso e em grande quantidade, sempre com vazamento peridreno, caracterizando uma provável fístula de alto débito. No dia após o procedimento a paciente evoluiu com aumento das transaminases, bilirrubinas, gama GT e FA, de maneira flutuante, além de um aumento progressivo da leucometria, associada a desvio à esquerda. No 3º DPRO iniciou-se metronidazol. A paciente evolui bem no pós-operatório tendo alta sem intercorrências.Considerações finais: O presente relato de caso alimenta a discussão das complicações da colecistectomia, que são as mais variadas. Apesar de serem de baixa frequência, cerca 6,4%, seja por via convencional ou laparoscópica, estas complicações podem ter desfecho drásticos e o conhecimento de como conduzir e resolver tais situações deve ser ferrenhamente perseguido pelo cirurgião.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2864

TÍTULO DO TRABALHO: Levantamento da morbimortalidade de 20 transplantes simultâneos pâncreas-rim. Experiência inicial de um hospital universitário no nordeste do Brasil.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ARTHUR FOINQUINOS KRAUSE GONÇALVES; GUSTAVO SANTOS DE CARVALHO; MARIA EDUARDA PEREIRA CARNEIRO DE ALBUQUERQUE; CRISTIANO DE SOUZA LEAO. INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA, RECIFE - PE - BRASIL.

RESUMO:
Objetivos: descrever os resultados dos 20 primeiros transplantes simultâneos pâncreas-rim (TPRS) realizado ao longo de quatro anos na Unidade Geral de Transplantes do Instituto de Medicina Integral de Pernambuco Prof. Fernando Figueira (IMIP), e discutir os definidores de morbi-mortalidade. Material e métodos: Foi elaborado um questionário para coleta sistemática das informações dos 20 prontuários dos pacientes submetidos ao TPRS entre agosto de 2012 e novembro de 2016 (51 meses). Dados a respeito do paciente, do pâncreas enxertado e da evolução pós operatória foram avaliados. As fístulas pancreáticas e entéricas não foram diferenciadas, e foram diagnosticadas pela aferição da amilase do dreno e/ou em relaparotomias. As demais complicações (hemorragia, infecção) foram diagnosticadas através do exame físico. Todos os pacientes foram operados pela mesma equipe e com implante simultâneo do rim e do pâncreas em loja retroperitoneal, com anastomoses vasculares confeccionadas nos vasos ilíacos e a drenagem exócrina realizada através de uma anastomose entérica. Resultados: Todos os pacientes se tornaram euglicêmicos e independentes de insulina em algum momento pós-operatório. Apenas 4 pacientes não desenvolveram nenhuma complicação cirúrgica. A taxa de relaparotomia chegou a 50%. A sobrevida média do enxerto pancreático foi de 19,5 meses e a sobrevida média dos pacientes foi de 27,6 meses. Doze pacientes desenvolveram infecção de sítio cirúrgico. Dois pacientes tiveram pancreatite transitória. Seis pacientes desenvolveram fístula entérica/pancreática. Dois pacientes tiveram ruptura da anastomose arterial. Seis pacientes foram a óbito. Três pacientes foram a óbito por infecções não relacionadas diretamente ao procedimento cirúrgico (CMV primoinfecção, sepse urinária, sepse respiratória) e outros três por complicação cirúrgica (duas rupturas de anastomoses e uma sepse abdominal). Dos seis pacientes que desenvolveram fístula, dois foram a óbito (um associado à ruptura de anastomose e o outro associado à sepse abdominal), dois foram submetidos à transplantectomia para tratamento da fístula e dois superaram a fístula e mantém o enxerto funcionante. Conclusão: O TPRS constitui uma opção terapêutica extremamente eficaz no tratamento do diabetes mellitus tipo I. As fístulas entéricas/pancreáticas são fortes marcadores de morbimortalidade, perda de enxerto e aumento no custo e tempo de internamento hospitalar.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 876

TÍTULO DO TRABALHO: Linfoma Primário de Pâncreas: Um Relato de Caso.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FRANCO HARITSCH; JOYCE MARIANNA CAPOCCI BITTENCOURT; JOAO GUILHERME CAVALCANTI KRIEGER; RODOLFO FREDERICO GAZZONI DEGRAZIA HOWES; RAMON ALVES MENDES; GABRIEL BRISOT; AMANDA FERNANDES VIDAL DA SILVA; MILTON SERGIO BOHATCH JUNIOR. HOSPITAL MUNICIPAL SÃO JOSÉ, JOINVILLE - SC - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O Linfoma Pancreático Primário (LPP) é uma doença extremamente rara que representa menos de 2% dos linfomas malignos extra-nodais e 0,5% de todas as massas pancreáticas. Os critérios clínicos para o diagnóstico são: ausência de linfadenopatia superficial palpável; ausência de nódulos mediastinais; leucograma normal; achados intraoperatorios com predomínio de massa pancreática e com linfonodos restritos a região peripancreática; ausência de comprometimento hepático ou esplênico2,3. Os sintomas clínicos são geralmente inespecíficos e os principais sintomas são: dor abdominal, massa abdominal e perda de peso. O tratamento padrão consiste em quimioterapia. No entanto, o linfoma pancreático é frequentemente tratado com ressecção cirúrgica por causa da dificuldade de diferenciá-lo do adenocarcinoma pancreático. Relato de Caso: Paciente masculino, 45 anos, previamente hígido, foi encaminhado ao ambulatório de cirurgia do Hospital São José em Joinville (SC) com história de dor abdominal associada à icterícia, colúria, acolia e perda ponderal de 15kg em 3 meses. A tomografia abdominal evidenciou imagens nodulares na porção cefálica do pâncreas (3,2 x 3,0 cm) e outra na cauda pancreática (3,1 x 2,5cm). Os resultados dos marcadores tumorais mostraram CA 19-9 Conclusão: O LPP é uma neoplasia rara e às vezes de difícil diagnóstico diferencial com o adenocarcinoma pancreático. As taxas de cura para LPP chegam a 30%, em contrapartida, a sobrevida em 5 anos para adenocarcinoma não ultrapassam 5%. Dessa forma, o tratamento cirúrgico para o LPP fica restrito aos casos de dúvida diagnóstica para não retardar o tratamento do adenocarcinoma.

CODIGO DO TRABALHO: 1064

TÍTULO DO TRABALHO: MELANOMA MALÍGNO DE DUODENO COM ENVOLVIMENTO PANCREÁTICO TRATADO ATRAVÉS DE PANCREATODUODENECTOMIA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RODRIGO CAÑADA SURJAN1; TIAGO BASSÈRES1; FABIO FERRARI MAKDISSI2; MARCEL AUTRAN CESAR MACHADO1. 1. DEPARTAMENTO DE CIRURGIA - FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - FMUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DIGESTIVA - FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Apesar do intestino delgado ser o principal sítio de metástases gastrointestinais de melanomas malígnos cutâneos, melanomas primários de duodeno são extremamente raros. Os sinais clínicos mais comuns são anorexia, perda de peso, dor abdominal difusa e sangramento digestivo. O tratamento cirúrigoc é a melhor opção para estes casos, de modo a aliviar os sintomas e tentar alcançar sobrevida à longo prazo.MÉTODO: Paciente feminina de 40 anos apresentando quadro de dor abdominal, anorexia, massa palpável em andar superior do abdome e anemia. Foi submetida à tomografia de abdome que demonstrou massa de 10 cm na quarta porção duodenal. Foir ealizada endoscopia com biópsias, com diagnõstico anátomo-patológico de melanoma malígno. Proposta abrodagem cirúgica. Durante avaliação cirúrgica, encontrada massa ocupando o duodeno, se extendendo ao mesocólon e raiz mesenterial e ao processo uncinado do pâncreas. A lesão foi dissecada do mesocólon e raiz mesenterial e uma pancreatoduodenectomia com linfadenectomia realizada. RESULTADOS: O tempo cirúrgico foi de 360 minutos. Perda sanguínea estimada em 250 ml. A recuperação cirúrgica foi sem intercorrências. Anatomia patológica confirmou melanoma malígno de duodeno. Avaliação pós-operatória não diagnosticou nenhuma lesão cutânea suspeita para sítio primário. Sugerido diagnóstico de melanoma primário de duodeno.CONCLUSÃO: O melanoma primário de duodeno é uma lesão extremamente rara que deve ser diferenciada de outros tipos de tumores intestinais. O tratamento cirúrgico agressivo é o tratamento de escolha.

CODIGO DO TRABALHO: 795

TÍTULO DO TRABALHO: METÁSTASE PANCREÀTICA DE NEOPLASIA DE MAMA - RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCIO APODACA-RUEDA1; FÁBIO HENRIQUE MENDOÇA CHAIM2; MILENA DA SILVA GARCIA2; MARTINHO ANTONIO GESTIC2; MURILLO PIMENTEL UTRINI2; ELINTON ADAMI CHAIM2; EVERTON CAZZO2. 1. PONTIFÍCIA UNIVERISIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Metástases pancreáticas de tumores malignos primários são raras, constituindo cerca de 2% das neoplasias que acometem o pâncreas. Na maioria dos casos, o acometimento ocorre por disseminação hematogênica e linfática, como nos casos de carcinomas de rim e pulmão. A metástase pancreática do câncer de mama é muito rara e de difícil diagnóstico, uma vez que a apresentação clínica e radiológica é similar à de um tumor primário pancreático. É objetivo do presente estudo relatar um caso de metástase pancreática de neoplasia de mama tratado no Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas.Relato de caso: Mulher de 64 anos com antecedente de quadrantectomia mamária direita com esvaziamento axilar por carcinoma ductal de mama T2N2M0 triplo negativo (estrógenos, progesterona e HER2 negativos), quimioterapia (Adriamicina, Cisplatina e Paclitaxel) e radioterapia adjuvantes. Dois anos após a ressecção mamária, evolui com queixa de dor em flanco esquerdo, inapetência e perda de 07 Kg em 04 meses, além de sintomas dispépticos. Ao exame físico, o abdome era doloroso à palpação superficial em hipocôndrio esquerdo. Não foi evidenciada alteração laboratorial relevante. A tomografia de abdome demonstrou lesão sólida hipervascularizada de 6,6x 6,0x7,0 cm, de contornos irregulares e limites parcialmente definidos, área de necrose central na cauda do pâncreas em contato com o baço e grande curvatura gástrica, não sendo possível determinar plano de clivagem e presença de pequena quantidade de líquido livre. O CA 19.9 encontrava-se dentro dos padrões de normalidade. O PET-CT não demonstrou evidências de outros sítios de doença ativa. Submetida à pancreatectomia corpo-caudal com esplenectomia e adrenelectomia esquerda. O diagnóstico histopatológico foi de metástase de carcinoma de mama. A imunohistoquímica mostrou marcadores MUC5AC, CEA e CA19.9 negativos, desfavorecendo origem pancreatobiliar. Paciente teve boa evolução e com remissão completa dos sintomas, iniciando novo ciclo de quimioterapia de consolidação (Paclitaxel). Conclusão: Com base no caso relatado e nas evidências previamente descritas, pode-se concluir que, em casos de diagnóstico de lesão pancreática em pacientes com antecedente prévio de neoplasia de mama, a possibilidade de metástase pancreática deve ser considerada. O acompanhamento destes doentes deve ser multimodal a fim de diminuir o intervalo livre de doença.

CODIGO DO TRABALHO: 1345

TÍTULO DO TRABALHO: MORBIMORTALIDADE DE PACIENTES COM PANCREATITE AGUDA GRAVE SUBMETIDOS À DRENAGEM CIRÚRGICA EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA PÚBLICO DE URGÊNCIA EM TERESINA-PI

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: WELLIGTON RIBEIRO FIGUEIREDO1; ROBSON DAVID DE ARAÚJO LIAL2; CLARA CAROLINE RIBEIRO FIGUEIREDO2; SABRINA JALES CUNHA BRANDAO2; CARLA CECILIA DA COSTA ALMEIDA2; ISABEL DE SOUSA MELO2; LAYANE DUARTE SILVA2; LAÍS KRISTYNA ROCHA DE OLIVEIRA2. 1. HOSPITAL GETULIO VARGAS, TERESINA - PI - BRASIL; 2. FACID, TERESINA - PI - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A cirurgia para drenagem do pâncreas é um procedimento cada vez menos realizado hoje devido ao avanço na radiologia intervencionista e nos métodos minimamente invasivos, sendo o acesso laparotômico realizado na ausência desses métodos ou na incapacidade técnica de realiza-los devido à extensão da doença. As principais indicações para drenagem do pâncreas são o abscesso pancreático e o pseudocisto infectado, causados por pancreatite aguda ou trauma pancreático. Geralmente o procedimento cirúrgico está associado a uma elevada morbimortalidade. OBJETIVOS: Determinar as características clinicas e epidemiológicas e a morbimortalidade dos pacientes submetidos à drenagem cirúrgica do pâncreas. MATERIAIS E METODOS: Foi realizado um estudo retrospectivo através da revisão de prontuários de todos os pacientes submetidos à drenagem cirúrgica do pâncreas por laparotomia no período de 01 de janeiro de 2009 a 31 de dezembro de 2014 em hospital publico de referência de Teresina-PI. Foram analisadas as seguintes variáveis: idade, gênero, procedência, tempo de internação, taxa de mortalidade, reoperações e indicação da cirurgia. RESULTADOS: Foram realizadas 25 pancreatotomias para drenagem, com prevalência no gênero masculino (64%), com média de idade de 48 anos, provenientes a maioria do interior do Piauí (56%), com tempo médio de internação de 19,2 dias, taxa de mortalidade pós-cirurgia de 28% e 24% de reoperaçoes. As principais indicações cirúrgicas foram abscesso pancreático (60%) e pseudocisto infectado (20%). A pancreatite aguda grave complicada com abscesso ou pseudocisto infectado é uma doença mais prevalente em homens adultos, com um tempo de internação elevado. A complicação tradada com a cirurgia para drenagem do pâncreas de urgência com apresenta uma elevada taxa de mortalidade e de reabordagens cirúrgicas. A ausência de radiologia intervencionista no serviço levou todos os pacientes à abordagem cirúrgica. A procedência elevada dos pacientes do interior do Piauí retrata a falta de estrutura e baixa complexidade dos hospitais regionais. CONCLUSÃO: A cirurgia para drenagem do pâncreas é um procedimento com uma elevada morbimortalidade e um longo tempo de internação, devendo ser realizado em um hospital de alta complexidade, com cirurgiões com formação em cirurgia hepatobiliopancreatica e restrita indicação, para que se diminuam as complicações decorrentes do procedimento.

CODIGO DO TRABALHO: 2878

TÍTULO DO TRABALHO: NEOPLASIA SÓLIDO-CÍSTICO PSEUDOPAPILAR DO PÂNCREAS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ALINNE VIANA LEÃO1; OLAVO MAGALHAES PICANÇO JUNIOR1; SAMUEL LAUER FILHO1; YURI BARCELOS2. 1. UNIFAP, MACAPÁ - AP - BRASIL; 2. GRUPO SANTA CASA DE BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O tumor sólido-cístico do pâncreas ou de Frantz é uma neoplasia rara que comete geralmente pacientes jovens do sexo feminino, compreende 0,3% a 2,7% de todos os tumores pancreáticos. Relato de caso: Paciente 14 anos, feminina, solteira, estudante, natural e procedente da cidade de Oiapoque. Foi atendida no hospital daquele município aonde referiu dor em hipocôndrio direito, de moderada intensidade, caracterizada pela paciente como dor em peso, com irradiação para região epigástrica, de início insidioso há 4 meses, sem relação com a alimentação, associado à vômitos alimentares esporádicos e icterícia. Paciente negava perda de peso, febre, colúria, acolia fecal. Ao exame físico, apresentava abaulamento em hipocôndrio direito, presença de massa palpável epigástrio e dor a palpação em hipocôndrio e flanco direito. Foi encaminhada para maior investigação á cidade de Macapá, aonde mantinha quadro descrito. Realizou ultrassonografia de abdome total, evidenciou-se uma volumosa massa adjacente à cabeça de pâncreas e duodeno com infiltração em planos gordurosos; a ressonância nuclear magnética de abdome revelou uma massa heterogênea, predominantemente sólida com algumas zonas líquidas e calcificações periféricas, estando acoplada à cabeça pancreática, envolvida pelo duodeno e associada à dilatação e irregularidade do ducto de Wirsung. Foi encaminhada ao serviço da Unidade de alta complexidade em Oncologia (Unacon) do Hospital de clínicas Dr. Alberto Lima para manejo especializado. Os exames laboratoriais apresentavam-se normais, exceto por Leucócitos de 13,6 mil/mm3 sem desvios, amilase e lipase tocáveis. Diante do quadro clínico e laboratorial foi indicado para esta paciente tratamento cirúrgico por laparotomia. No Intraoperatório foi observado que tumor volumoso em cabeça e corpo de pâncreas, invasão duodenal e acometia parcialmente a Veia Mesentérica Superior. Paciente submetida à Gastroduodenopancreatectomia + colecistectomia + ressecção parcial da veia mesentérica superior + anastomose de veia mesentérica + gastroenteroanastomoselatero-lateral + Pancreatojejunostomia + hepaticojejunostomia, evoluiu clinicamente e laboratorialmente estável e recebeu alta após 2 meses de internação. Conclusão: O tumor de Frantz é uma doença que deve ser suspeitada quando há paciente jovem do sexo feminino com um quadro de tumor palpável ou dor abdominal em andar superior, a ressecção completa da lesão proporciona a cura do paciente.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2687

TÍTULO DO TRABALHO: NOVA TÉCNICA PARA RECONSTRUÇÃO DA VIA BILIAR EXTRA-HEPÁTICA COM UTILIZAÇÃO DE TUBO JEJUNAL

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: EDUARDO CREMA1; ALEX AUGUSTO SILVA1; JUVERSON ALVES TERRA JUNIOR1; LIA YUMI OMORI NISHIKAWA1; CELSO JUNIOR OLIVEIRA TELES2; MARIANA OLIVEIRA FERREIRA1; BRUNO GIL DE OLIVEIRA MACHADO1. 1. UFTM, UBERABA - MG - BRASIL; 2. UFTM - UBERABA/MG, UBERABA - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução:As lesões iatrogênicas da via biliar durante colecistectomias consistem em desafio cirúrgico. Crema et al utilizou o princípio de Monti para confecção e interposição de tubo jejunal entre a via biliar e o duodeno, em cães, como alternativa terapêutica mais fisiológica, possibilitando posterior acesso endoscópico e diminuindo refluxo para via biliar. Descrevemos o caso mais recente em humano. Resumo:DSF, 22 anos, sexo feminino, branca, previamente hígida, IMC 28. Submetida a colecistectomia videolaparoscópica em outro serviço, necessário conversão para laparotomia devido sangramento vultuoso, evoluiu no pós-operatório com fístula biliar e sepse abdominal. TC e RNM de abdome: grande volume de líquido livre, ligadura da tríade portal direita. Encaminhada no 12º DPO para o HC/UFTM, submetida a laparotomia exploradora, evidenciado coleperitôneo, lesão de via biliar principal (Bismuth III), ligadura do ramo direito da v. porta e da a. hepática direita e isquemia do lobo hepático direito. Optado por drenagem externa da via biliar (hepaticostomia bilateral), limpeza e drenagem da cavidade peritoneal. Evoluiu bem, recebeu antibioticoterapia e nutrição enteral complementar, e após 12 dias, resolvido o quadro séptico, optou-se pelo tratamento cirúrgico definitivo ? derivação biliodigestiva hepático-duodenal com interposição de tubo jejunal pediculado. Confeccionado tubo jejunal a partir de segmento de 5 cm de alça jejunal a 40 cm do Treitz, mantendo pedículo vascular, após secção longitudinal na borda antimesentérica (destubularização) e sutura transversal (retubularização). Realizado enteroenteroanastomose para reconstrução do trânsito intestinal, interposição do tubo jejunal entre o ducto hepático (placa hilar) e o duodeno (transmesocólica retrogástrica), drenagem biliar externa e da cavidade peritoneal. Evoluiu bem, apresentou fístula biliar de baixo débito resolvida com dreno abdominal, recebeu alta hospitalar no 10º PO. Permaneceu sem intercorrências, sacado dreno de Levine no 28º PO após colangiografia. EDA: gastrite erosiva antral leve. ColangioRNM: lobo hepático direito regenerado, tubo jejunal pérvio, dilatação discreta do tubo e da via biliar intra-hepática, sem pontos de estenose. Há 13 meses mantém-se anictérica, exames laboratoriais normais, queixa-se apenas de epigastralgia tipo queimação. Conclusão:A técnica mostrou-se segura e satisfatória para reconstrução da via biliar, sendo a técnica reprodutível e alternativa às derivações consagradas.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2997

TÍTULO DO TRABALHO: O SINAL DE MERCEDEZ-BENZ E OUTROS SINAIS RADIOLÓGICOS NA COLECISTOPATIA CALCULOSA: RELATO DE CASO.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CARLOS HENRIQUE MAIA FEITOSA; ALEXANDRE AUGUSTO PINTO CARDOSO; THAIGO PAULO TEIXEIRA DOS SANTOS; FERNANDO HENRIQUE FURTADO COUTINHO; MICHELLE LOUISE RODRIGUES BARBOSA DA SILVA; BRUNNA CAMEROTTE; CAROLINA DE SOUZA RIBEIRO VITORASSO; MARIO LUIZ QUINTAS. HOSPITAL ESTADUAL VILA ALPINA, SAO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O SINAL DE MERCEDES-BENZ PODE SER OBSERVADO NA RADIOGRAFIA SIMPLES DE ABDOME, PROJETADO SOBRE O HIPOCÔNDRIO DIREITO, OU NA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA, DENTRO DA VESÍCULA BILIAR. É PRODUZIDO PELA PRESENÇA DE GÁS DENTRO DOS CÁLCULOS BILIARES, ADOTANDO UMA CONFORMAÇÃO DE ESTRELA DE 3 PONTAS. DESCRITO PELA PRIMEIRA VEZ EM 1931, POR BAUER, EM RADIOGRAFIAS REALIZADAS PARA PACIENTES QUE APRESENTAVAM DOR INEXPLICADA EM HIPOCÔNDRIO DIREITO, AS QUAIS MOSTRAVAM RADIOLUCÊNCIAS ESTRELADAS NA PROJEÇÃO DA VESÍCULA BILIAR NA AUSÊNCIA DE CÁLCULOS RADIOPACOS. A PRESENÇA DE FISSURAS CONTENDO GÁS DENTRO DOS CÁLCULOS BILIARES SE ORIGINA DESDE SUA CRISTALIZAÇÃO, E CORRESPONDEM A UMA MISTURA DE OXIGÊNIO, DIÓXIDO DE CARBONO E NITROGÊNIO. VÁRIAS TEORIAS FORAM APRESENTADAS PARA EXPLICAR A PRESENÇA DE GÁS, PREVALECENDO A DE QUE O GÁS É LIBERADO DA SOLUÇÃO POR PRESSÃO NEGATIVA DENTRO DE PEDRAS DE COLESTEROL SOFRENDO FISSURA INTERNA DEVIDO À SUA ESTRUTURA CRISTALINA, OU SEJA, O GÁS É LIBERADO DA SOLUÇÃO A PARTIR DA PEQUENA QUANTIDADE DO FLUIDO APRISIONADO NO CÁLCULO. RELATO DE CASO: PACIENTE ADULTA, DO SEXO FEMININO, DÁ ENTRADA COM QUADRO DE DOR ABDOMINAL EM HIPOCÔNDRIO DIREITO ASSOCIADA A NÁUSEAS E VÔMITOS. FOI SUBMETIDA A TOMOGRAFIA ABDOMINAL A QUAL EVIDENCIOU O SINAL DE MERCEDES BENZ. REALIZADA COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA, COM ACHADO INTRA-OPERATÓRIO DE VESÍCULDA BILIAR CONTENDO TRÊS GRANDES CÁLCULOS DE COLESTEROL. CONCLUSÃO: A IMPORTÂNCIA DO CONHECIMENTO DE SINAIS RADIOLÓGICOS ESPECÍFICOS DE DETERMINADAS PATOLOGIAS É DE IMPORTÂNCIA INDISCUTÍVEL NO CORRETO DIAGNÓSTICO DESTAS DOENÇAS. É TAMBÉM DE SUMA IMPORTÂNCIA SABER DIFERENCIAR E IDENTIFICAR CORRETAMENTE OS DIFERENTES SINAIS. EM RELAÇÃO AO SINAL DE MERCEDES BENZ, FAZ-SE NECESSÁRIO A CORRETA DISTINÇÃO COM PELO MENOS OUTROS DOIS ACHADOS: A COLECISTITE ENFISEMATOSA E A AEROBILIA. A AEROBILIA É O ACÚMULO DE AR ADVINDO DO TRATO GASTROINTESTINAL NA ÁRVORE BILIAR E PODE TER DIVERSAS CAUSAS (FISTULA BILIAR, MANIPULAÇÃO DE VIAS BILIARES); APRESENTA-SE COMO UMA RAMIFICAÇÃO LINEAR DENTRO DO FÍGADO, MAIS PROEMINENTE EM DUTOS CENTRAIS DE GRANDE CALIBRE. COLECISTITE ENFISEMATOSA É UMA FORMA DE COLECISTITE AGUDA ONDE A NECROSE DA PAREDE DA VESÍCULA BILIAR CAUSA FORMAÇÃO DE GÁS NA PAREDE OU LÚMEM, CARACTERIZANDO UMA URGÊNCIA CIRÚRGICA; RADIOLOGICAMENTE, PERCEBEMOS AR NA PAREDE E/OU DUCTOS BILIARES NA AUSÊNCIA DE COMUNICAÇÃO ANORMAL COM O TRATO GASTROINTESTINAL.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2503

TÍTULO DO TRABALHO: Pâncreas anular como causa de síndrome colestática: relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: SOLON GONÇALVES SOUZA MENEZES; MARCUS VINICIUS BITTENCOURT BUENO; INGRID LUNA HOERNER E SILVA; ANTONIO AUGUSTO PEIXOTO DE SOUZA; ARIANE RIBEIRO DOS SANTOS; FERNANDA CRAVO BARROSO; ANA PAULA BASTOS DE CARVALHO. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO (UFRJ), RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:
O pâncreas anular é uma malformação congênita rara, onde um segmento do tecido pancreático envolve total ou parcialmente o bulbo duodenal, podendo cursar ou não com algum grau de obstrução extrínseca da luz intestinal. Com uma incidência estimada em um em cada 10 a 20 mil nascidos vivos, tal condição é mais frequente em neonatos mas pode passar assintomática durante este período sendo diagnosticada na vida adulta ou em necropsias.I.Q.B, 57 anos, com dor abdominal em hipocôndrio direito, intermitente, há aproximadamente 6 meses, acompanhada de distensão abdominal, vômitos pós-prandiais e síndrome colestática. História prévia de úlcera péptica de repetição há mais de 20 anos. Interna-se para investigação.EDA: cicatriz de lesão ulcerada no corpo gástrico e úlcera em atividade pré-pilórica. Estenose pós-bulbar. Colangio RNM: cabeça pancreática de tamanho aumentado e sinal preservado, provável alteração constitucinal sem configurar lesão focal. Vias biliares dilatadas intra e extrahepáticas.SEED: redução do calibre do arco duodenal (segunda porção).Evoluiu com quadro de colangite, dor abdominal difusa com irritação peritoneal. Submetido à laparotomia exploradora em cárater de urgência, realizou-se drenagem cirúrgica da via biliar com dreno de Kehr. Colangiografia intra-operatória: dilatação de vias biliares intra e extrahepáticas, sem passagem de contraste para o duodeno, sem coledocolitíase. Evidenciada durante a exploração cirúrgica presença de tecido pancreático envolvendo a segunda porção duodenal. Confirmou-se tratar de um caso de pâncreas anular cuja anatomia anômala do órgão causava estenose do duodeno em sua segunda porção com obstrução da papila, justificando a síndrome colestática, as úlceras e o retardo no esvaziamento gástrico. Após resolução do quadro infeccioso optou-se por nova abordagem cirúrgica para tratamento definitivo. Foi novamente submetido a laparotomia com realização de duodenoduodenostomia associada à derivação biliodigestiva coledocojejunal, resolvendo então a estenose bulbar e a obstrução à drenagem da via biliar causada pelo pâncreas anular.Em seguimento ambulatorial com resolução completa da disfagia e colestase. EDAs de controle normais, sem recidiva das úlceras pépticas.Trata-se de um paciente com estenose da segunda porção duodenal associada à síndrome colestática com etiologia atribuída a pâncreas anular, onde a duodenoduodenostomia foi eficaz, uma vez que permitiu o "by-pass" da estenose duodenal resolvendo o quadro clínico.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2544

TÍTULO DO TRABALHO: Pâncreas Anular no Adulto

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RENATO MANGANELLI SALOMAO; ANTONIO CARLOS RIBEIRO G. IGLESIAS; CAMILA CERDEIRO AGUIAR; FERNANDO ATHAYDE VELOSO MADUREIRA; JOSÉ CARLOS PERRI VIDAL ALVAREZ; CELIO CORTINHAS FILHO; CELIA REGINA DE OLIVEIRA GARRITANO; MARISTELA CAVEDAGNE; LUANE TAVARES. UNIRIO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:
ObjetivoRelatar dois casos de pâncreas anular, uma anomalia do desenvolvimento rara, diagnosticados pelo serviço de cirurgia geral da sexta enfermaria do Hospital Universitário Gaffrèe e Guinle. IntroduçãoO pâncreas anular é uma anomalia congênita rara, causando graus variados de obstrução duodenal extrinsecaRelato de casoCaso 1 - Paciente do sexo masculino , 73 anos, com quadro clínico de náuseas e vômitos, plenitude pós prandial e icterícia, sem dor abdominal. Ultrassonografia abdominal evidenciou dilatação das vias biliares e coledocolitíase. Colangiografia apontou dilatação de vias biliares e deslocamento da porção distal do colédoco. Exame contrastado do duodeno mostrou importante redução do diâmetro da segunda porção duodenal, dilatação do estômago e da primeira porção de duodeno. Na endoscopia digestiva alta notou-se compressão extrínseca tipo anular na segunda porção duodenal. Exames laboratoriais demonstravam aumento de fosfatase alcalina e bilirrubina total, com predomínio de bilirrubina direta. Paciente foi submetido à abordagem cirúrgica com realização de coledocolitotomia e anastomose hepaticojejunoduodenostomia. Evoluiu com abscesso de parede abdominal, recebendo alta hospitalar após resolução do quadro. Realizado seguimento clínico do paciente por 05 anos.Caso 2- Paciente do sexo feminino, 42 anos, apresentando vômitos e plenitude pós prandiais e perda ponderal significativa. Ao exame físico, apresentava estômago dilatado e vasculejo presente. Exame contrastado de estômago e duodeno demonstrou grande distensão gástrica, megabulbo duodenal e área de estenose ao nível da segunda porção do duodeno. Endoscopia digestiva alta evidenciou grande quantidade de resíduos alimentares no estômago, dilatação com compressão extrínseca circular da primeira e segunda porção duodenal. Foi submetida à abordagem cirúrgica com realização de vagotomia troncular e gastrojejunostomia. Evoluiu no pós operatório com paresia e distensão gástrica. Após restabelecimento de peristalse, paciente recebeu alta hospitalar. Realizado seguimento clínico da paciente por 02 anos. ConclusãoO conhecimento das malformações pancreáticas é essencial para estabelecimento de diagnósticos diferenciais e elucidação diagnóstica. A apresentação clínica de pâncreas anular é variável e, embora os achados imagiológicos o possam sugerir, o seu diagnóstico definitivo ocorre apenas durante a cirurgia, com a identificação de uma banda de tecido pancreático a envolver o duodeno.

CODIGO DO TRABALHO: 946

TÍTULO DO TRABALHO: Pâncreas Divisum (PD): Relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RAQUEL BITTENCOURT CATTO1; GUILHERME KRIGER1; BRUNO FERNANDES CERANTO2; CARLA TRAMONTIM3; ELISA CANTÚ GERMANO DUTRA1; GEISLA MEDEIROS1; HENRIELI CORREA ZANARDI1; JOEL ANTONIO BERNHARDT1. 1. UNIVALI, ITAJAÍ - SC - BRASIL; 2. HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN, ITAJAÍ - SC - BRASIL; 3. HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN, ITAJAÌ - SC - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Pâncreas divisum (PD) é a anomalia pancreática congênita mais comum, 4 a 10%, consiste na falha de fusão do sistema ventral e dorsal do pâncreas. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de PD.Relato do Caso: Paciente masculino, 75 anos, procurou atendimento hospitalar com queixa de dor abdominal recorrente por 5 dias em região epigástrica, em faixa, continua, irradiada para dorso, com piora pós-prandial. Negou sintomas associados. Ao exame físico apresentava abdome flácido, plano, ruídos hidroaéreos presentes, dor a palpação profunda mais localizada em região epigástrica, sem sinais de irritação peritoneal e sem massas palpáveis. A tomografia computadorizada (TC)(Figura 01) foi consistente para a suspeita de pancreatite aguda caudal ou neoplasia. Foi solicitado avaliação da cirurgia geral e realizado exames laboratoriais complementares com lipase 575 U/L, amilase 135 U/L, CEA e CA 19-9 normais. Realizado tratamento clínico com melhora clínico-laboratorial da pancreatite e solicitado colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) para realização ambulatorial após a alta hospitalar. Na CPRE (Figura 02) não se observou nenhuma anomalia na estrutura anatomica do pâncreas pelo médico realizador do exame, realizado papilotomia. Seguiu acompanhando ambulatorialmente, com novos exames laboratoriais evidenciando lipase de 184U/L e demais parâmetros dentro da normalidade. No seguimento, realizou ecoendoscopia evidenciando ducto pancreático dominante dorsal dilatado associado a imagem nodular hipoecóica na topografia da papila duodenal menor, realizada punção aspirativa. Ducto pancreático ventral de calibre habitual na confluência bilio-pancreática e imagem ovalada anecoica duodenal sugestiva de lesão cística. Realizada PAAF de lesão hipoecóica no processo uncinado, com amostra insatisfatória. No seguimento manteve-se sem queixas, solicitado ressonância magnética (RM) (Figura 03) onde não se evidenciou mais a imagem cística duodenal e confirmou o diagnosticado de PD.Conclusão: O PD é uma anomalia que eleva o risco de pancreatites e dor crônica abdominal. Cerca de 95% dos pacientes são assintomáticos. Seu diagnostico padrão ouro é a CPRE. Em pacientes assintomáticos, a conduta é expectante, já os sintomáticos com história de pancreatite passarão por papilotomia menor ou colocação de stent dorsal. A terapia endoscópica é eficaz e segura, as complicações são baixas quando realizada por profissional experiente e capacitado.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 889

TÍTULO DO TRABALHO: Pancreatectomia corpo-caudal com preservação esplênica no tratamento do Tumor sólido pseudopapilar do pâncreas

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RACHID GUIMARAES NAGEM1; BEATRIZ DEOTI E SILVA RODRIGUES1; CARLOS DIEGO RIBEIRO CENTELLAS2; LUCAS SILVA COUTO2. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. HOSPITAL DOS SERVIDORES DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoO Tumor sólido pseudopapilar do pâncreas (TSPP) ou Tumor de Frantz é neoplasia rara, representando 0,2 a 2.7% de todos os tumores malignos do pâncreas (1). Predomina no sexo feminino (90%), na terceira década de vida (2). Acomete mais o corpo e cauda do pâncreas, possui crescimento lento, sendo considerada uma neoplasia com baixo grau de malignidade. Tende a ser localmente invasivo, sendo as metástases incomuns (3-5). O tratamento é a ressecção completa, quando localizado no corpo e cauda do órgão é indicado pancreatectomia corpo-caudal com ou sem esplenectomia (5-7). Existem poucos casos de TSPP tratados com pancreatectomia corpo-caudal com preservação esplênica e por esse motivo foi realizado este trabalho.Relato de casoM.C.F, 30 anos, leucodérmica, feminina, natural de Belo Horizonte, com história de dor em mesogástrio há 2 meses. Rotina laboratorial e marcadores tumorais sem alterações. TC :lesão ovalada, heterogênea, em corpo do pâncreas. RNM: Lesão compatível com tumor sólido pseudopapilar do pâncreas.Submetida a laparotomia e encontrada lesão de consistência firme no corpo do pâncreas. Realizada pancreatectomia corpo-caudal com preservação do baço. Apresentou boa evolução pós-operatória com alta no 8º DPO. AP revelou tumor endócrino pancreático e recomendou imunohistoquímica, Esta confirmou TSPP (negativo para citokeratina, sinaptofisina e cromogranina, e positivo para CD-10, vimentina e receptor de progesterona). A paciente encontra-se bem e sem recidiva após 12 anos da cirurgia.ConclusãoApesar de tratar-se de neoplasia pancreática maligna, o tratamento cirúrgico adequado do TSPP localizado no corpo e cauda do pâncreas não é incompatível com a preservação esplênica.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 635

TÍTULO DO TRABALHO: Pancreatectomia esquerda com patch de ligamento falciforme: alternativa de baixo custo para redução de fístula pancreática

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JORGE ROBERTO MARCANTE CARLOTTO1; JUAREZ ANTONIO DAL VESCO1; FERNANDA MARCANTE CARLOTTO2; LUCAS DUDA SCHMITZ1; MATHEUS SARMENTO MILITZ2; CAROLINA ARGENTA DAL VESCO2; MARCOS DAL VESCO NETOU2; GABRIEL WEISS3. 1. CLÍNICA DAL VESCO, PASSO FUNDO - RS - BRASIL; 2. UNIVERIDADE DE PASSO FUNDO - UPF, PASSO FUNDO - RS - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL, PASSO FUNDO - RS - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Apresentar o emprego de uma técnica rápida, autóloga e de baixo custo para prevenção de fístula pancreática.Método: O patch de ligamento falciforme foi realizado em 3 pacientes. O escore de risco para fístula pancreática foi de risco elevado. Todos os pacientes realizaram pancreatectomia distal com esplenectomia. Optou-se pela realização de um patch autólogo de ligamento falciforme (PALF) para fechamento de coto pancreático distal. O patch foi conservado em solução salina e adaptado ao coto pancreático com sutura absorvível de poligalactina 3-0 com avanço de 3 cm sobre o parêquima pancreático para cobertura da área cruenta.Resultados: Os pacientes evoluíram no pós-operatório sem fístula pancreática. A amilase média do líquido do dreno abdominal foi de 160,5, 59 e 23 no 3o, 5o e 7o dia pós-operatório, respectivamente. A aplicação de diversas técnicas para cobertura da margem cruenta pancreática é desenvolvida há muitos anos, mas não diminuiu a incidência de fístula pancreática. O uso do grampeador mecânico, do patch de pericárdio bovino e do selante de fibrina não alteram os resultados no pós-operatório da pancreatectomia distal. O uso de tecidos autólogos é uma técnica promissora que demonstrou bons resultados com o patch vascularizado de ligamento redondo em alguns casos na literatura. O uso de ligamento falciforme ou da fáscia lata é uma técnica estabelecida nas reconstruções de parede abdominal e nas coberturas intestinais. Optamos pelo uso do ligamento falciforme sem pedículo pela facilidade técnica, simplicidade, reprodutibilidade e pela sua formação conjuntiva densa impermeável e indigerível pela secreção pancreática. Conclusão: O PALF para prevenção de fístula pancreática é uma opção cirúrgica nova, simples, reprodutível e promissora. Além de reduzir a incidência de fístula, pode diminui o tempo de hospitalização e os gastos médicos nas pancretectomias distais. Estudos randomizados e comparativos são necessários para estabelecimento do PALF nas ressecções pancreáticas.REFERÊNCIAS:Miyasaka Y, Mori Y, Nakata K, Ohtsuka T, Nakamura M. Attempts to prevent postoperative pancreatic fistula after distal pancreatectomy. Surg Today. 2016 Jun 20.Ramia JM, de la Plaza R, Adel F, Ramiro C, Arteaga V, Garcia-Parreño J. Wrapping in pancreatic surgery: a systematic review. ANZ J Surg. 2014 Dec;84(12):921-4.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2278

TÍTULO DO TRABALHO: PANCREATITE AGUDA COMPLICADA DE ETIOLOGIA ALCOÓLICA: UM RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FERNANDO FREIRE LISBOA JUNIOR; NATHANY LOUIZE DE ARAÚJO; LUÍS FELIPE REVOREDO ANTUNES DE MELO; ALYNE ALVES SOBRINHO; KARLA FALCAO DOS SANTOS; RAFAEL AUGUSTO GURGEL. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES, NATAL - RN - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A pancreatite aguda refere-se à inflamação do pâncreas, causando dor abdominal súbita e grave. Cerca de 60-75% dos casos de pancreatite se desenvolve como resultado de cálculos biliares ou moderada a forte consumo de álcool ao longo de anos. Consiste em uma condição clínica bastante frequente, identificando-se duas formas principais de apresentação: a forma edematosa e a necrosante, a forma grave da doença. A maioria dos pacientes tem a forma leve, que é autolimitada e tem boa evolução com tratamento conservador. Entretanto, cerca de 20?30% dos casos evoluem para a forma grave, com significativa morbimortalidade. Entre 1988 e 2003, a mortalidade por pancreatite aguda diminuiu de 12 para 2%, de acordo com um grande estudo epidemiológico dos Estados Unidos. No entanto, cerca de 15-25% de todos os pacientes têm uma doença mais grave que requer cuidados médicos intensivos, já que por vezes é complicada por danos extensivos e até 30% desenvolverão infecção no tecido pancreático.RELATO DE CASO: Paciente 28 anos, sexo masculino, solteiro, branco, dono de bar. Relato de dor em abdome superior há cerca de 30 dias, frequência diária, de forte intensidade, associada a febre, náuseas e vômitos que pioravam com a dieta oral. Era etilista diário há 06 anos de fermentados e destilados. Tomografia de abdome mostrou aumento de volume pancreático, heterogêneo, com formação cística na cauda do pâncreas, 1,4cm no maior eixo. Diagnosticada pancreatite aguda grave de etiologia alcoólica e iniciada antibioticoterapia. Evoluiu com formação de múltiplas coleções intraabdominais infectadas, e após duas tentativas falhas de drenagem guiadas por ecoendoscopia e tomografia computadorizada, apresentou rebaixamento do nível de consciência por quadro de endocardite aguda com êmbolos sépticos cerebrais. Após três meses recebeu alta hospitalar com dislalia e paraparesia de membros inferiores.CONCLUSÃO: A maioria dos quadros de pancreatite aguda não levam à complicações. A infecção bacteriana secundária ocorre em 40% a 70% dos pacientes com pancreatite necrosante e constitui o principal fator de risco de mortalidade. A avaliação radiológica, sobretudo por tomografia computadorizada, tem papel fundamental na definição da conduta nos casos graves, principalmente no que diz respeito à caracterização das complicações locais, as quais têm implicação prognóstica e na determinação do tipo de abordagem terapêutica.

CODIGO DO TRABALHO: 1700

TÍTULO DO TRABALHO: Pancreatite Aguda por Ascaris lumbricoides - Um Relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: NAYARA FALCÃO RODRIGUES; BRUNO ALMEIDA LESSA CASTRO; ANA JULIA DE JESUS CANDEA; YURI NÓBREGA ROCHA; PEDRO HENRIQUE DE CARVALHO MOTA; TADEU JOSÉ FONTENELE LEITE CAMPOS; CHARLES OLIVEIRA DA SILVEIRA; DANILO DE ANDRADE LIMA. HOSPITAL GERAL WALDEMAR ALCANTARA, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A infestação pelo Ascaris lumbricoides representa a principal forma parasitária que acomete a espécie humana. Usualmente este verme se instala na luz intestinal, porém em alguns casos, eles podem migrar para outros locais como os ductos pancreáticos, os ductos biliares e a vesícula biliar. Devido a estas localizações não usuais, os pacientes podem desenvolver complicações como colangite, colecistite, abscesso hepático e pancreatite aguda. As causas mais frequentes de pancreatite aguda são a litíase biliar e o etilismo. Assim, a infestação pelo Ascaris é incomum como causa de pancreatite, principalmente entre os pacientes adultos.Relato de Caso: Paciente, 30anos, feminino, internada por quadro de dor abdominal em hipogástrio com evolução de aproximadamente 30 dias. Nas ultimas 24h antes do internamento, a dor passou a ser difusa com irradiação para dorso, sendo associada com náuseas, vômitos e hiporexia. Não apresentou icterícia, colúria e/ou acolia fecal. Ao exame: bom estado geral, anictérica, afebril, taquipneica e pulso de 120bpm; abdome globoso, doloroso a palpação superficial e profunda, principalmente em abdome inferior, sem sinais de irritação peritoneal.História Patológica Pregressa: sem comorbidades e sem cirurgias prévias; com relato de verminose há 01 ano sem tratamento. Exames: Hb: 12,9; Leuco: 22.010; Palq: 347.000; Ur: 109; Cr: 1,75; BT: 1,54; BD: 0,70; BI: 0,84; TGO: 32; TGP: 44; Amilase: 1337; Lipase: 531; LDH: 1671; GGT: 106; FA: 97. UGS Abdominal: vesícula biliar com imagem ecogênica linear (Ascaris?), pâncreas heterogêneo e aumentado de volume. Paciente evoluiu com pancreatite grave, ficando internada na UTI durante 03 dias. Avaliada pela cirurgia geral, foi indicado inicialmente tratamento clínico e piperazina. Após melhora, paciente foi submetida à colecistectomiavideolaparoscópica, com a remoção de áscaris da vesícula biliar. Conclusão: A invasão das vias biliares por Ascaris é um evento raro, devido à tortuosidade e ao diâmetro reduzido do ducto cístico. O diagnóstico pode ser feito durante a cirurgia ou através da US ou colangiopancreatografiaendoscópica retrógrada (CPRE). A US é o exame de escolha no diagnóstico de ascaridíase biliar, particularmente da vesícula biliar. O quadro clínico da ascaridíase biliar quase sempre se assemelha a outras colecistopatias, sobretudo as litiásicas. O tratamento preconizado consiste na administração de drogas anti-helmínticas e a remoção do verme por via endoscópica ou cirúrgica.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1682

TÍTULO DO TRABALHO: Pancreatite Aguda por Hipertrigliceridemia: Relato de Caso e Revisão Bibliográfica

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: VITOR PEREIRA FREGONEZZI; ADORÍSIO BONADIMAN; WANDERLISTER DUQUE TAVARES; BRUNA MENDONÇA LEITE; ESTELLA THAISA SONTAG DOS REIS. FACULDADE INGÁ, MARINGÁ - PR - BRASIL.

RESUMO:
Relato de Caso: Mulher, 33 anos, com história de dor abdominal, de início súbito, em região epigástrica com irradiação para região lombar alta, de forte intensidade, associada à náusea, vômitos e taquidispnéia. Abdome distendido, doloroso difusamente a palpação. Exames complementares na admissão: Amilase 930U/l; Lipase 1.026U/l; Triglicérides (TG) 3.731mg/dL; Radiografia de tórax: sinais de congestão do parênquima pulmonar em bases e derrame pleural bilateral; Ultrassonografia de abdome: Hepatopatia difusa grau II, sugerindo esteatose, processo inflamatório pancreático; Tomografia computadorizada: sinais de pancreatite aguda (PA) necrotizante, borramento peripancreático, Classificação de Balthazar E.Introdução: A PA tem como etiologias principais colelitíase e etilismo. Entretanto, níveis elevados de TG sérico são responsáveis por até 10% de todos os casos, ocupando o terceiro lugar na causa de PA. Paciente com PA e níveis de TG acima de 1000mg/dl sugere como etiologia a hipertrigliceridemia. O presente estudo visa abordar a importância do diagnóstico da hipertrigliceridemia como fator etiológico da PA.Discussão: O tratamento da PA por hipertrigliceridemia será planejado de acordo com a gravidade do quadro e a presença ou não de infecção. Derivados do ácido fíbrico, estatinas, niacina e ômega 3 são as opções terapêuticas disponíveis atualmente. Para redução imediata do TG é disponível a plasmaférese, estudos comprovam a redução da morbimortalidade deste método. Tratamento não farmacológico inclui: redução de peso, dieta hipolipídica e exercício físico regularmente. No respectivo caso, como tratamento adotou-se suporte clínico, jejum, hidratação controlada, estatina e fibrato. Permaneceu em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) por 9 dias, 3 três dias em enfermaria e posteriormente, alta hospitalar com desfecho clínico resolutivo e satisfatório.Conclusão: A PA por hipertrigliceridemia apesar de relativamente incomum deve sempre ser investigada em pacientes com diagnóstico de PA sem colelitíase ou história de etilismo. Deve-se elucidar o diagnóstico e tomar conduta imediata, pois o excesso de TG é mostrado como fator de mau prognóstico, associado a aumento no número de internações em UTI e forma grave de PA.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1681

TÍTULO DO TRABALHO: Pancreatite Autoimune: Relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CARLOS ROBERTO CARVALHO LEITE1; ERNESTO DE SOUZA DINIZ NETO1; JÉSSICA MONTENEGRO PONTES2; GABRIELLA SANCHO LEITE1; JOSANN FREDERICO RIBEIRO1; ARTHUR GONÇALVES DE LIMA FRANÇA1; KAROLINE RODRIGUES COSTA ARAÚJO1. 1. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇAO, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Pancreatite autoimune (PAI) é uma doença crônica, rara e benigna, que causa aumento focal ou difuso do pâncreas, tornando-o caracteristicamente fibrótico e inflamatório, cuja clínica se assemelha bastante com o carcinoma de pâncreas. Acomete em maioria homens de meia idade. Os corticoides podem induzir uma remissão completa da doença, embora possam ocorrer recidivas após a interrupção do tratamento. Relato de Caso: R.V.S., masculino, 63 anos, deu entrada no serviço de Cirurgia Abdominal do Hospital de Câncer Napoleão Laureano, em João Pessoa?PB, com queixa de icterícia, perda de peso, acolia fecal, colúria e prurido. Tomografia de abdome evidenciou dilatação de vias biliares intra e extra-hepáticas com abaulamento da cabeça do pâncreas. Colangiorressonância mostrou discreta dilatação das vias biliares intra-hepáticas, aumento do calibre do hepato-colédoco (9.0 mm), com redução gradativa do seu calibre. Realizado CPRE, que mostrou dilatação de vias biliares e afilamento de colédoco distal. Paciente foi submetido a tratamento cirúrgico com vistas à duodenopancreatectomia. Porém, no intra-operatório foi evidenciado volumoso tumor de cabeça de pâncreas, multinodular, com extravasamento grosseiro da sua cápsula e extensão para corpo e cauda do mesmo; colédoco dilatado e endurecido, medindo aproximadamente 1 cm de diâmetro e nódulo hepático no segmento III. Foram realizadas derivação biliodigestiva e biópsias múltiplas. Paciente evoluiu sem intercorrências no pós-operatório. O laudo histopatológico evidenciou pancreatite crônica com denso infiltrado linfoplasmocitário com eosinofilia, fibrose intensa periductal e periacinar e focos de flebite; ausência de sinais de malignidade em todas as amostras. O estudo imunológico posterior corroborou o diagnóstico de pancreatite autoimune. O paciente fez uso de prednisolona 40 mg/dia, reduzida gradativamente, durante 8 semanas, com resolução completa do quadro clínico. Conclusão: Por ser uma doença incomum, o diagnóstico de PAI muitas vezes é diagnosticado apenas no resultado anatomopatológico e imuno-histoquímico. Portanto, é importante que o cirurgião tenha conhecimento e índice de suspeição desta doença durante os achados intra-operatórios na tentativa de reduzir a incidência de realização de cirurgias de maior morbidade, considerando que a PAI responde muito bem ao tratamento clínico, melhorando as chances de uma sobrevida maior e melhor após uma intervenção cirúrgica.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2420

TÍTULO DO TRABALHO: Pancreatite como complicação de CPRE: Descrição de casos em um hospital de urgência e emergência de Salvador-BA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANDRE GUSMAO CUNHA1; ANA CELIA DINIZ C. BARBOSA ROMEO1; LOHANA SANTANA ALMEIDA DA SILVA2; VICTOR DA PAIXÃO GUIMARÃES2; LORENZA ANDRÉS ALMEIDA DE SOUZA2; GRAZIELE DANTAS VIEIRA2; MATEUS FAGUNDES GÓES2; DANIEL ROCHA PARANHOS2. 1. HOSPITAL DO SUBÚRBIO, SALVADOR - BA - BRASIL; 2. ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, SALVADOR - BA - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Coledocolitíase ocorre entre 8 e 20% dos doentes com colelitíase sintomática. Este achado leva à necessidade de intervenção na via biliar principal por endoscopia ou cirurgia. Quando se estabelece o diagnóstico no período pré-operatório, o tratamento endoscópico, através da colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) com papilotomia e retirada dos cálculos, é o procedimento preferencial para diversos autores, com colecistectomia complementar. Entretanto, um dos obstáculos para escolha desta abordagem é a possibilidade de complicações, presentes em cerca de 10% dos doentes submetidos a este procedimento, sendo a pancreatite aguda responsável por até 50% delas. OBJETIVOS: Descrever e analisar o perfil dos pacientes que desenvolveram pancreatite aguda após Colangiopancreatografia retrógada endoscópica (CPRE), avaliados no Hospital de Emergência e Urgência Cirúrgica (Hospital do Subúrbio), Salvador ? Bahia. MÉTODOS: Trata-se de um Estudo descritivo-analítico, transversal, baseado na revisão de prontuários de 17 de abril de 2014 a 17 de abril de 2016, coletados na unidade referida. Foram incluídos todos os pacientes subemtidos a CPRE no período. RESULTADOS: Foram analisados 175 prontuários, dos quais 129 foram incluídos no estudo. A média de idade dos pacientes foi de 49,5 anos, variando entre 34-84 anos, com predomínio do sexo feminino (76,7%). Considerando a patologia de base, 59 (45,7%) apresentavam coledocolitiase evidenciada na CPRE, sendo que apenas 3 desenvolveram colangite pós-procedimento. Dentre os pacientes, 14 (10,8%) desenvolveram pancreatite após o procedimento, dos quais 8 necessitaram do uso de antibiótico e todos tiveram suporte clínico. A média de permanência dos pacientes no hospital foi de 7,8 dias, sendo o tempo médio entre a CPRE e a realização da colecistectomia de 3,8 dias. Todos os pacientes avaliados tiveram alta por melhora. CONCLUSÃO: A prevalência de pancreatite pós-CPRE ressalta a importância de se atentar para possibilidade desta complicação e mostra que o tratamento adequado contribui para um desfecho favorável.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2496

TÍTULO DO TRABALHO: PANCREATITE CRÔNICA EVOLUINDO COM FÍSTULA PANCREATOPULMONAR: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ENYÁLINE FIRMINO DE VASCONCELOS; EMYLAINE FIRMINO DE VASCONCELOS; LAÍS HENRIQUES DE OLIVEIRA; ANA CAROLINA LOPES RAMALHO BEZERRA VIANA; EVELYNNE MARIA GOMES GALVÃO DA TRINDADE; DEODATO ROLIM CARTAXO; KAYO CÉSAR SAMPAIO AMORIM. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A fístula pancreatopulmonar é uma complicação rara da pancreatite, porém associada a altas taxas de morbidade e mortalidade. Estima-se que ocorra em 0,4% dos pacientes com pancreatite crônica e em 4,5% daqueles com pseudocisto. Relato de Caso: Paciente de 47 anos, sexo masculino, portador de pancreatite crônica de etiologia alcoólica, encaminhado ao serviço para investigação de tosse produtiva, hemoptise, dispneia, dor torácica ventilatório- dependente e perda de 8 Kg nos últimos 2 meses. Negava queixas abdominais. Ao exame físico apresentava-se bastante emagrecido, com mucosas hipocoradas 2+/4+, febril, com taquipnéia leve. Na ausculta respiratória observou-se murmúrio vesicular abolido nos dois terços inferiores do hemitórax esquerdo, com macicez à percussão. O abdome era plano, sem visceromegalias ou massas palpáveis e indolor à palpação. A avaliação laboratorial mostrou um hemograma normal, amilasémia de 793 UI/L, amilasúria de 12477UI/L, com perfil hepático e renal sem alterações. Durante a investigação diagnóstica realizou tomografia de tórax e colangiorressonância que evidenciaram, respectivamente, múltiplas opacidades retráteis esparsas com distribuição periférica ântero-lateral e basal em ambos os pulmões, além de trajetos fistulosos da cauda pancreática aos segmentos pulmonares posterior e lateral do lobo inferior esquerdo. Recebeu o diagnóstico de fístula pancreatopulmonar e concordou em iniciar o tratamento conservador através da colocação de stent pancreático por CPRE. A Broncoscopia, tomografia, CPRM ou CPRE são exames fundamentais para o seu diagnóstico preciso. O tratamento de primeira linha para fístula pancreatopulmonar é clínico e endoscópico por passagem transpapilar de stent no ducto pancreático principal com eficácia de 30 a 60%. Caso não haja resposta satisfatória nas primeiras duas a três semanas algum procedimento cirúrgico como a lobectomia deve ser considerado. Em fístulas refratárias o uso tanto de fibrina quanto de cianoacrilato já foram previamente descritos na literatura com resultados benéficos. Conclusão: A fístula pancreatopulmonar apesar de incomum, deve sempre ser considerada grave. O seu diagnóstico precoce requer atenção aos sintomas dos pacientes e avaliação criteriosa dos achados radiológicos. O reconhecimento dessa complicação é portanto essencial no tratamento da pancreatite crônica.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 3100

TÍTULO DO TRABALHO: PANCREATITE POR IgG4: UM DIAGNOSTICO DIFERENCIAL IMPORTANTE DAS NEOPLASIAS PANCEATICAS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCOS ALBERTO DE MENDONÇA VEIGA1; RENATO RORIZ DA SILVA2; ELIANE DE QUEVEDO1. 1. HOSPITAL DE BASE DE PORTO VELHO, PORTO VELHO - RO - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA, PORTO VELHO - RO - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A pancreatite por IgG4 ou também chamada de Pancreatite Autoimune (PAI) é uma doença fibroinflamatória crônica de origem autoimune. Pouco conhecida entre os cirurgiões gerais porém aproximadamente 70% dos casos são operados por suspeita de neoplasia pancreática. Ocorre principalmente entre a quinta e sétima década de vida. Os principais sintomas são dor abdominal (74%) e icterícia de padrão obstrutivo sendo a perda ponderal um sintoma pouco frequente. Seu diagnóstico é baseado principalmente na sorológicos e anatomopatológicos. Os principais diagnóstico diferenciais da PAI são pancreatite alcoólica e neoplasias malignas do pâncreas e das via biliares. O tratamento padrão é a corticoterapia que reverte às alterações pâncreáticas. Relato de caso: Paciente masculino, 69 anos, casado, agricultor. Deu entrada no Hospital de Base com quadro de icterícia 4+/4, prurido intenso e desconforto abdominal. TC de Abdome revelou tumoração volumosa que acometia a cabeça e corpo de pâncreas sem plano de clivagem com a veia mesentérica. O paciente foi submetido a CPRE e passagem de prótese de colédoco. Após o procedimento evoluiu satisfatoriamente com regressão progressiva da icterícia porém apresentou na primeira semana pós CPRE, volumoso hematoma expansivo em lobo hepático direito com repercussão sistêmica e queda dos níveis hematimétricos. O paciente foi submetido à cirurgia de urgência para drenagem do hematoma e hemostasia. A avaliação do pâncreas no transoperatório foi observado características macroscópicas compatíveis com neoplasia de cabeça de pâncreas sendo realizado biópsia cirúrgica da massa pancreática. O paciente evoluiu satisfatoriamente no pós drenagem e recebeu alta na segunda semana pós-cirúrgica. O exame histopatológico e imunohistoquímico de fragmento pancreático revelou infiltrado linfoplasmocitário com positividade para IgG4 compatível com o diagnóstico de pancreatite autoimune sendo iniciado terapêutica com prednisona (40 mg/dia) e diminuição gradativa até a dose de manutenção (10 mg). O controle tomográfico realizado 60 dias após introdução da corticoterapia demostrou involução completa da massa pancreática. Conclusão: O diagnóstico de Pancreatite por IgG4 deve ver sempre lembrado pelo cirurgião nos casos suspeitos de neoplasia pancreática. Para a confirmação diagnóstica é necessário sorologia e a histopatologia compatível com a doença e a reversão da pancreatite ocorre após a introdução de terapia com corticoide.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1882

TÍTULO DO TRABALHO: Pancreatite por Leptospirose: Relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RENATA THOMAZ KATZENELSON1; GABRIELLA LUCATO ZUNTA1; LAÍS AGUILLAR GOMES1; RENATA FILOMENA BONATTI RAMOS DE ARAUJO1; TIBERIO AUGUSTO OLIVEIRA COSTA2; GABRIEL MOSTARO FONSECA2. 1. UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A Leptospirose é uma zoonose e sua transmissão ocorre pelo penetração através da pele da Lepstospira interrogans a partir do contato com urina de animais infectados ou água contaminada.OBJETIVO: Relatar um caso de acometimento renal e pancreático causado por Leptospirose e compará-lo com a literatura.RELATO DE CASO: A.A.P.O, feminino, 41 anos, residente em área rural, com quadro de cefaleia hemicraniana esquerda, dor abdominal difusa e oligúria há 7 dias. Apresentava-se em regular estado geral, desidratada, descorada, ictérica, com abdome doloroso à palpação difusa e edema em membros inferiores de 2+/4+. Solicitados exames laboratoriais que evidenciaram leucocitose com desvio a esquerda, aumento da creatinina, ureia, amilase, fosfatase alcalina e bilirrubina direta. Com hipótese diagnóstica de IRA e optou-se por jejum, hidratação endovenosa, antibioticoterapia empírica e sintomáticos. Evoluiu com quadro febril, hipotensão, flapping em membros superiores e inferiores, piora da icterícia, cefaleia e da dor abdominal, sendo indicado tratamento dialítico. Com hipótese diagnóstica de Síndrome Ictérica Febril e Pancreatite Aguda solicitou-se sorologias para Febre Amarela, Dengue, Leptospirose, provas de atividades reumáticas, exames de imagem e novos exames laboratoriais. Evidenciou-se aumento da Bilirrubina direta, Amilase, Lipase e TGO e TGP mantiveram-se dentro dos padrões de normalidades, decréscimo da Ureia e Creatinina, provas reumáticas negativas e sorologia positiva para Leptospirose. Com diagnóstico de Pancreatite e Injúria Renal Aguda por Leptospirose foi introduzido antibioticoterapia, mantido jejum e hidratação endovenosa. A paciente evoluiu bem e segue em acompanhamento ambulatorial. DISCUSSÃO: A leptospirose é uma doença infecciosa de início abrupto com manifestações variáveis sendo dividida em fase precoce, que é autolimitada e a fase tardia, que pode ocorrer evolução para manifestações clínicas graves. A pancreatite associada à leptospirose é infrequente e deve suspeitar-se partir do quadro de dor abdominal, icterícia e aumento da amilase e lipase. Todavia, a IRA pode cursar com aumento da amilase, o que torna a diferenciação diagnóstica difícil. CONCLUSÃO: Em pacientes com dor abdominal associada a Leptospirose, deve-se suspeitar de acometimento pancreático e diferenciar se a elevação da amilase é consequente a IRA, visando o melhor prognóstico do paciente.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 634

TÍTULO DO TRABALHO: Pancreatogastrostomia: Uma técnica alternativa de reconstrução da drenagem pancreática

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JORGE ROBERTO MARCANTE CARLOTTO1; MATHEUS SARMENTO MILITZ2; JUAREZ ANTONIO DAL VESCO1; LUCAS DUDA SCHMITZ3; CAROLINA ARGENTA DAL VESCO2; MARCOS DAL VESCO NETOU2; FERNANDA MARCANTE CARLOTTO2; GABRIEL WEISS4. 1. CLÍNICA DAL VESCO, PASSO FUNDO - RS - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO - UPF, PASSO FUNDO - RS - BRASIL; 3. CLÍNIDA DAL VESCO, PASSO FUNDO - RS - BRASIL; 4. RESIDÊNCIA MÉDICA EM CIRURGIA GERAL - UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL / HCPF, PASSO FUNDO - RS - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Demonstrar o emprego de uma técnica alternativa de reconstrução pancreática para diminuição de fístula pancreática na cirurgia pancreática.Método: A pancreatogastrostomia foi realizada em 5 pacientes. O escore de risco para fístula pancreática foi de risco alto. A maioria dos pacientes realizou duodenopancreatectomia com preservação gástrica (80%). O remanescente pancreático foi telescopado cerca de 5 cm para o interior da câmara gástrica através de uma abertura justa da parede posterior do corpo do estômago e o pâncreas foi fixado a mesma com um plano único extramucoso de pontos separados de polipropileno 3-0 circunferencialmente.Resultados: Os pacientes evoluíram no pós-operatório sem fístula panceática. A amilase do líquido do dreno abdominal foi de 212, 191 e 79,3 no 3o, 5o e 7o dia pós-operatório, respectivamente. A plausabilidade da pancreatogastrostomia está relacionada a maior espessura e vascularização da parede gástrica, a inatividade das enzimas pancreáticas em torno da anastomose em virtude do pH ácido do estômago, a possibilidade de diminuição da tensão da anastomose através de sondagem gástrica e a rapidez e facilidade técnica de sua confecção. Alguns grandes centros de cirurgia pancreática iniciaram a utilização desta técnica com resultados positivos para redução de fístula pancreática em pacientes de risco.Conclusões: A pancreatogastrostomia pode ser uma alternativa na reconstrução pancreática naqueles casos de pâncreas de consistência mole, ducto pancreático principal fino e com escore de risco de fístula pancreática intermediário e elevado.Referências:Callery MP, Pratt WB, Kent TS, et al. A prospectively validated clinical risk score accurately predicts pancreatic fistula after pancreatoduodenectomy. J Am Coll Surg. 2013 Jan;216(1):1-14.Keck T, Wellner UF, Bahra M, et al. Pancreatogastrostomy Versus Pancreatojejunostomy for RECOnstruction After PANCreatoduodenectomy (RECOPANC, DRKS 00000767): Perioperative and Long-term Results of a Multicenter Randomized Controlled Trial. Ann Surg. 2016 Mar;263(3):440-9.

CODIGO DO TRABALHO: 1329

TÍTULO DO TRABALHO: PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE COLEDOCOLITÍASE DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE ARAGUAÍNA-TO.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: YASMIN BIONE DINIZ; CAMILA MONTEIRO DA ROCHA; RONE ANTONIO ALVES ABREU; LUCAS MONTEIRO DA ROCHA; CAROLINA DOS REIS VALADARES; NADER NAZIR SULEIMAN; CLÁUDIO HENRIQUE CLEMENTE FERNANDES; PATRÍCIA ALVES MANGUEIRA. INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS, ARAGUAÍNA - TO - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVOS: O objetivo deste trabalho é descrever o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes submetidos aos procedimentos de CPRE e colecistectomia devido a um diagnóstico de coledocolitíase em um hospital universitário do estado do Tocantins.MÉTODO: Trata-se de um projeto de pesquisa financiado pelo ITPAC de cunho observacional, descritivo, retrospectivo, por meio de pesquisa de campo, realizado através da análise de prontuários 15 pacientes que foram submetidos à CPRE e Colecistectomia em um mesmo ato operatório, durante o período de 2010 a 2015.RESULTADOS: A respeito do perfil clínico e epidemiológico da amostra da pesquisa aproximadamente 70% era do sexo feminino, 94% dos pacientes eram tocantinenses, a idade dos pacientes variou de 19 a 78 anos, sendo a média igual a 41,58 anos e 94% era de origem parda e apenas um indivíduo era indígena. Em relação a história patológica pregressa, apenas dois pacientes eram hipertensos, nenhum era diabético, tabagista ou com história na família. Quanto às queixas antes do procedimento cirúrgico, 93% relatava dor abdominal, 93% icterícia, apenas 20% colúria e/ou acolia fecal, 27% relatava episódios de febre com calafrios, apenas um paciente relatou prurido e 3 relataram náuseas. Os pacientes relatavam ter de 2 dias a anos de clínica, mas a grande maioria tinha meses de sintomatologia. Ao exame físico inicial, 80% tinha dor à palpação, sendo que mais de 50% dos casos esta era localizada no Hipocôndrio Direito associado ou não a dor em outros locais e 60% dos pacientes tinham icterícia entre 2 e 3+. Quanto as alterações laboratoriais, 24% tinha hiperamilasemia, 13,33% tinha leucicitose com desvio à esquerda, 100% tinha gamaGT elevada, 46,67% tinham anemia normocítica e homocrômica e 86,66% tinha aumento de bilirrubina, sendo que a maioria este aumento era as custas de bilirrubina direta (84,65%). E segundo a avaliação do serviço de anestesia do hospital 76% desses pacientes se enquadravam na classificação ASA I. além disso, 100 % dos casos tiveram comprovação de colecistite crônica agudizada pela biopsia da peça cirúrgica.CONCLUSÃO: O presente estudo revela características clínicas e epidemiológica da coledocolitíase semelhantes a dados encontrados na literatura. Dentre estas, inclui-se a prevalência do sexo feminino e as alterações laboratoriais como aumento de gamaGT e elevação de bilirrubinas às custas da fração direta.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2589

TÍTULO DO TRABALHO: PERFIL DOS PACIENTES EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE TERESINA QUE REALIZARAM ANASTOMOSES BILIODIGESTIVAS NO ANO DE 2016: ESTUDO DE 28 CASOS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BRENNO IVO SOARES SANTOS1; RAIMUNDO JOSÉ CUNHA ARAUJO JUNIOR2; THIAGO MELO DINIZ2; LUCAS PAZOLINNI VIANA ROCHA2; ALEXANDRE GABRIEL SILVA REGO2; BRENDA IRLA SOARES SANTOS2; CARLO VICTOR SOUSA RODRIGUES3; GUSTAVO DE BARROS PENA RIBEIRO PAIVA4. 1. HSPE, TERESINA - SP - BRASIL; 2. UFPI, TERESINA - PI - BRASIL; 3. NOVAFAPI, TERESINA - PI - BRASIL; 4. HSPE, SAO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVO: Analisar o perfil dos pacientes atendidos no Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí (HU-UFPI) que realizaram anastomoses biliodigestivas no ano de 2016. METODOLOGIA: Estudo observacional e descritivo do tipo quantitativo. A amostra foi constituída a partir de todos os prontuários de pacientes que se submeteram a cirurgias de anastomose biliodigestiva no HU-UFPI no período de janeiro de 2016 a novembro de 2016. Utilizou-se um roteiro estruturado para a coleta dos dados, utilizando as variáveis sexo, procedência, idade e indicação. Os dados foram tabulados no programa Excel 2010 para Windows com posterior calculo das porcentagens e análise de cada variável. RESULTADOS: Foram realizadas 28 anastomoses biliodigestivas no serviço, no qual destas 25% eram do sexo Masculino e 75% do sexo Feminino, no qual dos 28 pacientes, 82,14% tinham procedência do interior. Os pacientes apresentaram uma idade média de 53,36±18,48 anos. A principal indicação para a realização da anastomose biliodigestiva encontrada foi a coledocolitiase com 11 pacientes (40,74%), 54,14% deles ocorrendo no sexo feminino, seguido de lesão iatrogênica com 5 pacientes (18,52%), todas em mulheres. CONCLUSÃO: A principal indicação de anastomose biliodigestiva no HU-UFPI no ano de 2016 foi a coledocolitiase, no qual em acordo com a literatura obteve uma maior incidência sobre o sexo feminino. Tem-se que a maioria dos pacientes que se submeteram a esse procedimento eram provenientes do interior. REFERÊNCIAS: 1. Goessmann H, et al. Biliodigestive anastomosis: indications, complications and interdisciplinary management. Chirurg. 2012 Dec;83(12):1097-108. 2. Cammann S, et al. Cholangitis in the postoperative course after biliodigestive anastomosis. Langenbecks Arch Surg. 2016 Aug;401(5):715-24

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1922

TÍTULO DO TRABALHO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA PANCREATITE AGUDA NO HOSPITAL SÃO PAULO DA EPM-UNIFESP

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BRUNO NOGUEIRA SAKAYA; FRANZ ROBERT APODACA TORREZ; ALBERTO GOLDENBERG; EDSON JOSÉ LOBO; GASPAR DE JESUS LOPES FILHO; JOSÉ ANTÔNIO RIBEIRO TAVIERA. UNIFESP - EPM, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: A pancreatite agua é uma doença sistêmica caracterizada pelas diferentes formas de apresentação clínica e radiológica que a mesma pode adotar. Tem como etiologia uma série de fatores, sendo os principais em 80% a 90% das vezes de origem biliar e o consumo do álcool. Os aspectos epidemiológicos da doença embora bem conhecidos são o resultado de estudos realizados em outros centros. É nosso objetivo apresentar as características clínicas e epidemiológicas da doença no serviço de urgências do Hospital São Paulo da Escola Paulista de Medicina ? UNIFESP. Método: Estudo retrospectivo a partir da revisão de prontuários médicos de pacientes admitidos de forma consecutiva com o diagnóstico de pancreatite aguda. Os critérios de inclusão foram idade acima de 15 anos de idade, o diagnóstico foi realizado de acordo a presença de 2 de 3 critérios (dor abdominal, aumento dos níveis de lipase e/ou lipase sérica três vezes acima do limite superior da normalidade e método radiológico com alteração pancreática) e classificados segundo o escore de Ranson. Resultados: Entre Janeiro de 2011 e dezembro de 2015 foram internados 182 pacientes, a média de idade foi de 51 anos, discreto predomínio do sexo feminino (53,84%). O fator etiológico principal foi o biliar em 78,6%, seguido do álcool em 13,2% e em 8,2% dos casos, não possível identificá-lo. Após a estratificação 84% foram qualificados como leve e 16% grave. Dos pacientes qualificados como graves 80% tiveram 3 critérios positivos e 20% 4 ou mais, desses doentes 6 evoluíram para o óbito. Conclusão: O perfil epidemiológico dos pacientes com pancreatite aguda em nosso serviço se assemelha aos já publicados em outros centros, o principal fator etiológico é a de origem biliar, a incidência é maior em adultos jovens e com discreto predomínio do sexo feminino. A maioria dos pacientes graves que apresentavam 3 critérios de Ranson positivos no momento da internação tiveram boa evolução, mostrando assim a necessidade de adotar novas formas de estratificação e classificação da doença.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2837

TÍTULO DO TRABALHO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS COLECISTECTOMIAS NO BRASIL: ESTUDO COMPARATIVO DAS VIAS LAPAROSCÓPICA E CONVENCIONAL

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCUS DE ALMEIDA CORREIA LIMA1; WAGNER LUIZ LORA FILHO1; MARCIO RIVISON SILVA CRUZ2; FERNANDA SILVA CAMPOS3; CARLA VIEIRA STRAUCH1; PAULA ARAÚJO AUAD1; JOHN THIERRY MARQUES DE JESUS1. 1. FACULDADE DE TECNOLOGIA E CIÊNCIA, SALVADOR - BA - BRASIL; 2. UNIFACS, SALVADOR - BA - BRASIL; 3. ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, SALVADOR - BA - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Atualmente, as doenças da vesícula e vias biliares figuram entre as patologias do aparelho digestivo mais comuns e dispendiosas no mundo. No Brasil, entre 2008 e 2015 foram computados 1.816.599 pacientes internados com o diagnóstico de colecistite. Estima-se que nesse período foram realizadas uma média anual de 170.000 colecistectomias em todo o território nacional. Com o advento da videocirurgia, procedimentos que eram tidos como agressivos, necessitando de acesso direto ao abdome tornaram-se bem menos invasivos.Objetivo: Nessa perspectiva, este estudo busca analisar o cenário brasileiro das realizações das colecistectomias laparoscópicas e laparotômicas e comparar os diferentes aspectos em cada região, salientando as vantagens e as desvantagens desta nova via de acesso cirúrgico.Métodos: O presente estudo consiste em um desenho ecológico de caráter descritivo e analítico, realizado mediante coleta de informações do banco de dados virtual fornecido pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, nas plataformas de Assistência à Saúde entre os anos de 2008 e 2015.Resultados: Foram evidenciados no período 1.388.098 colecistectomias, tendo sido observado um aumento anual nacional de 3,6% (28,8% em 8 oito anos). Neste mesmo período a via laparoscópica apresentou crescimento de 336%. Analise comparativa entre as diferentes vias de acesso apresentou menores taxas de mortalidade e menor tempo de permanência hospitalar para a abordagem minimamente invasiva. Os valores da taxa de mortalidade e tempo de permanência na via laparoscópica foram, respectivamente, de 0,13 e 2,9 dias. Estes achados se mantiveram nas diferentes regiões do país.Conclusão: Conclui-se que a utilização da via laparoscópica apresentou significativo crescimento na realização de cirurgias de colecistectomia em todo o Brasil nos últimos oito anos, a técnica convencional apresenta menor benefício ao paciente no tocante a diminuição do tempo de permanência hospitalar e taxa de mortalidade e ainda que as regiões, analisadas individualmente, apresentaram crescimento da utilização da via laparoscópica.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2562

TÍTULO DO TRABALHO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE 55 PACIENTES OPERADOS COM CÂNCER PRIMÁRIO DA VESÍCULA BILIAR

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RENATO MANGANELLI SALOMAO; CAMILA PEREIRA LIMA KHOURI; RICARDO ANTONIO CORREIA LIMA; ANTONIO FELIPE SANTA MARIA C.AYRES; CAMILA CERDEIRO AGUIAR; ANTONIO CARLOS RIBEIRO G. IGLESIAS; JOSÉ CARLOS PERRI VIDAL ALVAREZ; FERNANDO ATHAYDE VELOSO MADUREIRA. UNIRIO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O câncer primário da vesícula biliar (CPVB) é um tumor de elevada malignidade e letalidade. A despeito de sua relativa raridade, é a neoplasia mais frequente e agressiva do trato biliar e a quinta mais comum do trato gastrointestinal. Possui predileção por determinados grupos demográficos e diversos fatores de risco associados. Objetivo: apresentar dados epidemiológicos do CPVB encontrados em 55 pacientes operados na clínica cirúrgica A do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle. Métodos: por meio de um estudo de coorte transversal retrospectivo, foram analisados dados obtidos nos prontuários dos 55 pacientes operados com CPVB na clínica cirúrgica ?A? do HUGG. Resultados: A maior incidência de CPVB ocorreu no sexo feminino, 87,2% (n=48), sendo que 64,5% (n=31) eram multíparas. A doença foi mais frequente na população branca, 69,0% (n=38), considerando 34 mulheres (70,83%) e 4 homens (57,14%). Dentre os 55 pacientes, 23 (41,8%) encontravam-se com sobrepeso. A média de idade dos pacientes do sexo feminino foi 62,97 anos, enquanto nos homens foi 62,85 anos. As idades máximas foram 90 no sexo feminino e 82 no sexo masculino. A idade mínima foi de 32 anos em ambos os sexos. Os sinais e sintomas mais frequentes foram: dor (89,1%), seguido de náuseas e vômitos (85,5%) e intolerância alimentar (78,2%). 60% dos pacientes apresentaram icterícia, seguido de perda de peso (49,1%), plenitude pós prandial (36,4%) e massa palpável (21,8%), foram os achados mais frequentes. O tipo histológico mais frequente foi adenocarcinoma, 96,4%. Entre os tratamentos cirúrgicos foram realizadas colecistectomias, colecistectomias com ressecção do leito hepático, segmentectomias, laparotomias exploradoras com biópsia e anastomoses biliodigestivas. A sobrevida média foi de 4 meses, sendo que as melhores sobrevidas foram de 12 e 5 anos observadas em dois pacientes com tumores precoces. Conclusão: o CPVB é uma neoplasia que acomete mais o sexo feminino. É mais frequente em pacientes na 5ª década de vida, com uma média de 62,96 anos de idade, e as melhores sobrevidas ocorrem nos doentes nos quais os tumores são encontrados precocemente.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 503

TÍTULO DO TRABALHO: Perfil epidemiológico dos pacientes submetidos à videocolecistectomia em um programa de residência médica no noroeste do Rio Grande do Sul

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GABRIEL WEISS1; JORGE ROBERTO MARCANTE CARLOTTO2; CAROLINA WEISS3; RODRIGO BAGATINI1; LUCAS DUDA SCHMITZ2; JUAREZ ANTONIO DAL VESCO2. 1. RESIDÊNCIA MÉDICA EM CIRURGIA GERAL - UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL / HCPF, PASSO FUNDO - RS - BRASIL; 2. CLÍNICA DAL VESCO, PASSO FUNDO - RS - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE DO OESTE DE SANTA CATARINA - UNOESC, JOAÇABA - SC - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Avaliar o perfil epidemiológico dos pacientes submetidos à videocolecistectomia em um programa de residência médica no noroeste do Rio Grande do Sul.Método: Foram revisados os prontuários hospitalar e ambulatorial de 26 pacientes submetidos à videocolecistectomia no período de 1 a 31 de dezembro de 2016 pelo programa de residência médica em cirurgia geral no Hospital da Cidade de Passo Fundo ? RS. As variáveis estudadas foram: Idade, sexo, gestações, escolaridade, ocupação, peso, altura, achados ultrassonográficos, sintomatologia, achados intraoperatórios, cirurgião principal e anatomopatológico.Resultados: A prevalência na amostra era do sexo feminino (86,4%) com média de idade de 41 anos (±12,05) e 2,27 gestações prévias (±1,51). Os pacientes apresentaram um índice de massa corpórea médio de 27,57 (±5,52), indicando sobrepeso. A principal ocupação dos pacientes era a agricultura (53,8%) e mais da metade possuía o ensino fundamental completo. A totalidade da amostra apresentava dor em hipocôndrio direito e náuseas como principais sintomas e a maior parte (53,9%) apresentou crises de dor nos dias que antecederam a cirurgia. Como forma de analgesia, a principal realizada foi via oral (61,5%). Em relação aos achados ultrassonográficos, houve um pequeno predomínio (53,8%) da vesícula biliar com paredes lisas e regulares, cálculo único e via biliar sem sinais de dilatação. Quanto à videocolecistectomia, quem a realizou com maior frequência (53,8%) foi médico residente do segundo ano, levando um tempo médio de 74,76 minutos (±19,81). Durante o procedimento, 33,3% dos pacientes apresentaram aderências perivesiculares e 7,7% sinais de colecistite aguda. No retorno ambulatorial pós-operatório, 76,9% dos pacientes não apresentavam sintomas e a maioria (92,3%) apresentavam colecistite crônica calculosa como resultado no exame anatomopatológico da peça cirúrgica.Conclusões: O perfil do paciente submetido à videocolecistectomia em um programa de residência médica no noroeste do Rio Grande do Sul é uma mulher de meia idade, multípara, com sobrepeso, agricultora, com nível de escolaridade regular, com vesícula biliar sem sinais de complicação na ultrassonografia e com colecistite crônica calculosa, o qual é similar com a literatura nacional e mundial.Referências: Coccolini F et al. Open versus laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis. Systematic review and meta-analysis. Int J Surg. 2015 Jun;18:196-204

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 479

TÍTULO DO TRABALHO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E COMPLICAÇÕES PÓS OPERATÓRIAS EM PACIENTES SUBMETIDOS À COLECISTECTOMIAS EM UM HOSPITAL DE PEQUENO PORTE DO SUL DO PAÍS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CAROLINE MARCELE MACIEL BERGER; CARLOS MIGUEL FERREIRA E PIRES PEREIRA; CHRISTIAN FERREIRA; ALOYSIO ENCK NETO; GIOVANNA SORGATO TESSMANN; LUCAS ALESSIO PEREIRA; JEAN CARLOS LEVAY MURARI; OSCAR EDUARDO LUZ DE CARVALHO LEITE. HOSPITAL ERNESTO DORNELLES, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A colecistectomia laparoscópica é uma cirurgia relativamente nova e fornece uma alternativa de tratamento segura e eficaz, sendo indicada para as colelitíases sintomáticas. A colelitíase ocorre entre 3 e 20% da população mundial, e 20% destes tornam-se sintomáticos no período de 15 anos. Tendo em vista o impacto na qualidade de vida e as complicações potencialmente graves dessa condição, as colecistectomias videolaparoscópicas tem sido cada vez mais realizadas.Objetivos: descrever o perfil epidemiológico dos pacientes submetidos à essa cirurgia no Hospital de Caridade de São Jerônimo - RS, bem como as complicações pós operatórias observadas.Métodos: Análise prospectiva dos dados dos pacientes submetidos a esta cirurgia entre 1 de setembro a 1 de outubro de 2016.Resultados: Foram observados 38 pacientes neste período, com significativo predomínio do sexo feminino (84,2% dos casos), e 63,1% dos pacientes eram brancos. O excesso de peso foi identificado em 55,1% dos pacientes, sendo que apenas 17 encontravam-se com IMC menor que 25. Complicações foram encontradas em 21% dos casos, quase todas relacionadas à ferida operatória. Seroma (3 casos) e infecção superficial (2 casos) foram as complicações mais frequentes. Em nenhum dos casos foi necessário a conversão cirúrgica e não houve lesões de via biliar ou biliomas. Em 29 casos (76,31%) não houve nenhuma queixa pós operatória. Das queixas referidas pelos pacientes (9 casos, 23,68%), a mais frequente foi dor, na ferida operatória e também em hipocôndrio esquerdo. Queixas respiratórias como tosse e dispnéia não estavam relacionadas à complicações pulmonares.Discussão: Os dados epidemiológicos, como características mais prevalentes e presença de fatores de risco corroboraram com os encontrados na literatura. Seroma e infecção foram as complicação mais frequentes.Conclusão: As complicações de ferida operatória, independentemente do procedimento cirúrgico são as complicações mais frequentes. Apesar de não serem consideradas entidades graves, são responsáveis por um maior número de consultas pós operatórias, desconforto e angústia dos pacientes; implicam em resultados estéticos inferiores e podem ser causa de complicações maiores com deiscências e abscessos.Bibliografia: Meta-analysis of randomized controlled trials on the safety and effectiveness of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy. Br J Surg. 2010; 97:141?150.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1216

TÍTULO DO TRABALHO: PSEUDOANEURISMA DE ARTÉRIA ESPLÊNICA E PSEUDOCISTO PANCREÁTICO COMO COMPLICAÇÃO DE PANCREATITE: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BERNARD COSTA FAVACHO1; FERNANDA VEIGA GONÇALVES2; FELIPE AUGUSTO HAGE SOARES2; GABRIELA TRINDADE GÓES2; PEDRO AUGUSTO BISI DOS SANTOS FO.2; HÉLIO FERNANDO MACHADO SILVA2; ALEXANDRE ERNESTO POZZEBON MOURÃO2. 1. HOSPITAL OPHIR LOYOLA, BELEM - PA - BRASIL; 2. HOSPITAL OPHIR LOYOLA, BELÉM - PA - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A pancreatite é uma afecção com amplo espectro de apresentação, podendo, inclusive, ser fatal. Pode manifestar-se com caráter leve e autolimitado, com desaparecimento de sintomas em poucos dias. Entretanto, deve ser vista com cuidado devido às possíveis complicações, destacando-se os pseudoaneurismas peripancreáticos, sendo os mais comuns os de artéria esplênica, com prevalência de 60% (de todos os aneurismas de artérias esplâncnicas) e considerado a mais severa manifestação dentre as complicações vasculares. RELATO DE CASO: Paciente sexo masculino, 45 anos, ex- tabagista e ex-etilista iniciou há 3 meses dor abdominal associada à náuseas e vômitos, perda ponderal de cerca de 10 kg, melena, icterícia e colúria. Após piora clínica, diagnosticado com pancreatite crônica agudizada. Após tratamento clínico, apesar da melhora laboratorial, manteve-se sintomático. Realizada endoscopia digestiva alta com evidência de abaulamento extrínseco em parede gástrica posterior. Tomografia computadorizada e ressonância magnética de abdome evidenciaram formação cística relacionada à cauda pancreática insinuando-se do retroperitônio para o tórax envolvendo a junção esofagogástrica de 13,6 x 11,2 x 6,7 cm sugestiva de pseudocisto pancreático; No retroperitônio, volumoso hematoma na topografia do corpo e cauda do pâncreas deslocando anteriormente o antro gástrico de 8,5 x 4,8cm; Fluxo pelo meio de contraste no interior do hematoma relacionado ao segmento médio da artéria esplênica em aspecto que sugere pseudoaneurisma. Paciente submetido à laparotomia exploradora evidenciando-se pâncreas endurecido e cisto aderido em retroperitônio, tronco celíaco, hilo esplênico e parede gástrica posterior; Colo e corpo pancreático com aumento de tamanho secundário ao pseudoaneurisma, comprimindo o hilo hepático. Optou-se por realizar esplenectomia, com abertura de lesão cística de retroperitônio e saída de liquido hemático. Durante dissecção de veia mesentérica superior abaixo do pâncreas, observado infiltração de sua porção anterior pela lesão cística, não sendo possível a realização de túnel pelo colo do pâncreas, assim as estruturas não puderam ser individualizadas. Paciente evoluiu bem, recebendo alta hospitalar no 7º pós operatório. CONCLUSÃO: Pseudoaneurisma de artéria esplênica tem como principal causa pancreatite e é uma rara lesão vascular.Sua ruptura acarreta importante risco à vida e sem o tratamento cirúrgico a taxa de mortalidade é bastante elevada.

CODIGO DO TRABALHO: 1539

TÍTULO DO TRABALHO: PSEUDOANEURISMA DE ARTÉRIA ESPLÊNICA, TUBERCULOSE PANCREÁTICA E HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA: UMA ASSOCIAÇÃO DE PATOLOGIAS RARAS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARIA EDUARDA DA COSTA LEMOS CARAMORI; BRUNA HELEN BIAZI; PABLO DUARTE RODRIGUES; ESTÉFANO AURÉLIO NEGRI; EDUARDO MENEGAT; PAULO ROBERTO OTT FONTES. UFCSPA, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:
Introdução Aneurismas de artérias viscerais são incomuns (10% em alguns estudos de autópsias), sendo que o sítio mais comum de sua ocorrência é a artéria esplênica. Pseudoaneurismas desses vasos são ainda mais incomuns e, na grande maioria dos casos, a causa da sua formação se dá por pancreatite (aguda ou crônica), infecção ou trauma abdominal. Por outro lado, tuberculose com envolvimento do pâncreas e seus linfonodos adjacentes é extremamente raro e, principalmente, sua associação com a formação de pseudoaneurismas. Relato do Caso Paciente masculino, 37 anos, em tratamento irregular para HIV e Tuberculose, se apresentou ao Serviço de Cirurgia do Aparelho Digestivo com quadro de hemorragia digestiva alta por ruptura de pseudoaneurisma de artéria esplênica associado a tuberculose pancreática, com necessidade de tratamento de emergência.Conclusão Os relatos de tuberculose pancreática com formação de aneurismas na literatura são escassos e, portanto, de diagnóstico difícil. A apresentação dos pseudoaneurismas de artéria esplênica pode se dar, inicialmente, com ruptura e hemorragia volumosa, carrregando um risco de óbito de 25-75% dos casos, em dependência da etiologia. O conhecimento desta patologia e o adequado tratamento frente a tal emergência é imperioso para o desfecho positivo desses casos.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2669

TÍTULO DO TRABALHO: Pseudocisto Pancreático - Rotura Traumática: Discussão de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ROSANGELA APARECIDA GOMES1; ELIS OLIVEIRA2; JESSICA PEREIRA PAPAIS3; ANA CAROLINA MONGELLI TRINDADE1; MARIA EDUARDA CRUSCO PACHECO4; DORIVAL MANRIQUE DUARTE JUNIOR1. 1. PUC-SP MEDICINA SOROCABA, SOROCABA - SP - BRASIL; 2. PUC- SP MEDICINA SOROCABA, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 3. PUC-SP MEDICINA SOROCABA, SUZANO - SP - BRASIL; 4. PUC-SP MEDICINA SOROCABA, CABREÚVA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A avaliação do paciente vítima de trauma abdominal contuso (TAC) tem suas particularidades, principalmente refente à estabilidade hemodinâmica. Um paciente vítima de TAC que se encontra estável hemodinamicamente é passível de ser submetido à uma Tomografia Computadorizada, a qual é capaz de investigar melhor a fonte da lesão, assim como seu grau e intensidade. Por outro lado, um paciente instável hemodinamicante possui dois recursos diagnósticos disponíveis em um serviço de emergência: LPD ou FAST, sendo este último o mais utilizado. Dentro desse protocolo, é necessário atentar-se ao histórico dos pacientes como, por exemplo, aqueles que apresentam uma esplenectomia prévia. Neste caso, em paciente com evolução aguda para a instabilidade hemodinâmica, com FAST negativo, deve-se sempre pensar em diagnósticos diferenciais de lesão, como o pseudocisto pancreático (PP), para uma conduta rápida e adequada poder ser tomada, em uma laparotomia diagnóstica de emergência. Relato de Caso: Paciente, sexo masculino, 52 anos, vítima de trauma abdominal fechado, tendo como mecanismo de trauma colisão moto versus carro. Ao dar entrada no serviço encontrava-se estável hemodinamicamente, sem alterações expressivas ao exame físico. Após 2 horas,iniciou quadro abrupto de instabilidade hemodinamica com FAST +, sem lesão hepática e renal, sabidamente esplenectomizado previamente devido à outro trauma abdominal há 7 anos. Realizada laparotomia diagnóstica, foram encontrados 2800mL de sangue na cavidade abdominal, presença de sangramento ativo de vasos curtos de transição de corpo-antro em grande curvatura do estômago e hematoma, não pulsátil e não expansível, retroperitonial na emergência do Treitz em contiguidade para a Zona II à esquerda, não explorado. Foi constatado neste intra-operatório presença de capa fibrótica em contato com diafragma esquerdo, tendo contiguidade para cauda de pâncreas, com aproximadamente 10 cm de diâmetro, condizente com um PP roto, de onde foi drenado grande quantidade de sangue (retido dos vasos curtos). Realizada ligadura de vasos breves e drenada loja e, pseudocisto. Paciente evoluiu com estabilidade hemodinamica e melhora clínica, com alta hospitalar após o quinto pós-operatórioConclusão: Conclui-se, assim, que em pacientes previamente esplenectomizados que sofrem um trauma abdominal fechado, há relevante mudança de anatomia e retenção sanguínea em prováveis compartimentos como PP, exigindo destreza da equipe médica

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2411

TÍTULO DO TRABALHO: PSEUDOCISTO PANCREÁTICO PÓS-TRAUMA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: REBECA ANTUNES DE OLIVEIRA1; ÉRIKA ALVES DUTRA DA SILVA2; ADRIEL DENNER OLIVEIRA DA SILVA3; CÉSAR AUGUSTO ROEDER3; KATHERINE GUIMARÃES DE ALENCAR2; IAYMA SILVA ANDRADE2; KIANNE LEAL OLIVEIRA2; RAYRA MENEZES DE ALMEIDA1. 1. INSTITUTO VIGOR, PORTO VELHO - RO - BRASIL; 2. FACULDADE SÃO LUCAS, PORTO VELHO - RO - BRASIL; 3. HOSPITAL DE BASE DR. ARY PINHEIRO, PORTO VELHO - RO - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoPseudocisto pancretático (PCC) pós-trauma é definido como uma coleção de fluido nos tecidos peripancreáticos, sendo rodeado por uma parede bem definida e que não contenha nenhum material sólido. Resultam da inflamação e necrose pancreática, como complicações de pancreatite crônica ou trauma pancreático (cerca de 23% dos casos). Os sintomas são inespecíficos, como dor abdominal persistente, anorexia ou massa abdominal após um episódio de pancreatite ou trauma abdominal.Relato do casoPaciente masculino, 21 anos, branco, relata que há cerca de 4 meses sofreu acidente motociclístico, onde procurou atendimento médico com queixa de dor abdominal e astenia. Foi submetido a ultrassonografia de abdome total, onde observou-se moderada quantidade de líquido livre na pelve, com conteúdo heterogêneo, e tomografia computadorizada (TC) que evidenciou pâncreas com densidade heterogênea e laceração parenquimatosa na transição do corpo e calda, associada à densificação da gordura peripancreática. Foi então encaminhado para o hospital de referência, permanecendo por 14 dias internado com melhora dos sintomas, optando-se por conduta conservadora. Entretanto, após 15 dias de alta hospitalar retornou ao hospital com queixa de dor e aumento importante do volume abdominal. Submetido a TC de abdome que evidenciou aumento do PPC. Optou por conduta cirúrgica onde foi realizado uma derivação cisto-gástrica posterior. Após 6 dias de pós-operatório sem queixas e assintomático, com regressão completa do pseudocisto, paciente obteve alta hospitalar.ConclusãoNo caso supracitado o paciente evoluiu após o trauma com dor abdominal, levando a suspeita diagnóstica de PCC. A intervenção cirúrgica é indicada quando há presença de complicações, como compressão de vasos nobres, estômago ou duodeno levando a sintomas clínicos, estenose do ducto biliar comum ou impedimento do fluxo biliar, com colestase, infecção ou hemorragia do cisto ou fístula. Paciente com história clínica clássica de PPC, pode ser inicialmente, conduzido de forma conservadora, como no caso relatado. Entretanto, este caso evoluiu com sinais de gravidade sendo instituído terapêutica de drenagem eco guiada não terapêutica devido a parede espessa do PPC, sendo realizado a cistogastrostomia cirúrgica.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1515

TÍTULO DO TRABALHO: Pseudotumor hepático associado à IgG4: diagnóstico diferencial benigno de colangiocarcinoma

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARIENE CENTENO ABEL1; ANTONIO NOCCHI KALIL2; GUSTAVO ANDREAZZA LAPORTE2; ERICO PEREIRA CADORE2; RODOLFO DOS SANTOS MONTEIRO1; RAMON MAGALHÃES MENDONÇA VILELA1; THIAGO KENJI KUROGI GAMA1; RODRIGO CHAVES PIOVEZANI1. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE - UFCSPA, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 2. IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE - ISCMPA, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: a colangite esclerosante associada à IgG4 faz parte do espectro de doenças relacionadas à IgG4, sendo uma condição fibrosante e inflamatória que pode simular um colangiocarcinoma. O objetivo deste relato é ampliar o espectro de raciocínio clínico para diagnósticos diferenciais benignos de colangiocarcinoma.Relato de Caso: homem, 54 anos, ex-tabagista, apresentou quadro clínico de icterícia obstrutiva associada a dor abdominal, vômitos e perda ponderal de 16 kg em 3 meses. Exames laboratoriais mostravam elevação dos valores de bilirrubinas e enzimas hepáticas, com enzimas pancreáticas inalteradas. À colangioressonância sugeriu-se processo neoplásico (colangiocarcinoma). Devido ao difícil acesso à lesão, realizou-se colangiografia e drenagem percutânea com encaminhamento para quimioterapia paliativa. Após 3 ciclos de quimioterapia em esquema Cisplatina+Gencitabina com melhora significativa, a lesão foi avaliada como ressecável durante nova avaliação, sendo realizada hepatectomia esquerda (I, II, III, IVa e b) e reconstrução em Y-de-Roux. Ao anatomopatológico da peça obteve-se diagnóstico de colangite esclerosante crônica ativa. Foi então avaliada a dosagem sérica de IgG4 que revelou 15.200 mg/L (valores de referência: 30-2.010 mg/L), configurando o diagnóstico de colangite esclerosante associada à IgG4. A análise imunohistoquímica da peça cirúrgica identificou expressiva impregnação por IgG4, corroborando o diagnóstico.Conclusões: a presença de uma estenose de aspecto maligno com massa correspondente no exame de imagem é suficiente para o diagnóstico de colangiocarcinoma. No entanto, o diagnóstico diferencial de colangite esclerosante associada à IgG4 pode estabelecer prognósticos muito melhores e com morbidades consideravelmente menores que o mais preocupante diagnóstico diferencial de câncer pancreático obstrutivo, tornando-se necessária a divulgação da condição clínica aqui descrita para o aprimoramento do manejo destes pacientes.Referências: Nakazawa T, Naitoh I, Hayashi K, Miyabe K, Simizu S, Joh T. Diagnosis of IgG4-related sclerosing cholangitis. World Journal of Gastroenterology?: WJG. 2013;19(43):7661-7670 Ehlken H, Schramm C. Primary sclerosing cholangitis and cholangiocarcinoma: pathogenesis and modes of diagnostics. Dig Dis. 2013;31(1):118-25 Nakazawa T, Naitoh I, Hayashi K, et al. Diagnostic criteria for IgG4-related sclerosing cholangitis based on cholangiographic classification. J Gastroenterol.2012;47(1):79-87

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1356

TÍTULO DO TRABALHO: Qualidade de Vida em Pacientes com Pancreatite Crônica Submetidos à Cirurgia de Beger

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JULIANA LUCENA DE QUEIROZ; RICARDO TADASHI NISHIO; ADHEMAR MONTEIRO PACHECO JR.; RODRIGO ALTENFELDER SILVA; ANDRE DE MORICZ. SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
A pancreatite crônica é uma doença inflamatória de caráter progressivo e irreversível, resultando em substituição do parênquima pancreático por fibrose e metaplasia ductal. Essas alterações podem manifestar-se tanto através da atrofia glandular como da formação de um pseudotumor inflamatório. 1 O tratamento da pancreatite é inicialmente clínico. No entanto, sabe-se que cerca de 50% dos pacientes evoluem com alguma condição que necessite tratamento cirúrgico, seja por dor intratável, desnutrição ou complicações locais ligadas ao pseudotumor inflamatório. 2 O presente estudo pretende avaliar o pós operatório de pacientes submetidos à cirurgia de Beger em relação à qualidade de vida Trata-se de estudo transversal no qual seis pacientes foram considerados aptos à participação no projeto e foram submetidos a formulário de pesquisa que avaliou a qualidade de vida do paciente (SF-36) após a cirurgia de Beger.Resultados: O presente estudo constatou que os pacientes consideram que a sua saúde está boa no presente momento, semelhantemente há 01 ano atrás. Os pacientes não referiram dificuldade alguma para realização de atividade do dia a dia. Além disso, não relataram que deixaram de realizar alguma atividade diária por conta do seu estado de saúde física ou mental. No entanto, a saude física ou mental interferiram de forma moderada com relação às atividades sociais. Os pacientes também não apresentaram queixa álgica nas últimas quatro semanas. Quando indagados sobre sintomas de depressão, falta de energia e cansaço, a maioria não apresentou esses sintomas nas últimas quatro semanas. Relataram que apresentavam-se com vigor, vontade e felizes. No entanto, suas atividades sociais foram afetadas em pequena parte do tempo por problemas físico ou emocionais. Esse estudo permitiu demonstrar que a qualidade de vida dos pacientes submetido à cirurgia de Beger encontra-se favorável e que a dor, principal causa para indicação da cirurgia, encontra-se resolvida.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2435

TÍTULO DO TRABALHO: RELATO DE CASO : ADENOCARCINOMA DA AMPOLA DE VATER

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: WELSON LEAL DUARTE FILHO1; JUAREZ DUARTE DE CARVALHO NETO2; EMANUEL DUARTE ANTAO3; JÉSSICA DUARTE ANTÃO4; BRUNA LOPES CACAU5; IVSON JOSÉ ALMEIDA MEDEIROS JÚNIOR1; ARTHUR GAIA DUARTE PEIXOTO1; GUILHERME RUAN FERNANDES FERREIRA1. 1. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. RESIDENTE, TERESINA - PI - BRASIL; 3. CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI, TERESINA - PI - BRASIL; 4. GRADUADA, TERESINA - PI - BRASIL; 5. INSTITUTO SUPERIOR DE TEOLOGIA APLICADA-INTA, SOBRAL - CE - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O Adenocarcinoma da ampola de Vater é uma neoplasia maligna rara, que se traduz com sinais e sintomas de pancreatite aguda e icterícia obstrutiva, geralmente assintomáticos. No exame físico pode revelar vários achados como sinal de curvoisier, febre e semiologia da pancreatite aguda. O pico de incidência e por volta da sétima década, mais frequente no sexo masculino, sendo a investigação histopatológica e diagnóstico precoce de grande impacto para a sobrevida do paciente. O tratamento padrão desse tipo de tumor ampular é a pancreatoduodenoectomia(procedimento de Whipple) apesar da sua considerável morbidade e mortalidade. Quando há disseminação hematogenica, não e possível realizar o procedimento de whipple, optando por uma gastroenteroanastomose.RELATO DE CASO: F.T.S, 73 anos, masculino, tabagista e etilista por 25 anos, relata que há 4 meses iniciou um quadro de plenitute gástrica, acompanhado de anorexia, perda de 15 kg e icterícia 4+. No exame físico apresentava-se ictérico com abdômen globoso distendido, doloroso a palpação e presença de ascite de moderado volume. Realizou TC de abdômen que evidenciou lesão hipodensa, mal definida, na topografia da cabeça/processo uncinado do pâncreas, medindo cerca de 2,1 x 2,0 cm. Lesão heterogênea, parcialmente delimitada, na topografia da segunda porção do duodeno. Discreta dilatação das vias biliares intra-hepáticas associada a dilatação do colédoco, que mede ate 1,4cm de calibre e sofre afilamento abrupto ao nível da segunda porção do duodeno bem como ducto pancreático principal na topografia da papila ? lesão estenosante da papila de vater. O paciente foi abordado sendo realizado colecistectomia e no intraoperatório foi observado infiltração a nível da cabeça do pâncreas estendendo até a artéria Hepática e acometendo linfonodos, sendo assim proposto, na ocasião, uma anastomose colédoco-jejuno laterolateral com uma gastroenteroanastomose, sendo realizado biopsia do linfonodo e confirmado o adenocarcinoma moderamente diferenciado e invasivo. O paciente manteve-se internado evoluindo ao óbito em mesma internação.CONCLUSÃO:Apesar do grande desafio diagnostico inicial do adenocarcinoma da ampola de Vater, a importância da investigação nos aspectos do exame físico, do tamanho e grau de ressecabilidade curativa do tumor são fatores determinantes do seu prognostico, bem como sua correta abordagem.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2204

TÍTULO DO TRABALHO: RELATO DE CASO: A RELEVÂNCIA DO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA PRECOCE DA PANCREATITE AGUDA BILIAR ASSOCIADA À COLELITÍASE E COLECISTITE

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOÃO PEDRO SOARES NUNES; GRASIELLE SILVA SANTOS; GABRIELA PARREIRA BIZINOTO; GUILHERME SOUZA DE FARIA; ANDRÉA CRUVINEL ROCHA SILVA; JAMILE CRISTINE FERREIRA; JAIR PEREIRA DE MELO JÚNIOR; VICENTE GUERRA FILHO. DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DO HOSPITAL SANTA TEREZINHA DE RIO VERDE - GOIÁS, RIO VERDE - GO - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A pancreatite é uma doença inflamatória comum causada por autodigestão do pâncreas. O elevado custo referente às suas internações torna imperativa a necessidade do diagnóstico e da terapêutica precoce.Relato de caso: paciente feminina, 48 anos, procurou atendimento médico no início de suas queixas. Apresentava queixa de dor intensa, súbita e intermitente em região epigástrica há 3 dias, com irradiação para região infra escapular esquerda, sendo este o 1º episódio. Relatou não haver fator desencadeante e que conjuntamente com o início da dor houve náuseas e vômitos alimentares. Negou colúria, febre, hipocolia e acolia fecal. Ao exame físico a paciente encontrava-se em regular estado geral, anictérica, acianótica, normocorada, hidratada, ausência de edemas e boa perfusão periférica. Exame cardiovascular normal e respiratório com murmúrio diminuído em bases pulmonares. Seu abdome apresentava-se plano, flácido, doloroso à palpação profunda em região epigástrica, hipocôndrio direito e fossa ilíaca direita, timpânico à percussão, macicez hepática à 2cm do rebordo costal direito e ruídos hidroaéreos fisiológicos. A paciente já trazia exames laboratoriais prévios com amilase, bilirrubinas totais, bilirrubina direta, fosfatase alcalina, gama-GT e transaminases alteradas. Assim sendo, foram solicitados novos exames laboratoriais, ultrassonografia de abdome total com colelitíase biliar e colecistite, tomografia do abdome total apresentando sinais de pancreatite aguda (pâncreas espessado com borramento da gordura mesentérica adjacente); ressonância magnética com dilatação de vias biliares extra hepáticas, sem evidências de cálculos no interior do colédoco, atelectasia em bases pulmonares; e radiografia com derrame pleural bilateral. No momento da internação instalou-se o tratamento conservador para pancreatite com jejum, analgesia, hidratação e controle dos distúrbios hidroeletrolíticos. Ademais, realizou-se uma colecistectomia videolaparoscópica no 5º dia de internação a fim de obter a resolução da colelitíase e colecistite. A paciente evoluiu com boa resposta terapêutica e no 11º dia de internação recebeu alta com resultado satisfatório à reintrodução da dieta. Ao retornar ao consultório, encontra-se sem queixas e com exames laboratoriais normais.Conclusão: Perante o exposto, este relato demonstra que o quadro clássico da pancreatite associada ao diagnóstico prematuro e terapêutica bem conduzida são capazes de alterar o prognóstico dos pacientes.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 375

TÍTULO DO TRABALHO: RELATO DE CASO: ADENOCARCINOMA DE VESÍCULA BILIAR

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOÃO AUGUSTO DOS REIS GUERRA1; MAURÍCIO JACQUES RAMOS2; LEONARDO ROSSI2; LEONARDO GETÚLIO PIOVESAN3; LARISSA MIE TAKEDA4; GUSTAVO GONÇALVES TERRA5. 1. UNOESC - UNIVERSIDADE DO OESTE DE SANTA CATARINA, JOAÇABA - SC - BRASIL; 2. HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 3. UNIVALI - UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ, ITAJAÍ - SC - BRASIL; 4. UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 5. UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS, PELOTAS - RS - BRASIL.

RESUMO:
O carcinoma de vesícula biliar caracteriza-se por alta malignidade, rápido crescimento, metastização precoce e prognóstico reservado. A presença de icterícia indica estágio avançado, com invasão da via biliar. No dia 28 de novembro de 2016 a paciente F.P.R., 32 anos, chegou ao serviço de emergência, referindo quadro ictérico, que iniciou há sete dias. Ao exame físico, além de icterícia, apresentava leve defesa em epigástrio, sinal de Murphy negativo e alteração das transaminases. A ultrassonografia de abdômen total apresentou vesícula biliar levemente distendida, paredes com leve espessamento, material ecogênico no infundíbulo e dilatação das vias biliares intra-hepáticas e do ducto hepático. Também demonstrou afilamento abrupto do ducto hepático comum, junto com o infundíbulo da vesícula biliar. No dia seguinte, foi solicitada uma colangiorressonância que confirmou a dilatação das vias biliares intra-hepáticas, com redução abrupta dos ductos hepáticos direito e esquerdo no nível da confluência, com extensão de 0,8 cm, onde havia aparente área de espessamento parietal concêntrico, com hipersinal na difusão, de natureza indeterminada. A partir desses dados, foram levantadas as hipóteses de colangiocarcinoma, tumor de vesícula biliar e tumor hepático. Após duas semanas, a paciente foi submetida à derivação biliodigestiva, colicistectomia e hepatectomia parcial, com ressecção em cunha no leito vesicular com margens livres. O anatomopatológico transoperatório demonstrou ausência de malignidade na via biliar. No exame da peça, foi demonstrado adenocarcinoma moderadamente diferenciado de vesícula biliar, com invasão do tecido adiposo circunjacente atingindo leito hepático e sem invasão vascular. O ducto cístico e o segmento de via biliar proximal não apresentaram evidência de neoplasia ou displasia. No fígado, foi observado adenocarcinoma mucoprodutor, com metástase em quatro focos subcapsulares, variando de 0,2 a 1,5 cm. Foi estadiada em T3N1M0 (IIIB). A paciente segue em acompanhamento com os ambulatórios da cirurgia do aparelho digestivo e da oncologia clínica. Devido à sua capacidade de metastização precoce, o adenocarcinoma de vesícula biliar apresenta elevada morbimortalidade. O presente relato visa, portanto, demostrar a importância do diagnóstico precoce desse tipo de neoplasia, por ser uma doença muitas vezes silenciosa, oligossintomatica ou com queixas vagas, porém com alto grau de agressividade e de prognóstico ruim, mesmo com o tratamento cirúrgico.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 618

TÍTULO DO TRABALHO: RELATO DE CASO: ASCARIDÍASE BILIAR EM CRIANÇA DE 7 ANOS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FILIPE DE PADUA BRITO DE FIGUEIREDO ALMEIDA1; JOSÉ FELIPE FERREIRA DA SILVA1; DANIEL MAIA DE VASCONCELOS LIMA1; SAMAYA SHELDAN LOPES BARBOSA1; FLÁVIO DE PÁDUA BRITO DE FIGUEIREDO ALMEIDA2; ANA BEATRIZ BANDEIRA SALES DIAS1. 1. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Ascaris lumbricoides é o parasita mais associado às infecções do trato gastrointestinal.[1] Estima-se que 33% da população mundial seja infestada por este[2], sendo mais comumente encontrado em regiões tropicais e subtropicais onde há situações precárias de saneamento e higiene.[3] A ascaridíase intestinal se manifesta de várias formas, sendo a maior parte dos casos assintomáticos. Porém, raramente, pode se apresentar através de sintomas abdominais agudos, e tem como sua forma de apresentação mais grave a ascaridíase biliar.[4] Relatamos um caso de ascaridíase biliar em uma criança de 7 anos. RELATO DO CASO: Menino, 7 anos, com queixa de dor abdominal em cólica por 4 dias, com história de 3 episódios semelhantes nos últimos 4 anos. AST:1220U/L; ALT:1110U/L; Bilirrubina Total (BT):1,68mg/dL, Bilirrubina Direta (BD):0,96mg/dL, Bilirrubina Indireta (BI):0,72mg/dL; Gama GT(GGT):225U/L; Amilase:43U/L. Ultrassonografia(USG) de abdome: dilatação de canais biliares intra-hepáticos; ducto hepato-colédoco dilatado medindo 1,6cm, com pequenas estruturas tubuliformes e birrefringentes medindo 0,8x0,9cm em sua porção intrapancreática. Foi realizada Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE) que demonstrou a presença de vermes impactados no ducto colédoco. Feita a papilotomia e extração dos parasitas. O paciente evoluiu com melhora clínica e alta hospitalar após controle laboratorial das enzimas hepáticas, pancreáticas e bilirrubinas. No 3º dia de pós operatório(DPO), USG: discreta dilatação de vias biliares; ducto hepato-colédoco medindo 0,8cm. No 8ºDPO, alta hospitalar; AST: 27U/L; ALT: 67U/L; BT: 0,29mg/dL, BD:0,23mg/dL; GGT:244U/L; Amilase:44U/L. CONCLUSÕES: A ascaridíase biliar pode ter como complicação situações ameaçadoras à vida, como colangite, coledocolitíase, abscesso hepático e pancreatite. A USG é um procedimento não invasivo e possui boa acurácia no diagnóstico. Porém, alguns casos necessitarão de técnicas diagnósticas mais sofisticadas, como a colangiopancreatografia por ressonância magnética e a CPRE. A migração dos vermes para os canais biliares é um evento raro, porém se faz de extrema importância o diagnóstico precoce, pois pode levar a retardo no desenvolvimento e deficiência de vitaminas em crianças. A CPRE possui a vantagem de ter um caráter diagnóstico e terapêutico, além de permitir a visualização direta dos vermes no trato intestinal e biliar, sendo um exame de grande utilidade.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2392

TÍTULO DO TRABALHO: Relato de caso: Colecistectomia em paciente portadora de Situs Inversus Totalis no Estado do Amazonas

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ADRIANO PESSOA PICANÇO JR1; JUAN EDUARDO RIOS RODRIGUEZ2; BRÍGIDA THAINE FERNANDES CABRAL2; MANUEL RIOS RUIZ3; MÁRCIO COSTA FERNANDES1; GERSON SUGUIYAMA NAKAJIMA1. 1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS, MANAUS - AM - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS, MANAUS - AM - BRASIL; 3. BENEFICENTE PORTUGUESA DE MANAUS, MANAUS - AM - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A colecistectomia consiste na retirada da vesícula biliar, órgão armazenador da bile, responsável pela lise lipídica. Podendo ser realizada por cirurgia aberta ou videocirurgia, suas indicações majoritárias são a litíase biliar e colecistite, cursando com sinais e sintomas colestáticos. Podendo esta, apesar de ser uma das cirurgias abdominais mais frequentemente realizada, ser dificultada em casos, por exemplo, de patologias como o Situs Inversus Totalis (SIT), a qual consiste em uma doença autossômica recessiva rara que acarreta rotação espelhada de todos os órgãos do portador, podendo ou não estar associada a demais comorbidades.Desenvolvimento: Por sua vez, este relato aborda o caso de paciente do sexo feminino, de 52 anos, natural e procedente de Manaus, com Situs Inversus Totalis desconhecido, que deu entrada no Hospital Samel de mesma localidade, queixando dor cólica em hipocôndrio esquerdo. Após admissão, realizaram-se exames e imagem que evidenciaram o SIT, e colelitíase, tendo a colecistectomia por vídeo sido elegida como conduta para o caso. A cirurgia foi realizada obedecendo a técnica cirúrgica laparoscópica tradicional, todavia de forma espelhada, adaptando a posição do instrumental e membros da equipe, seguindo sem complicações. O tratamento foi eficaz, com evolução satisfatória, seguida da melhora dos sintomas supracitados.Conclusão: Como relatado na literatura mundial, o tratamento cirúrgico é conduta de escolha para pacientes com SIT sintomáticos. Para isso, há a necessidade de grande conhecido, por meio do cirurgião, da técnica e da anatomia do local a ser operado, para possa realizar a cirurgia de modo inverso.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 355

TÍTULO DO TRABALHO: Relato de Caso: colecistite enfisematosa

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CARLOS EDUARDO DE ARAÚJO PINHEIRO1; VICTOR BANDINI VIEIRA2; CIBELLE MARION BERTOLLI2; GUSTAVO ARISTOTELES GONÇALVES CARVALHO2; PAULO HENRIQUE NUNES FERREIRA A DE FARIA2; ALLISON TAKEO TSUGE2. 1. HOSPITAL DE CLÍNICAS DR RADAMÉS NARDINI, ALAGOINHAS - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL DE CLÍNICAS DR RADAMÉS NARDINI, MAUA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: a Colecistite Enfisematosa (CE) é uma patologia incomum, grave, que ocorre a partir de uma infecção da vesícula biliar (VB) por microorganismos produtores de gás, como o Clostridium sp e a Escherichia coli. São vários os fatores causais para a CE, tais como: isquemia da VB, colelitíase, imunossupressão, e a própria infecção. Caracteriza-se pela presença de ar intraluminal na VB, em sua parede e/ou adjacências e na ausência de uma comunicação anormal entre o sistema biliar e o trato gastrointestinal. Ocorre em cerca de 01% de todos os casos de colecistite aguda (CA), com alta morbimortalidade (15-25%).Objetivo: apresentar um caso de colecistite enfisematosa.Método: análise de prontuário, entrevista do paciente e familiares, registros fotográficos do procedimento, peça cirúrgica e revisão de literatura médica.Resultados: paciente masculino, diabético, 53 anos, procedente de Mauá-SP. Admitido no pronto socorro com dor abdominal difusa, especialmente em hipocôndrio direito, associada a náuseas e um episódio de vômito iniciados havia três dias. Negava febre e outros sintomas. O exame físico evidenciava abdome com ruídos hidroaéreos presentes e propulsivos, globoso, flácido e leve dor a palpação de hipocôndrio direito, ausência do sinal de Murphy ou outros sinais de peritonismo. Os exames laboratoriais mostravam leucócitos totais de 14.900/mm³ com 04% de bastões; proteína C reativa de 426mg/L; amilase Conclusão: o presente relato de caso demonstra um caso de colecistite enfisematosa, apresentação incomum da colecistite aguda.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 435

TÍTULO DO TRABALHO: RELATO DE CASO: CORISTOMA HEPÁTICO EM PAREDE DA VESÍCULA BILIAR

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: IGOR ARANTES DE OLIVEIRA GÓES; ADRIELI HELOISA CAMPARDO PANSANI; CELENE BENEDITI BRAGION; CHRISTIAN BORNIA MATTAVELLI; PAULO EDUARDO MOTA HESPANHA; DANILO TOSHIO KANNO; CALED JAOUDAT KADRI; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Recebe o nome de coristoma a presença de uma massa de tecido histológicamente normal, em uma localização anormal. O Coristoma de tecido hepático ectópico é uma condição rara, identificada com maior frequência durante a exploração cirúrgica do abdome, por outras indicações. Eles podem ser encontrados sobre ou debaixo do diafragma ou na vesícula biliar. Esta, apesar de ser a localização mais comum, foi descrita em menos de 30 casos na literatura internacional. A causa para esse fenômeno é a migração de tecido hepático aberrante, durante a embriogênese. Relato do Caso: M.I.G, 57 anos, hipertensa e diabética, procurou atendimento em consultório por empachamento pós-prandial, acompanhando de dor, em cólica, em região de hipocôndrio direito, piorava com alimentações gordurosas, acompanhando de gosto amargo em boca. Durante o exame físico, a paciente não apresentava sinais de irritação peritoneal, abdome indolor à palpação, sinal de Murphy negativo. Foi solicitado um ultrassom de abdome, onde confirmou a hipótese diagnóstica de colelitiase biliar. Foi programado a colecistectomia videolaparoscópica eletiva. Durante o procedimento, no momento do inventário da cavidade, observou-se uma massa arredondada, de aproximadamente 1,5 cm em parede serosa da vesícula biliar, com aspecto similar a consistência do fígado. Foi realizada a retirada da vesícula, juntamente com a massa e enviado ao anatomopatológico, o qual evidenciou (além da vesícula), uma área constituída por parênquima hepático circundado por cápsula fibrosa, confirmando o diagnóstico de coristoma hepático. A paciente evoluiu bem, sem intercorrências e recebeu alta hospitalar no dia seguinte à cirurgia. Conclusão: após o diagnóstico de coristoma hepático (geralmente intraoperatório) o tratamento é cirúrgico, devido suas possíveis complicações futuras. Alguns estudos associam o corisotoma hepático como preditor de risco para o desenvolvimento de hepatocarcinoma, câncer de vesícula e cirrose hepática. Apesar de rara, este achado porem ainda se faz necessários mais pesquisas sobre o tema.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1961

TÍTULO DO TRABALHO: Relato de Caso: Íleo biliar

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ALINE TIEMI KANO SILVA; RENATO DE MEDINA COELI; CARLOS ROCHA MAIA; RAÍSSA DE OLIVEIRA AQUINO SHUFFNER; LEANDRO ADAMI VASQUES; FERNANDA MARSICO DO COUTO TEIXEIRA; MATHEUS SILVA DE SOUZA BERÇOT; AFRA ROANA SIQUEIRA DE CASTRO. HOSPITAL FEDERAL CARDOSO FONTES, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoO Íleo biliar é complicação rara da colecistite decorrente de uma comunicação anormal entre a via biliar e o tubo digestivo a qual permite a migração de um cálculo biliar volumoso para a luz entérica. É responsável por 1% a 4% de todos os casos de obstrução intestinal mecânica e apresenta maior prevalência em pacientes com mais de 65 anos. Relatamos o caso de paciente com diagnóstico de colelitíase prévia que apresentou obstrução intestinal devido ileo biliar. Relato de casoPaciente feminino de 62 anos, admitida na emergência do Hospital Federal Cardoso Fontes com dor em hipocôndrio direito associado a náuseas e vômitos de 5 dias de evolução, nega febre no período.Ao exame físico paciente hipocorada, com taquipneia, taquicardia e sudorese.Abdome distendido, doloroso a palpação difusamente, com descompressão dolorosa.Exames laboratoriais evidenciaram leucocitose com desvio, PCR e escórias nitrogenadas aumentadas, gasometria arterial com acidose metabólica. O exame de imagem realizado foi a Tomografia computadorizada de abdome e pelve sem contraste demonstrando pneumoperitoneo, liquido livre e imagem hiperdensa em alça ileal, sendo interrogado intussuscepção ou cálculo impactado, com dilatação a montante, vesícula escleroatrófica e aerobilia. Indicado laparotomia exploradora de emergência.No intraoperatório, liquido entérico livre em cavidade, identificado pequena solução de continuidade jejunal bloqueada a cerca de 60cm do ângulo de treitz com calculo volumoso de 4cm de diâmetro impactado a 1m do treitz, com dilatação amontante. Foi realizado extração do calculo com posterior enterorrafia. Vesícula biliar com intenso bloqueio de toda loja sem evidencia de extravasamento de líquido biliar, optado por não abordar.Paciente evoluiu bem no pós operatório imediato, permanecendo internada por 8 dias em antibioticoterapia, com melhora da função renal e do quadro de sepse.Segue em acompanhamento ambulatorial. ConclusãoO tratamento cirúrgico do ileo biliar envolve a enterotomia fora da área de obstrução, em área livre de sofrimento vascular, seguido de ordenha do cálculo com sua extração e rafia da enterotomia. Quando existe processo inflamatório intenso na topografia da vesícula biliar, é mais prudente não se abordar a região, devido ao risco de lesões iatrogênicas graves.Concluímos que a doença calculosa vesicular pode provocar o aparecimento de complicações graves, razão pela qual devemos pensar na indicação da colecistectomia eletiva.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 455

TÍTULO DO TRABALHO: RELATO DE CASO: METÁSTASES HEPÁTICAS, RETROPERITONIAIS E MESENTÉRICAS POR CARCINOMA DO CORPO E CAUDA DE PÂNCREAS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOÃO AUGUSTO DOS REIS GUERRA1; STEPHANIE JAUQUIN DE ABREU2; ANA LUIZA RIBAS BRAGA BETTEGA2; STEFÂNIA DALL?AGNO DEMORI2; LEONARDO GETÚLIO PIOVESAN3. 1. UNOESC - UNIVERSIDADE DO OESTE DE SANTA CATARINA, JOAÇABA - SC - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL, CANOAS - RS - BRASIL; 3. UNIVALI - UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ, ITAJAÍ - SC - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O adenocarcinoma de pâncreas é um dos tumores malignos mais agressivos do trato digestivo. Corresponde, atualmente, a uma das principais causas de morte por malignidade. Dentre os fatores de risco desta patologia podemos citar o tabagismo, obesidade e pancreatite crônica hereditária. Ressalta-se a importância do estadiamento da doença em cada paciente, bem como a presença de metástases à distância. Nesse sentido, esse trabalho visa ressaltar os aspectos mais importantes do carcinoma pancreático com metástases hepáticas, retroperitoniais e mesentéricas.RELATO DO CASO: Paciente masculino, 33 anos, procurou atendimento médico por desconforto abdominal devido ao aumento do volume abdominal. Ao exame físico, apresentava abdômen globoso por ascite, murmúrios vesiculares e expansibilidade pulmonar diminuídos difusamente, extremidades edemaciadas, demais inalterado. À tomografia computadorizada de abdômen exibia: fígado apresentando numerosas lesões de baixa densidade, com realce ao contraste intravenoso, algumas em situação subcapsular, as maiores com até 4,2 cm, sugestivas de implantes secundários; volumosa lesão expansiva sólida na topografia do corpo e parte da cauda do pâncreas medindo, aproximadamente, 8,8 cm x 8,2 cm x 8,7 cm, lesão essa que apresentou impregnação ao contraste intravenoso, com algumas áreas centrais de menor realce, que pode estar relacionada a áreas de necrose; lesões com densidades de partes moles e contornos lobulados no retroperitônio, em situação para-aórtica e intercavo-aórtica, relacionado a linfonodomegalias as maiores com 4,2 cm x 3,7 cm; lesões nodulares mesentéricas relacionadas a linfonodos bem como imagens nodulares na região peritonial à direita, relacionadas a implantes peritoniais; líquido livre na região peri-hepática, peri-esplênica e pelve; demais inalterado. Realizou-se paracentese e punção de metástase hepática guiada por ecografia. O anátomo-patológico demonstrou carcinoma pouco diferenciado; com imunohistoquímica exibindo a possibilidade de origem em vias pancreato-biliares. Paciente permaneceu em manejo clínico por irressecabilidade curativa da lesão.CONCLUSÃO: As opções terapêuticas restritas, bem como o diagnóstico feito em estágio avançado da doença tornam o carcinoma pancreático um dos tumores sólidos de pior prognóstico. A pancreatectomia apresenta-se como única alternativa para a sua cura. Mesmo assim, apenas poucos pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico sobrevivem mais do que cinco anos.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1638

TÍTULO DO TRABALHO: RELATO DE CASO: PSEUDOANEURISMA DE ARTÉRIA HEPÁTICA DIREITA APÓS COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RODRIGO DE PIERI COAN1; DIEGO INÁCIO GOERGEN1; FERNANDO JOSÉ SAVÓIA DE OLIVEIRA1; TATIANA MIE MASUKO1; RACHID EDUARDO NOLETO DA NOBREGA1; FRANCISCO JAVIER DAVILA SALAMEA2; MONICA ALEXANDRA JIMENEZ ZERPA2; RAISA BRINGHENTI3. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 2. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, SANTA MARIA - RS - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Colecistectomia videolaparoscópica é o tratamento padrão para colelitíase sintomática. Há ainda a presença de taxas consideráveis de lesão vasculares e de via biliar. Pseudoaneurismas da artéria hepática direita são raros após a lesão vascular e de via biliar na colecistectomia videolaparoscópica e apresentam grande complexidade no seu manejo representando um desafio para o cirurgião.Relato: A.M.L., 79 anos, feminina, interna para realização de colecistectomia videolaparoscópica com colangiografia transoperatória após episodio de pancreatite biliar aguda leve. No transoperatório foi identificado vesícula biliar contraída, com intensa fibrose entre o infundíbulo e a via biliar principal causada por cálculo impactado - Síndrome de Mirizzi. Na tentativa de dissecção do trígono de Calot houve secção longitudinal da via biliar principal e da artéria hepática direita. Optado por conversão para técnica aberta, controlado sangramento com rafia de lesão vascular, realizado colecistectomia e colocado dreno de Kehr em via biliar principal. Colangiografia transoperatória demonstrava boa passagem de contraste para o duodeno. No pós-operatório paciente apresentou quadro de pancreatite aguda e hemorragia digestiva alta autolimitada. Nova colangiografia transdreno de Kehr mostrou migração de dreno causando obstrução de papila duodenal e tomografia computadorizada (TC) de abdome hematoma no leito da vesícula biliar e pseudoaneurisma em artéria hepática direita com cerca de 1 cm de diâmetro; endoscopia digestiva alta sem alterações. Recebeu alta hospitalar apos com marcadores de colestase e função hepática normalizados, dreno de Kehr fechado sem novos episódios de exteriorização de sangramento. Colangiografia transdreno no retorno ambulatorial não apresentava alterações - retirado dreno. Quarenta dias apos a alta, paciente apresentou quadro de hemorragia digestiva alta com instabilidade hemodinâmica. Endoscopia digestiva alta demonstrava hemobilia e TC aumento do pseudoaneurisma em artéria hepática direita (1,9cm). Realizado arteriografia que demonstrava sangramento arterial importante - realizada embolização de pseudoaneurisma. Paciente apresentou boa evolução e melhora do quadro hemodinâmico.Conclusão: Pseudoaneurisma de artéria hepática direita é uma rara, porém potencialmente fatal complicação de lesão iatrogênica vascular e de via biliar em colecistectomia videolaparoscópica. Seu diagnostico é desafiador e o tratamento complexo.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1688

TÍTULO DO TRABALHO: Relato de caso: Sindrome Sump associada a litíase biliar intra-hepatica

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: THATIANA MACHADO BRASIL; RICARDO CORTEZ VASSALLO; JOSE JULIO DO REGO MONTEIRO FILHO; CAROLINA ALMEIDA DE GUEDES VAZ; CLARISSE DE MOURA CUBRIC; MARINA CARRIELLO MULULO; EMÍLIO TOSTO NETO. HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Relatar um caso raro de Síndrome Sump (SS) em paciente submetida a derivação biliodigestiva (BD) à Madden, relacionado à coledocolitíase e cálculos intra-hepáticos primários, tratado com sucesso por via endoscópica.Método: Estudo qualitativo com dados obtidos através de anamnese, exames complementares, revisão de prontuário, registro fotográfico e revisão bibliográfica.Descrição do caso e Resultados: Paciente sexo feminino, 64 anos, deu entrada na emergência referindo dor abdominal, náuseas e icterícia há 2 dias, evoluindo com hipotensão e palpitações. Exame físico: Ictérica 2+/4+, taquicardica, normotensa, afebril. Abdome doloroso à palpação superficial e profunda em epigástrio e hipocôndrio direito, Sinal de Murphy +. Relata colecistectomia prévia ?2 vezes?, sendo a última intervenção em 2001 (SIC). Tomografia computadorizada de abdome: Aerobilia e importante dilatação de vias biliares intra-hepáticas. Laboratório: Leucócitos 17.200 com 3% de bastões, bilirrubina total 3,52, bilirrubina direta 2,95, amilase 153, lipase 166, fosfatase alcalina 919 e gama gt 1574. Colangioressonância: múltiplas falhas de enchimento intra-hepáticas e em terço proximal do colédoco sugestivas de cálculos. Por meio de CPRE foi visualizada anastomose BD à Madden ampla e diagnosticada SS associada a coledocolitíase e múltiplos cálculos intra-hepáticos, procedendo papilotomia ampla sem intercorrências, com remoção de lama e pequenos cálculos em terço distal, seguido de cateterismo pela anastomose com retirada de vários cálculos de 2-3 mm e lama biliar. Foram necessárias mais três sessões de CPRE, para remoção de cálculos intra-hepáticos. A paciente apresentou evolução favorável, com melhora clínica e laboratorial.Conclusão: É cada vez mais rara a SS, pelo fato da BD à Madden ter perdido espaço para procedimentos endoscópicos e radiológicos. O tempo médio para manifestação dos sintomas é de 6 anos, porém no caso descrito ocorreu após 16 anos da BD. A CPRE foi diagnóstica e terapêutica para o caso relatado, sendo o tratamento preferencial para SS a esfincterotomia por via endoscópica. Em caso de falha, a alternativa é a confecção cirúrgica de anastomose BD em Y de Roux.

Bibliografia: Sharma. M; Ma. A; Mohan.P. Role Of upper gastrointestinal endoscopy in the treatment of sump syndrome. Tropical Gastroenterology 2012;33(1):73?75
Storm. A; Thompson. C. Endoscopic management of sump syndrome resulting from endoscopic choledochogastrostomy. GIE Journal 2015;83(5):1037

CODIGO DO TRABALHO: 280

TÍTULO DO TRABALHO: Rendez-vous laparoendoscópico: uma alternativa segura ao tratamento da coledocolitíase

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FERNANDA KREVE; JONAS TAKADA; JANAINA GATTO; FRANCISCO SCHOSSLER LOSS. FAG, CASCAVEL - PR - BRASIL.

RESUMO:
Relato do Caso: Paciente feminina, 63 anos, com colecistite calculosa e icterícia de padrão obstrutivo, leucocitose e aumento de enzimas canaliculares. Tomografia demonstrou dilatação das vias biliares e obstrução do colédoco distal por cálculo de 8mm. Submetida à CPRE onde a papila foi observada em posição intradiverticular que impossibilitou a cateterização da via biliar. Diante da evolução para colangite, foi proposta a retirada laparoscópica da vesícula biliar e o tratamento endoscópico da coledocolitíase no mesmo tempo cirúrgico. Na cirurgia o ducto cístico foi ligado, aberto distalmente e cateterizado pela passagem de um fio guia acoplado a um cateter de colangiografia. Sob visão fluoroscópica e via transcística, realizamos a progressão do fio guia em sentido anterógrado pelo colédoco e papila duodenal maior até a região da segunda porção duodenal. A partir desse momento um duodenoscópio foi introduzido até a segunda porção, o fio guia recuperado (manobra de rendez-vous) com auxílio de uma alça de polipectomia e utilizado para guiar a canulação retrógrada da via biliar. Realizamos o tratamento endoscópico da coledocolitíase e finalizamos com a extração laparoscópica da vesícula biliar.Discussão: A CPRE é o tratamento indicado para pacientes com coledocolitíase, no entanto, falha em 9 a 12% dos casos. Quando falha, a exploração cirúrgica laparoscópica da via biliar tem sido a escolha, por apresentar menores índices de complicação que a cirurgia aberta. Na cirurgia laparoscópica, a abordagem transcística é mais segura, porém restrita a cálculos pequenos (

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1864

TÍTULO DO TRABALHO: RUPTURA ESPONTANEA DE DUCTO COLEDOCO: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CARLA MARIANA GONÇALVES CARVALHO E SILVA1; MAYARA MAGRY ANDRADE DA SILVA2; RAIMUNDO NONATO VAZ DE SOUSA FILHO2; ÁLISSON DUARTE MARTINS2; ISADORA MARIA MATIAS BATISTA1; MAURO ANDRÉ GONÇALVES CARVALHO E SILVA3; HUDYSON OLIVEIRA ROCHA2; WELLIGTON RIBEIRO FIGUEIREDO2. 1. CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI, TERESINA - PI - BRASIL; 2. FACULDADE INTEGRAL DIFERENCIAL, TERESINA - PI - BRASIL; 3. HOSPITAL SANTA MARIA, TERESINA - PI - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÂO: O ducto colédoco é uma parte terminal das vias biliares permitindo a excreção da bile. Ele é formado entre o canal cístico vindo da vesícula biliar e do ducto hepático comum vindo das vias biliares intra-hepáticas. A perfuração espontânea do sistema biliar extra-hepático é extremamente rara, com exceção da ruptura da vesícula que ocorre em 3% a 10% dos casos de colecistite aguda. A fisiopatologia desse processo pode ser explicada pela presença de anomalias congênitas ou doenças obstrutivas adquiridas. O aumento da pressão intraluminal conduz para um enfraquecimento do fluxo sanguíneo e do suplemento linfático do ducto colédoco, causando a necrose da parede e a perfuração. O objetivo do trabalho foi relatar um caso de perfuração espontânea de ducto colédoco abordado na emergência de um hospital publico de referência de Teresina-PI. RELATO DE CASO: C.M.L.C, feminina, 75 anos, deu entrada no pronto-socorro com quadro de dor abdominal, vômitos, febre e icterícia. Realizou exames complementares US e TC abdominal que sugeriram colecistite aguda complicada (espessamento parietal, dilatação das vias biliares e liquido espesso pericolecistico). Foi submetida a laparotomia exploradora evidenciando perfuração espontânea de ducto colédoco de aproximadamente 1cm com vazamento de bile na cavidade associado a coledocolitiase e colecistite aguda. Realizado colecistectomia com exploração das vias biliares com retirada dos cálculos, colangiografia intra-operatoria e drenagem das vias biliares com dreno de Kher. A paciente recebeu alta no 5o dia de pos-operatorio sem intercorrências. O dreno de Kher foi retirado no 21o dia após controle radiológico. CONCLUSAO: A colecistite aguda tratada na urgência pode ser associada com complicações maiores como a perfuração espontânea da via biliar, e esta deve ser devidamente tratada na urgência por um cirurgião com experiência em cirurgia hepatobiliar.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1665

TÍTULO DO TRABALHO: SCHWANNOMA PANCREÁTICO: UM RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CECÍLIA ARAÚJO CARNEIRO LIMA1; MARIA LUÍSA MONTEIRO DE OLIVEIRA1; LUCIANA DE HOLANDA LIMA DORNELAS CÂMARA1; EUCLIDES DIAS MARTINS FILHO2; THALES PAULO BATISTA2; ANA CAROLINE DE SOBRAL MELO PATU3; PAULA CARVALHO DE ABREU E LIMA BRITO4; JEFFERSON CORREIA DE SOUZA3. 1. IMIP - INSTITUTO DE MEDICINAL INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA, RECIFE - PE - BRASIL; 2. REAL HOSPITAL PORTUGUÊS DE BENEFICÊNCIA EM PERNAMBUCO (RICO - REAL INSTITUTO DE CIRURGIA ONCOLÓGICA), RECIFE - PE - BRASIL; 3. REAL HOSPITAL PORTUGUÊS DE BENEFICÊNCIA EM PERNAMBUCO (RIO - REAL INSTITUTO DE ONCOLOGIA), RECIFE - PE - BRASIL; 4. LABORATORIO ADONIS CARVALHO, RECIFE - PE - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O Schwannoma pancreático é uma neoplasia rara originada das células de Schwann. Geralmente esses tumores ocorrem nas extremidades, podendo ser encontrados em uma menor proporção em cabeça e pescoço, mediastino e retroperitônio, sendo incomuns na região pancreática. Afetam adultos com a mesma distribuição entre os sexos com variação considerável de tamanho. Menos de 50 casos de schwannoma pancreático foram descritos na literatura estrangeira nos últimos trinta anos, não sendo encontrada nenhuma referência na literatura brasileira. RELATO DE CASO: Uma mulher de 24 anos, sem comorbidades prévias, descobriu incidentalmente uma tumoração no pâncreas através de TC para investigação de dor abdominal. Procurou o serviço de cirurgia oncológica, sendo submetida a realização de uma RM que evidenciou uma tumoração na cabeça do pâncreas medindo 2,1x1,7x1,9 cm. A paciente foi submetida, na nossa instituição, a uma gastropancreatoduodenectomia com anatomopatológico confirmando uma neoplasia fusocelular com margens livres. A imuno-histoquímica apresentou painel positivo para S100 consistente com Schwannoma benigno. No momento, a doente se encontra em seguimento clínico sem qualquer sinal de doença recorrente. CONCLUSÃO: Os schwannomas pancreáticos são neoplasias raras que surgem de fibras autonômicas simpáticas ou parasimpáticas, ambas percorrendo o pâncreas como ramos do nervo vago. A média de idade dos pacientes acometidos é de 55 anos com igual distribuição entre os sexos. Os principais sintomas relacionados à doença incluem dor abdominal e perda de peso. Os exames de imagem utilizados no diagnóstico são a TC ou RM de abdome total. A biópsia guiada por ecoendoscopia é uma opção útil ao diagnóstico pré-operatório. Citologicamente, os schwannomas são caracteristicamente compostos por células em forma de fuso e a imuno-histoquímica é útil com painel fortemente positivo para proteína S-100. O tratamento definitivo é cirúrgico e se limita, na maioria das vezes, a enucleação simples. Nas revisões de casos a ressecção mais comum foi a pancreaticoduodenectomia (32%). Isso se explica, principalmente, pela dificuldade no diagnóstico preciso e a relação com o tamanho do tumor. Uma avaliação histopatológica por congelação deve ser realizada, se possível, pois ajuda a evitar uma ressecção mais radical. No entanto, quando os tumores se tornam maiores e com risco de sangramento associado, uma ressecção mais extensa pode ser necessária.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 545

TÍTULO DO TRABALHO: Síndorme de Mirizzi com duplicação completa de vesícula biliar

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RODRIGO ERMINIO HRYNIEWICZ1; FERNANDA FRANCO CARREGOSA1; VINICIUS FRALETTI RICCI2; CARLOS EDUARDO AZEVEDO FERRETTI3; MARISTELA MELHEM NATRIELLI DE ALMEIDA3. 1. ACADÊMICO DE MEDICINA UNITAU, TAUBATÉ - SP - BRASIL; 2. RESIDENTE DE CIRURGIA GERAL HRVP, TAUBATÉ - SP - BRASIL; 3. SERVIÇO DE CIRURGIA HRVP, TAUBATÉ - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A duplicação da vesícula biliar é uma má-formação congênita rara que ocorre em aproximadamente 1 a cada 4.000 nascimentos. É importante para os cirurgiões o conhecimento e a identificação das variações anatômicas e anomalias da via biliar a fim de se evitar possíveis complicações operatórias. A Síndrome de Mirizzi ? caracterizada pela obstrução do ducto hepático comum secundária à compressão extrínseca pelos cálculos impactados no ducto cístico ou no infundíbulo da vesícula ? é uma complicação infrequente das doenças litiásicas, ocorrendo em cerca de 1% de todos os pacientes com colelitíase. A associação das duas situações concomitantemente é extremamente rara. O presente estudo tem como objetivo relatar um caso de vesícula duplicada com colecistite aguda associada à síndrome de Mirizzi em uma única vesícula de uma paciente do sexo feminino, 52 anos, apresentou-se inicialmente com colecistite aguda e icterícia. A paciente possuía imagem tomográfica sugestiva de duplicação de vesícula biliar e não apresentava história pregressa de outras comorbidades ou sintomatologia prévia ao quadro apresentado. Após encaminhamento da paciente ao serviço de Cirurgia Geral do Hospital Regional do Vale do Paraíba, foi optado por abordagem cirúrgica da paciente. No ato operatório, confirmou-se a hipótese de vesícula biliar duplicada (do tipo H), sendo que a vesícula superior encontrava-se aderida ao leito hepático, como de costume, e a vesícula inferior aderida ao duodeno com sinais de colecistite e Síndrome de Mirizzi.Conclusão: Trata-se de um caso raro de Síndrome de Mirizzi com duplicação completa de vesícula biliar.

CODIGO DO TRABALHO: 2668

TÍTULO DO TRABALHO: SÍNDROME COLESTÁTICA INDUZIDA POR TUMOR INTRADUCTAL DA PAPILA DE VATER: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ENYÁLINE FIRMINO DE VASCONCELOS; EMYLAINE FIRMINO DE VASCONCELOS; LAÍS HENRIQUES DE OLIVEIRA; ANA CAROLINA LOPES RAMALHO BEZERRA VIANA; EVELYNNE MARIA GOMES GALVÃO DA TRINDADE; DEODATO ROLIM CARTAXO; KAYO CÉSAR SAMPAIO AMORIM. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O adenocarcinoma ampular é uma neoplasia maligna rara, em que seu pico de incidência se dá por volta da sétima década de vida e o sexo masculino é mais acometido, na proporção de 2:1. O crescimento polipóide intraluminal do tumor para o colédoco distal é uma apresentação rara, necessitando de alta suspeição diagnóstica e uma correta avaliação dos demais exames de imagem. Relato de Caso: Paciente, 75 anos, sexo masculino, evolui há 3 meses com síndrome colestática progressiva e consumptiva com perda ponderal de 9 Kg. Dentre os achados por obstrução em nível ampular incluiem: Icterícia, colúria, acolia, prurido, dor abdominal, anemia, anorexia. Exames laboratoriais revelam padrão colestático, com elevação de enzimas canaliculares e de bilirrubinas, com predomínio da fração conjugada e elevação do nível sérico do antígeno CA19.9. Exame físico: hipocorada (+1/+4) e ictérica 3+/4+. Abdome plano, doloroso à palpação profunda em hipocôndrio direito, sem visceromegalias. Na Duodenoscopia: Importante abaulamento na segunda porção duodenal ocupando cerca de 30% da luz, papila desviada inferiormente e exibindo neovascularização. Achado de adenoma foi confirmado histologicamente, com pesquisa de áreas atípicas displásicas ou mesmo invasoras. A tomografia computadorizada (TC) de abdome evidenciou importante dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas com falha de enchimento abrupta no colédoco distal em nível da parede duodenal; pâncreas normal. Foi submetido à resseção cirúrgica com realização de duodenopancreatectomia cefálica. Peça cirúrgica: adenocarcinoma moderadamente diferenciado, de padrão ductal, localizado na papila de Vater (1,5x1,0 cm) e infiltrando até parede duodenal; ausência de invasão vascular, linfonodos e margens cirúrgicas livres de neoplasia. Conclusão: O tumor primário da papila de Vater raramente pode se manifestar como uma protuberância intraluminal coledociana dificultando diagnóstico e tratamento endoscópicos. Apresenta-se como um grande desafio diagnóstico quando em estágios iniciais, por outro, sabe-se que o tamanho, a invasão linfonodal e o grau de ressecabilidade curativa do tumor são fatores determinantes do seu prognóstico. Portanto, uma análise cautelosa da papila duodenal e a observação de alterações sutis da mucosa durante a endoscopia são importantes para detecção precoce do tumor, aumentando a taxa de ressecabilidade cirúrgica e melhorando o prognóstico do paciente.

CODIGO DO TRABALHO: 2710

TÍTULO DO TRABALHO: SÍNDROME COMPARTIMENTAL ABDOMINAL NA PANCREATITE AGUDA GRAVE ? RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LORENA CHAGAS DAMACENO1; ANA PAULA CARDOSO DE QUEIROZ1; OSANA JULIANA VALERIANO LOPES DE ALMEIDA1; LAÍS FRANCIELE SANTANA PORTELA1; PAMELA SUELE CARNEIRO DE SOUSA1; MARCIO RIVISON SILVA CRUZ2. 1. EBMSP, SALVADOR - BA - BRASIL; 2. UFBA, SALVADOR - BA - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A síndrome compartimental abdominal (SCA) pode aparecer em 15-30% dos pacientes com pancreatite aguda grave (PAG), e acredita-se que ocorra nesses pacientes devido a uma combinação de fatores, inclusive alguns relacionados ao manejo da PAG, como a reanimação volêmica agressiva e as atuais recomendações de adiamento de qualquer intervenção cirúrgica ou uma abordagem minimamente invasiva. Contudo, não existem diretrizes atuais que abordem indicações, tratamento, momento e técnicas para intervenção nos casos de SCA na PAG. RELATO DE CASO: Paciente masculino, 49 anos, admitido na emergência com dor abdominal importante associada a náuseas e sudorese iniciados há 2 dias. Referiu libação alcoólica precedendo os sintomas e negou comorbidades prévias. Após exames físico e laboratoriais, foi diagnosticado com pancreatite aguda, confirmada por TC de abdome: pancreatite aguda necrotizante (Balthazar C, ISTC 8). Foi transferido em seguida para UTI e evoluiu com insuficiência respiratória, sendo sedado e intubado, além de disfunção renal grave, necessitando de hemodiálise. Cirurgia geral propôs abordagem cirúrgica no 21º dia pós-início da dor, porém o paciente apresentou aumento sustentado da PIA (36mmHg) e disfunção orgânica, caracterizando síndrome compartimental abdominal no 15º dia de internamento. Ao longo de 9 dias, foi abordado 5 vezes por laparotomia, sendo realizada descompressão abdominal, necrosectomia peripancreática e peritoneostomia. Durante internamento, fez uso de Fluconazol, Targocid e Imipenem, sendo este escalonado para Polimixina B guiado por culturas. No 25º dia, cursou com choque hemodinâmico refratário, em uso de drogas vasoativas, desenvolvendo disfunção múltipla de órgãos, evoluindo com PCR em assistolia e posterior óbito. CONCLUSÃO: O desenvolvimento de SCA em pacientes com PAG tem grande influência no desfecho da doença, aumentando mortalidade. Os poucos estudos relacionados a essa complicação discorrem sobre uma abordagem conservadora inicial, seguida, se necessário, de uma abordagem mais invasiva: drenagem percutânea ou descompressão cirúrgica por laparotomia. Entretanto, não existem estudos suficientes que comprovem a superioridade de uma técnica em relação à outra, não havendo um consenso de quando e como deve-se abordar tais pacientes. Por isso a importância de estudos randomizados que comparem os diferentes manejos da SCA na PAG, visto que não dispomos de evidências suficientes sobre o melhor método a ser realizado.

CODIGO DO TRABALHO: 2727

TÍTULO DO TRABALHO: Síndrome de Bouveret: um relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARIA SILVANE DE FÁTIMA VIANA RANGEL1; ARTUR SERRA NETO1; ADRIANA CARNEIRO CORRÊA NASCIMENTO1; MICHELLY SAMPAIO BONATES DURANS1; MARCELO TRAVASSOS PINTO1; THIAGO VIANA OLIVEIRA2. 1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO UNIDADE PRESIDENTE DUTRA, SÃO LUÍS - MA - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, SÃO LUÍS - MA - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A síndrome de Bouveret é uma forma muito rara de íleo biliar causada pela passagem e impactação de um cálculo através de uma fístula colecistoduodenal, resultando em obstrução na saída do fluxo gástrico. O local mais comum de obstrução é no íleo terminal. A impactação mais proximal no duodeno é mais rara com taxas de obstrução em cerca de 1% a 3% de todos os casos. As taxas de morbimortalidade diminuíram nos últimos anos, mas ainda permanecem elevadas devido à idade avançada e outras comorbidades. A abordagem terapêutica pode variar com endoscopia e técnica cirúrgica.Relato: R.R.C.P., 68 anos, sexo feminino, feoderma, natural de Penalva-MA e residente em São Luís-MA, aposentada, admitida no serviço de cirurgia do Hospital Municipal de Urgência e Emergência Djalma Marques Socorrão I, com queixa de ?dor na barriga há 1ano e 6meses?. A paciente referiu história de dor em hipocôndrio direito irradiada para epigástrio associada com alimentação gordurosa há cerca de 1ano e meio, no qual realizou ultrassonografia com diagnóstico de colelitíase. Desde então, evoluiu com crises repetidas do quadro álgico, mas sem associação com sintomas colestáticos, negando febre. No momento da admissão a paciente se encontrava com intensa dor abdominal difusa com sinais de peritonite, associado à distensão abdominal e ausência de evacuação e flatos nos últimos 5dias. Realizou TC de abdome que evidenciou vesícula parcialmente caracterizada com múltiplos cálculos, nodulação em alvo de calcificações excêntricas na 2ª e 3ª porção do duodeno, líquido livre e linfonodos adjacentes. Evoluindo em regular estado geral com hipotensão e taquicardia foi encaminhada ao centro cirúrgico para realizar laparotomia exploradora, no qual foi evidenciado volumoso bilioma, lesões em pingo de vela na cavidade, vesícula perfurada, aderência fixa entre vesícula e duodeno com cálculo de 1 cm impactado no seu interior. Procedeu-se com colecistectomia atípica, correção da fístula colescisto-duodenal, duodenorrafia com colocação de sonda pós-pilórica com posterior lavagem de cavidade abdominal com soro fisiológico e peritoneostomia. Foi realizada reabordagem cirúrgica no segundo e sexto dia do pós-operatório, mantendo o estado grave não respondendo às terapêuticas evoluiu a óbito após a segunda reabordagem cirúrgica.Conclusão: A paciente se enquadra aos indicadores de morbimortalidade da Síndrome de Bouveret, rara condição que afeta principalmente a população feminina e idosa.

CODIGO DO TRABALHO: 3056

TÍTULO DO TRABALHO: SÍNDROME DE MIRIZZI COM ELEVAÇÃO ACENTUADA DE CA 19-9

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOAO BOSCO CHADU JUNIOR1; MARIANA DE GREGORIO FARIA2; JEFFERSON ALVIM DE OLIVEIRA2; CRISTHIAN RODRIGO SEQUEIROS PENA2; RAFAEL PIRES RESENDE2; FLAVIO MALAQUIAS AMANCIO2; ISMARA LOURDES SILVA JANUARIO CHADU2. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA - MG (UFU), ARAXÁ - MG - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLANDIA, UBERLANDIA - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A Síndrome de Mirizzi, foi descrita em 1948 por um cirurgião argentino, como obstrução do ducto hepático comum causada pela compressão de um cálculo grande em infundíbulo (?bolsa de Hartmann?) ou ducto cístico.Pode evoluir com fístula entre a vesícula biliar e as vias biliares.A elevação do CA 19-9 em doenças benignas pode acontecer , porém é muito mais frequente em doenças biliares malignas.Este trabalho tem o objetivo de relatar um caso de síndrome de Mirizzi com elevação acentuada do CA 19-9.RELATO DO CASO:MN, 72 anos, masculino e procedente de Uberlândia-MG.Paciente encaminhado ao PS com história de dor tipo cólica no hipocôndrio direito e epigástrio , associado com icterícia , colúria e acolia fecal, febre e emagrecimento de 10 kg em seis meses. Ao exame físico : icterícia e sinal de Murphy .Apresentava BT: 6,9 ; BD:5,08 ; BI:1,84; FA:194; GGT: 773,2; CA 19-9: 904,1.Iniciada antibioticoterapia com ciprofloxacina e metronidazol. O US de abdome evidenciou cálculo impactado no infundíbulo com sinais de colecistite e dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas.A RNM evidenciou cálculo no infundíbulo de 3x2,4 cm que determina compressão extrínseca do hepatocolédoco e consequente dilatação das vias biliares compatível com Síndrome de Mirizzi. Ecoendoscopia com achados sugestivos de Síndrome de Mirizzi. Realizada CPRE com colocação de duas próteses nas vias biliares para melhora do quadro clínico .Na videolaparoscopia foi visualizada grande quantidade de aderências entre a vesícula biliar , duodeno e hepatocolédoco. Optado por conversão para cirurgia aberta e achado de síndrome de Mirizzi grau 3 com empiema de vesícula biliar e fístula entre a vesícula biliar e hepatocolédoco .Realizada colecistectomia e colocação de dreno de Kehr na via biliar e drenagem da cavidade abdominal. Apresentou normalização dos níveis de CA 19-9.Paciente evoluiu com melhora lenta, mas sem complicações graves e recebeu alta hospitalar em estado geral regular. Colangiografia pelo dreno de Kehr após quatro semanas estava sem alterações, sendo o dreno retirado.CONCLUSÃO: Os níveis elevados de CA 19-9 não pode ser condição absoluta para diferenciação entre doenças benignas e malignas das vias biliares. A síndrome de Mirizzi é uma doença rara e de difícil resolução cirúrgica . Ela pode ser uma condição benigna com altos níveis de CA 19-9, porém em pacientes idosos e com elevação acentuada do marcador tumoral doenças malignas devem ser descartadas.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 587

TÍTULO DO TRABALHO: Síndrome de Mirizzi: Relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DELÚBIO GOMES MACHADO NETO; JOSÉ ARRUDA SILVA LIMA; RONE ANTONIO ALVES ABREU. ITPAC, ARAGUAÍNA - TO - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOA síndrome de Mirizzi é a obstrução do ducto hepático comum secundária a compressão extrínseca devido a impactação de cálculos no ducto cístico ou no infundíbulo da vesícula1. É complicação não-usual da doença litíasica da vesícula biliar e ocorre em aproximadamente 1% de todos os pacientes com colelitíase. Csendes et al. sugeriram nova classificação baseada no tamanho da fístula biliar. As lesões do tipo I-compressão externa da via biliar principal; as do tipo II, fístula colecistobiliar menor do que 1/3 da circunferência do ducto biliar; as do tipo III, fístula maior do que 2/3 da circunferência do ducto biliar e as do tipo IV destruição completa do ducto biliar.RELATO DE CASOMasculino,74 anos, trabalhador rural, etilista social, tabagista e sem comorbidades (DM E HAS). Procura atendimento no HRA com queixa de dor em andar superior do abdome que irradia para região dorsal associado a episódios de febre e icterícia. Exame físico de admissão:REG, LOTE, eupnéico, febril (37,9°c), ictérico, desidratado, hipocorado, emagrecido, FC: 86bpm, PA 110x70 mmHg; AP e ACV sem alterações; Abdome: RHA+, flácido, doloroso a palpação profunda em hipocôndrio direito, porém sem irritação peritoneal; sinal de Murphy presente. Exames laboratoriais revelaram leucócitos (12.770), TGO (96), TGP (138), GAMA-GT (695), FA (691), Bilirrubina direta (3.74) e Bilirrubina indireta (3.19). A USG com dilatação de vias biliares intra e extra-hepáticas; Vesícula biliar com cálculo no infundíbulo medindo 1,7cm. A TC revelou acentuada dilatação de vias biliares intra-hepáticas e colédoco medindo até 2,3cm e imagem hipodensa irregular, promovendo obliteração ao nível de papila de Vater. Realizado colecistectomia, retirada de cálculo impactado, drenagem externa de via biliar com dreno de Kehr, colangiografia intraoperatória e drenagem de abcesso hepático e drenagem cavitária com dreno túbulo laminar. Inventário da cavidade deferiu vesícula espessada e atrófica aderida ao grande omento, litíase 1,5cm palpável em colédoco, área de flutuação palpável em segmentos III e IVa do fígado e síndrome de mirizzi Csendes II.CONCLUSÃOA Síndrome de Mirizzi é uma rara complicação decorrente da colelitíase. É importante detectá-la precocemente devido alto risco de lesões do ducto biliar durante o procedimento cirúrgico. Todavia, o diagnóstico pré-operatório pode se tornar difícil devido a sua apresentação clínica inespecífica, extremamente semelhante a um quadro de colelitíase sem complicações.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2227

TÍTULO DO TRABALHO: SÍNDROME PÓS-COLECISTECTOMIA EM PACIENTE COLECISTECTOMIZADA HÁ 20 ANOS ? RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CRISTIANO DA COSTA CASAES FILHO1; ROBERTO CARLOS ARAÚJO JUNIOR1; ANDRÉ LUIZ FERMINO1; JÔNATAS ALONSO DO CARMO2; CAROLINA PELLISSON CARVALHO2; IRINEU FERREIRA TEIXEIRA1; OSVALDO CAIEL FILHO1; OSDEMAR DE CASSOLI MARANHO1. 1. SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE BARRETOS, BARRETOS - SP - BRASIL; 2. FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE BARRETOS DR PAULO PRATA, BARRETOS - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A síndrome pós-colecistectomia (SPC) ocorre em 10 a 15 % dos pacientes colecistectomizados(4), sendo resultante de um comprimento variável do ducto cístico deixado como remanescente durante o procedimento cirúrgico(3,4). A sintomatologia inclui dor abdominal superior, vômitos, distúrbios gastrointestinais, icterícia, dispepsia e febre(1,2,4,5).Relato de Caso: Paciente R.V.S., 58 anos, feminina, parda, do lar, natural e procedente de Barretos, procurou a Unidade de Pronto Atendimento da cidade de Barretos - SP com queixa de dor em hipocôndrio direito, colúria, acolia fecal, febre e náuseas há 5 dias. Ao exame físico apresentou-se ictérica (3+/4+) com abdome doloroso em hipocôndrio direito, sem sinais de irritação peritoneal. Colecistectomizada há 20 anos. Encaminhada à Santa Casa de Misericórdia de Barretos para internação e investigação. O exame de imagem inicial (tomografia computadorizada - TC) evidenciou dilatação das vias biliares intra-hepáticas, não sendo visualizada a vesícula biliar. Devido ao não esclarecimento diagnóstico optou-se pela realização da colangiopancreatografia por ressonância magnética (CPRM). A CPRM demonstrou: litíase coledociana com proeminente dilatação à montante das vias biliares intra e extra-hepáticas; imagem tubular estendendo-se por cerca de 4,3 cm junto ao contorno posterior do colédoco distal com inserção ao nível da cabeça do pâncreas, sugestiva de ducto cístico remanescente dilatado, dotado de calibre até 0,9 cm e havendo pequena imagem sugestiva de cálculo no seu interior, medindo 0,5 cm; estado pós colecistectomia. Firmado diagnóstico de neovesícula com coledocolitíase, a paciente foi encaminhada para realização de colangiopancreatografia retrógada endoscópica. Neste exame, foi realizado papilotomia com boa drenagem biliar e sem identificação de cálculos (migração espontânea). Paciente retornou em ambulatório com remissão total dos sintomas, e está em programação cirúrgica para remoção do ducto cístico remanescente.Conclusão: Vemos que o caso em questão trata-se de uma SPC. A maioria dos casos de SPC, geralmente, tem uma causa identificável(1,2,4,5). A ultrassonografia, TC e CPRM têm alta sensibilidade na detecção das causas de PCS(4,5). O ducto cístico remanescente foi o diagnóstico final da paciente, fato que constitui com um perfil epidemiológico compatível, visto que esta é uma das causas mais comuns desta síndrome(1,2,4).

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1507

TÍTULO DO TRABALHO: Síndrome Sump: um relato de caso.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RODRIGO SANTIAGO MOREIRA1; BRUNO MARINHO PINTO DE ÁGUILA1; MILLENE IVANIA FERREIRA LEITE BARBOSA1; RAMONN CHAVES DA SILVA RODRIGUES1; THIAGO SOUZA E SILVA1; NORTON NUNES DE LIMA1; NINA ROSA TENÓRIO LIRA1; VICTOR CARVALHO MACIEL GIRÃO1; ANA CECÍLIA CARVALHO TORRES2. 1. HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - RECIFE/PE, RECIFE - PE - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO - UPE, RECIFE - PE - BRASIL.

RESUMO:
Introdução A síndrome Sump é uma rara complicação associada a anastomose coledocoduodenal e pode ser caracterizada por dor intermitente, pancreatite e colangite de repetição. Causada pelo contato de resíduos gástricos, esta complicação da coledocoduodenoanastomose caracteriza-se pela obstrução do colédoco distal.Relato do caso: Homem de 78 anos procurou serviço de emergência do Hospital Getúlio Vargas em Recife, em outubro de 2016, com quadro de dor abdominal em hipocôndrio direito, intermitente, há cerca de 8 meses, com episódio de icterícia. Negou febre e calafrios no mesmo período. O paciente havia sido submetido a cirurgia com realização de coledocoduodenoanastomose latero-lateral em fevereiro de 2014 visando tratamento de litíase de via biliar. Dois anos após procedimento cirúrgico evoluiu com quadro de dor abdominal, descrito anteriormente. Durante investigação, foi realizada Colangiorressonância magnética, com achados de imagens hipointensas em T2 em colédoco médio e diminuição de calibre em seu terço distal. Paciente foi submetido a Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica. Durante o procedimento foi visualizada a coledocoduodenoanastomose pérvia e ampla, com realização de colangiografia sem evidência de estenoses ou obstruções. Durante exploração de colédoco distal foi realizada esfincterotomia e foram evidenciados cálculo biliar com 1,8 cm e debris. A síndrome Sump é uma complicação rara em pacientes submetidos a coledocoduodenoanastomose latero-lateral. O segmento de colédoco entre a anastomose e a ampola de Vater atua como reservatório de bile estagnada com acúmulo de detritos, cálculos e bactérias. O acúmulo desse conteúdo torna o ambiente propício para a proliferação de bactérias, existindo assim, duas formas clínicas para a síndrome: inflamatória ou infecciosa e disabsortiva. Na primeira, os sintomas possíveis são náuseas, dor abdominal, vômitos, icterícia, febre e calafrios. Na forma disabsortiva podem ocorrer diarreia e esteatorréia. Colangite, pancreatite, abscessos hepáticos e cirrose biliar são complicações possíveis dessa síndrome. Nesse caso, optou-se por tratamento por via endoscópica com esfincterotomia e o paciente permaneceu assintomático.Conclusão: conforme estabelecido atualmente, o tratamento preferencial para a Síndrome Sump é a esfincterotomia por via endoscópica, que apresenta bons resultados. A opção de correção cirúrgica fica, portanto, reservada para casos de recidiva após esfincterotomia endoscópica.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1751

TÍTULO DO TRABALHO: Tecido Pancreático Ectópico na Vesícula Biliar

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PLINIO CARLOS BAU; ANGELICA MARIA LUCCHESE; FÁBIO BARLEM HOHMANN. PUCRS, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:
O pâncreas ectópico ou heterotópico é uma anormalidade de origem embriológica e é definida pela presença de tecido pancreático histologicamente identificado fora da topografia normal sem qualquer conexão anatômica, vascular ou neural com a glândula. É uma condição patológica rara, mas com o potencial de causar sintomas graves, às vezes atribuídos a causas idiopáticas.Os autores apresentam um paciente assintomático submetido a colecistectomia laparoscópica por pólipos com o laudo da patologia descrevendo a presença de tecido pancreático associado. Uma breve revisão da literatura também é apresentada.O pâncreas ectópico ou heterotópico é uma anormalidade de origem embriológica e é definida pela presença de tecido pancreático histologicamente identificado fora da topografia normal sem qualquer conexão anatômica, vascular ou neural com a glândula. É uma condição patológica rara, mas com o potencial de causar sintomas graves, às vezes atribuídos a causas idiopáticas.Os autores apresentam um paciente assintomático submetido a colecistectomia laparoscópica por pólipos com o laudo da patologia descrevendo a presença de tecido pancreático associado. Uma breve revisão da literatura também é apresentada.

CODIGO DO TRABALHO: 2865

TÍTULO DO TRABALHO: TERAPIA NUTRICIONAL NA PANCREATITE: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MATHEUS CASTELO PRUDENTE1; GABRIEL LUNARDI ARANHA1; NATHALIA PEREIRA VIZENTIN2; NATASHA DA SILVA CALDEIRA2; BRENO BIANCO GOMES DE ALMEIDA1; FELIPE DE ABREU RODRIGUES3; CARLOS AUGUSTO GOMES3. 1. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA - SUPREMA, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL; 2. HOSPITAL PEDRO ERNESTO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; 3. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA - SUPREM, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO Terapia Nutricional do paciente com pancreatite aguda visa diminuir o catabolismo proteico e infecções, sendo imprescindível ao tratamento dessa enfermidade. Mesmo com os recentes avanços na terapia nutricional, ainda existem controvérsias sobre a melhor abordagem nos doentes. OBJETIVOS Revisar os principais aspectos da terapia nutricional na Pancreatite Aguda. METODOLOGIA Revisão não sistemática da base de dados Medline, sendo utilizados 6 artigos. RESULTADOS Na pancreatite leve, terapia nutricional tem pouco importância, devendo-se iniciar a dieta oral de maneira precoce, na forma de dieta branda, com poucas gorduras e resíduos sendo escalonada progressivamente. Já na pancreatite moderada-grave a terapia nutricional é de suma importância, sob forma de dieta oral e parenteral. A nutrição enteral sob demanda pode ser utilizada em caso de não aceitação a dieta oral, quando não se consegue atingir o Valor Calórico Total em pacientes graves com instabilidade hemodinâmica ou com a via oral não pérvia, como pacientes em ventilação mecânica, após 72-96 horas do insucesso da dieta oral. O paciente deve receber dieta com 25-35 kcal/kg/dia com total de 1.2-1.5g/kg/dia de proteína, 3-6g/kg/dia de carboidratos conforme nível sérico de glicose, mantendo-o até 10mmol/L e lipídios até 2g/kg/dia ajustados conforme trigliceridemia máxima de 12 mmol/L. Evidências atuais, não conclusivas, demonstram que embora a nutrição enteral nasojejunal seja mais utilizada, nasogástrica tem melhor tolerância e é mais segura. A nutrição infundida de forma continua é melhor tolerada e o leito deve ser mantido em posição vertical. As formulações enterais oligoméricas ou poliméricas possuem o mesmo resultado. A nutrição parenteral total deve ser evitada tanto em pacientes com pancreatite aguda leve quanto nos pacientes graves. A nutrição parenteral total está associada com complicações. Ainda não há evidencias satisfatórias quanto ao uso de anti-oxidantes, glutamina, ou vitaminas, devendo os mesmos serem evitados. CONLUSÃO Dietoerapia tem grande importância no tratamento da PA grave e pouca importância na não grave. Deve ser iniciada assim que possível na grave para evitar a deterioração do estado nutricional. A dieta enteral deve ser utilizada como complemento da via oral ou quando esta não pode ser utilizada. A parenteral deve ser evitada devido complicações.

CODIGO DO TRABALHO: 3074

TÍTULO DO TRABALHO: TOTALIZAÇÃO DE PANCREATECTOMIA COMO TRATAMENTO PARA FÍSTULAS PANCREÁTICAS APÓS GASTRODUODENOPANCREATECTOMIA - RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ÁRLEM CÉSAR DAMASCENO PÉREZ1; MAITE MAZIERO AFONSO2; LUCAS BONACHI VERGAMINI1; ADRIANO PEREIRA SAMPAIO1; GIOVANNA TOMAZ MODA1. 1. HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL (HSPE), SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE CIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO Apesar dos avanços significativos nos cuidados perioperatórios de pacientes submetidos a gastroduodenopancreatectomia (GDP),a morbidade pós-operatória se mantém inalterada.Nesse contexto, grande porção se deve às fístulas pancreáticas pós-operatórias, encontradas em torno de 9-29% dos casos.Diversas intervenções em termos de técnicas cirúrgicas e farmacológicas têm sido sugeridas para diminuir a incidência de fístulas, no entanto, os resultados apresentados mostram-se controversos.Neste caso um paciente portador de neoplasia de papila duodenal foi submetido a GDP, evoluindo com fístula pancreática.Necessitando de reabordagem,sendo instituída como terapêutica a pancreatectomia total.RELATO DE CASO Paciente do sexo feminino,73 anos,com diagnóstico de adenocarcinoma de papila duodenal moderadamente diferenciado estabelecido.Submetida a GDP com anastomose pancreato jejunal ducto-mucosa.No pós operatório apresentou febre,taquicardia e dosagem de amilase do dreno aumentada. Foi diagnosticada fístula de anastomose pancreatojejunal e optado inicialmente pelo manejo clínico.Evoluiu com piora do quadro clínico e mudança do aspecto do débito do dreno abdominal. Indicada reabordagem cirurgica.Realizada laparotomia exploradora e pancreatectomia total.No intraoperatório visualizou-se deiscência da anastomose pancreato-jejunal.O procedimento transcorreu sem intercorrências e a paciente foi encaminhada a UTI .No pós operatório, paciente evoluiu com quadro de choque séptico refratário a medidas clínicas, evoluindo para o óbito no quinto dia pós operatório da nova reabordagem.CONCLUSÃOInicialmente, a conversão para pancreatectomia total era preferida na re-intervenção cirúrgica por fistulas pancreáticas, tendo-se invertido esta tendência ao longo das últimas décadas e reservando-se este procedimento para casos de peritonite generalizada.Os dois principais argumentos para a realização deste tipo de intervenção são a esterilização da fonte de infecção e diminuição da necessidade de reintervenção posterior. Contudo, tecnicamente é um procedimento complexo. Outras desvantagens da pancreatectomia total são a falência pancreática e a insuficiência exócrina.No entanto, dentro do manejo das fístulas pancreáticas pós-operatórias, é ressaltável o papel da totalização da pancreatectomia. Convém ao médico cirurgião conhecer este procedimento e julgar seu uso como uma das alternativas no tratamento de fístulas pancreáticas pós-operatórias.

CODIGO DO TRABALHO: 2486

TÍTULO DO TRABALHO: TRATAMENTO CIRÚRGICO DA LESÃO IATROGÊNICA DAS VIAS BILIARES NO HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FRANCISCO EUGÊNIO DE VASCONCELOS FILHO; FRANCISCA GIORDANA VASCONCELOS DE OLIVEIRA; JOAO ODILO GONCALVES PINTO; JOÃO IVO XAVIER ROCHA; VALDENOR NEVES FEITOSA JUNIOR; LUCAS BRUNO BORGES; LUCAS DE OLIVEIRA LIMA; JEFFERSON MENEZES VIANA SANTOS. HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
OBJETIVO: Determinar o perfil epidemiológico e a evolução pós-tratamento cirúrgico de pacientes internados no Hospital Geral de Fortaleza com lesões iatrogênicas de vias bilares após colecistectomia no período de dois anos (2014-2015). METODOLOGIA: Realizado um estudo de coorte retrospectivo com análise de prontuários. O critério de inclusão único foi a submissão do paciente a cirurgia de derivação biliodigestiva no Hospital Geral de Fortaleza por lesão iatrogênica de vias biliares secundárias a colecistectomia. Foram excluídos os pacientes operados por neoplasia, patologias litiásicas ou doenças císticas das vias bilares. Os dados epidemiológicos e cirúrgicos foram coletados em ficha do aplicativo Google Formulários ® que alimentaram um banco de dados organizado com o programa Microsoft Excel ® sendo, em seguida, analisados e calculados as respectivas médias e porcentagens. RESULTADOS: Dos 64 prontuários de derivações biliodigestivas realizadas no período, 54 foram retirados do estudo por atenderem a critérios de exclusão, restando, para estudo, 10 prontuários. A média de idade os pacientes foi de 40,3 anos, com predomínio do sexo feminino (90%) e provenientes do interior do estado (70%). O sintoma inicial mais prevalente foi icterícia. A colecistectomia convencional (não laparoscópica) foi a cirurgia índice prevalente. O tipo de lesão mais comum foi o tipo E de Strasberg. A derivação biliodigestiva em ??Y?? de roux foi a correção cirúrgica padrão utilizada. Os pacientes evoluíram favoravelmente, recebendo alta com uma média de 7,2 dias de pós-operatório e tendo como complicação cirúrgica mais comum a infecção superficial de ferida operatória (30%). CONCLUSÃO: O Hospital Geral de Fortaleza realiza um tratamento cirúrgico/clínico de pacientes com lesões complexas de vias biliares pós colecistectomia, com perfil de pacientes e desfechos pós-operatórios similares a grandes centros de referência do mundo. BIBLIOGRAFIA: 1) MINASSAKI VA et al. HEPATECTOMIA APÓS COMPLICAÇÃO DE COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA ? RELATO DE CASO. ARQ MED HOSP FAC CIENC MED SANTA CASA SÃO PAULO. 2015. [NO PRELO]. 2) ANDRADE; RECONSTRUÇÃO CIRÚRGICA DA ESTENOSE CICATRICIAL DE VIAS BILIARES PÓS-COLECISTECTOMIA, REV. COL. BRAS. CIR. 2012; 39(2): 099-104 3) VIRINDER K. et al. FACTORS AFFECTING SHORT-TERM AND LONG-TERM OUTCOMES AFTER BILIOENTERIC RECONSTRUCTION FOR POST-CHOLECYSTECTOMY BILE DUCT INJURY: EXPERIENCE AT A TERTIARY CARE CENTRE; INDIAN J SURG (DECEMBER 2015) 77

CODIGO DO TRABALHO: 1639

TÍTULO DO TRABALHO: Tratamento cirúrgico de adenoma viloso de papila duodenal - Relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RENATO DE CASTRO PEREIRA ROBERTO; GLEYDSON CESAR DE OLIVEIRA BORGES; ALEXANDRA MANO ALMEIDA; ANA PAULA FARIA MAIA PORTUGAL; ANDERSON CARLOS BRASIL VASCONCELOS. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Os tumores benignos de papila duodenal são raros, representado como mais frequente o adenoma viloso. Alguns autores acreditam na existência de um caráter pré-maligno, considerando que a degeneração maligna ocorre em 30% a 40% dos casos. O tratamento ainda permanece controverso, persistindo a dúvida quanto à conduta cirúrgica mais adequada, ressecção local ou duodenopancreatectomia.Relato de caso: Paciente L. C. A. S., 51 anos, agricultor, casado, natural de Quixelô e procedente de Iguatu. Tabagista e ex-etilista. Refere que há 2 anos iniciou prurido intenso associado à icterícia progressiva e perda ponderal (6kg em 8 meses). Relata episódios de febre com calafrios nesse período. Procurou atendimento médico no hospital regional de Iguatu, tendo realizado uma colangiorressonância em 29/06/16 que evidenciou pequena lesão sólida expansiva em projeção de papila duodenal, determinando moderada dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas. Nega internações e cirurgias prévias.Ao exame físico, bom estado geral, icterícia (2+/4+), afebril, cooperativo. Abdome plano, indolor à palpação superficial e profunda, ruídos hidroaéreos presentes, fígado palpável a 5cm do RCD.Realizada Ecoendoscopia em 09/08/16 que evidenciou em topografia de papila duodenal lesão hipoecóica com cerca de 35mm em seu maior eixo, com invasão local de camada muscular, bem como realizada biópsia da lesão. Biópsia de papila duodenal com adenoma viloso com displasia de alto grau.Paciente foi submetido à cirurgia no dia 02/09/16, onde no intraoperatório evidenciou-se tumoração pediculada de cerca de 4cm envolvendo mucosa e papila duodenal. Realizada excisão de lesão papilar seguida de papilotomia ampla, após congelação de biópsia incisional que confirmou a benignidade do tumor, e colecistectomia com colangiografia. Houve visualização e cateterização do ducto de Wirsung. Biópsia da peça cirúrgica revelou adenoma viloso com focos de displasia de alto grau.Paciente evoluiu satisfatoriamente, assintomático recebendo alta hospitalar no 10º PO.Conclusão: Uma vez que se trata de uma afecção rara, a conduta de tratamento é objeto de grande discussão. A duodenopancreatectomia é a abordagem preferível para o tumor viloso, no entanto é um procedimento de alta taxa de morbimortalidade, justificado em pacientes com baixo risco cirúrgico e naqueles com alta chance de recidiva local. Nas lesões que se mostrarem benignas, opta-se por excisão local com margens de segurança precisas.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 394

TÍTULO DO TRABALHO: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE COLEDOCOLITÍASE

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MATHEUS BRANDÃO GUIMARÃES SANTOS1; TAIRO MOURA DA SILVA ROCHA1; MARCUS VINICIUS MOURA2; EULER AUGUSTO RESENDE1; MARCELO TORRES CORREA DE ALMEIDA1; MARCOS PAULO FERREIRA C. ALVES REIS1; ROBERTO ELIAS DO NASCIMENTO SOARES1; VICTORIA VICTOR1. 1. SOCOR, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. SCOR, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
M.D.P sexo feminino, 63 anos, com quadro de dor em abdome superior há cerca de 30 dias, associado a icterícia, sendo levantado a hipótese diagnostica de Síndrome de Mirizzi, coledocolitíase e Colangiocarcinoma.. Realizados exames laboratoriais que demonstraram aumento de bilirrubinas e transaminases e tomografia computadorizada (TC) de abdome que evidenciou a presença de cálculos medindo 2 cm, impactado no terço médio do colédoco. Após realização de Colangio RNM Abdome, a paciente foi submetida ao procedimento cirúrgico de Colecistectomia com ligadura de ducto cístico e artéria cística, coledocotomia e extração de cálculos com derivação em anastomose coledocoduodenostomia.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2721

TÍTULO DO TRABALHO: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO IATROGÊNICA DE VIA BILIAR APÓS FALHA TERAPÊUTICA COM ABORDAGEM NÃO OPERATÓRIA: RELATO DE CASO.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ALEXANDRE ERNESTO POZZEBON MOURÃO1; HÉLIO FERNANDO MACHADO SILVA1; BERNARD COSTA FAVACHO1; FERNANDA VEIGA GONÇALVES1; FELIPE AUGUSTO HAGE SOARES1; GABRIELA TRINDADE GÓES1; ANTONIO FIALHO DA SILVA NETO2; DANIEL CALDEIRA THOME2; HAMILTON CEZAR ROCHA GARCIA1. 1. OPHIR LOYOLA, BELÉM - PA - BRASIL; 2. OPHIR LOYOLA, BELEM - PA - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A doença calculosa biliar é uma das afecções mais comuns que ocorrem no ser humano. A incidência é de 10 a 20% de toda a população adulta do planeta, tornando a colecistectomia uma das operações mais freqüentemente realizadas no mundo. A lesão iatrogênica de via biliar foi descrita pela primeira vez por Sprengel em 1891 e é uma das complicações mais temidas associadas à colecistectomia. RELATO DO CASO: Paciente masculino, 64 anos foi admitido na enfermaria de clínica cirúrgica, com história de dor em hipocôndrio direito há 1 ano, associado a náuseas e vômitos. Sem relatos de sintomas colestáticos. Negava comorbidades, tabagismo e etilismo. Ultrassonografia de abdome total sugestiva de colelitíase. Submetido a colecistectomia convencional, com drenagem de cavidade em leito hepático, evoluindo com saída de líquido bilioso por dreno e ferida operatória. Realizou colangiopancreatografia endoscópica retrógrada com papilotomia no 9? pós operatório, sem melhora do quadro clínico. Realizada colocação de prótese biliar no 18? pós operatório com persistência do quadro. Realizada colangiorressonância evidenciando coleção líquida subhepatica se estendendo a partir da região hilar e junção dos ductos hepáticos e exteriorizando no flanco direito com aspecto que pode corresponder a fístula biliar, não sendo visualizada a junção dos ductos hepáticos e ducto hepático comum e sinais de dilatação de vias bilhares intra-hepáticas predominando a direita. Paciente, então, submetido a derivação biliodigestiva com ducto hepático direito em Y de Roux. Evoluiu com infecção de ferida operatória, com melhora após tratamento clínico, recebendo alta hospitalar. CONCLUSÃO: O prognóstico está diretamente relacionado às condições clínicas do paciente, assim como ao tempo decorrido entre a lesão e sua identificação e tratamento, que se constitui basicamente da reconstrução do trajeto biliar, com ou sem anastomoses biliodigestivas. A hepático-jejunostomia em Y de Roux é considerada hoje a opção terapêutica de escolha.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2663

TÍTULO DO TRABALHO: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PANCREATOBLASTOMA EM ADULTO JOVEM: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JEFFERSON SILVA OLIVEIRA1; ÍGOR DE PINHO PESSOA XAVIER1; IAN MARCELL DE ALMEIDA2; DAISY TEIXEIRA DE MENEZES2; GISELLY OSENI BARBOSA OLIVEIRA3; MARCO ANTONIO BEZERRA RULIM2. 1. HOSPITAL DA MULHER DE FORTALEZA, FORTALEZA - CE - BRASIL; 2. HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI, JUAZEIRO DO NORTE - CE - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Tumores pancreáticos, assim como o pancreatoblastoma, são raros principalmente em adultos, onde, dentre os 200 casos descritos na literatura, apenas 35 ocorreram em adultos (OMIYALE, 2015). Na maioria dos casos documentados, os achados da avaliação clínica dos pacientes já se apresentam com massa abdominal volumosa, pois este tumor se comporta com crescimento indolente e poucas manifestações clinicas até se tornarem bastante volumosos (GLICK et al., 2012). O tratamento do pancreatoblastoma é a ressecção cirúrgica e se apresenta como o melhor resultado para a sobrevida dos pacientes (SALMAN et al., 2013). Objetivou-se relatar o caso de uma paciente adulto jovem com massa abdominal palpável de evolução indolente.RELATO DE CASO: MRLF, feminino, 18 anos, quadro de massa abdominal do abdome superior de crescimento indolente, a qual fora diagnóstica com tumor de cauda de pâncreas, histopatológico confirmando pancreatoblastoma. Realizou-se ultrassonografia abdominal, seguiu-se com realização de tomografia computadorizada com contraste endovenoso. Diante dos achados, paciente foi submetida a procedimento cirúrgico, com inventário da cavidade, evidenciando massa retroperitoneal volumosa, na topografia de corpo e cauda de pâncreas, firmemente aderido, sem outras lesões macroscópicas evidentes como linfonodomegalias ou outros processos expansivos. Procedeu-se então a pancreatectomia corpo-caudal, bem com ampliação cirúrgica, com esplenectomia e linfadenectomia loco-regional. CONCLUSÃO: É importante atentar, durante abordagem em pacientes com massa abdominal, o diagnóstico diferencial de pancreatoblastoma, principalmente para população infantil e adulta, além da manutenção de tática cirúrgica com ressecção ampla, a fim de obter os melhores resultados de sobrevida dos pacientes com diagnóstico de pancreatoblastoma.
REFERÊNCIASGLICK, R. D.; PASHANKAR, F. D.; PAPPO, A.; LAQUAGLIA, M. P. Management of pancreatoblastoma in children and young adults. Journal of pediatric hematology/oncology, v.34, n.2, p.S47-S50, 2012.OMIYALE, A. O. Clinicopathological review of pancreatoblastoma in adults. Gland surgery, v.4, n.4, p.322-328, 2015.SALMAN, B.; BRAT, G.; YOON, Y. S.; HRUBAN, R. H.; SINGHI, A. D.; FISHMAN, E. K.; HERMAN, J. M.; WOLFGANG, C. L. The diagnosis and surgical treatment of pancreatoblastoma in adults: a case series and review of the literature. Journal of Gastrointestinal Surgery, v.17, n.12, p.2153-2161, 2013.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 660

TÍTULO DO TRABALHO: Tratamento cirúrgico e evolução da síndrome de Mirizzi em gestantes: relato de dois casos

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: VALÉRIA LOUREIRO CLARO1; ROBERTO GARCIA DE FREITAS2; MARCO ANTONIO CORREA GUIMARAES FO2; CARLOS BERNARDO COLA2; WILLIAM FREDERIC DE ARAUJO WILLMER2; CLAUDIO GONÇALVES RAMOS2. 1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO - UERJ, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; 2. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A síndrome de Mirizzi foi descrita inicialmente pelo cirurgião argentino Pablo L. Mirizzi. Desde então este quadro ficou conhecido como Síndrome de Mirizzi. Ela compreende um espectro de apresentações que variam de compressão extrínseca do ducto hepático comum à presença de fístula colecistobiliar. A Síndrome de Mirizzi é rara ocorrendo em 0,05% a 3,95% dos pacientes com cálculos de vesícula biliar. As doenças do trato biliar são a segunda causa mais comum de patologia cirúrgica não obstétrica em gestante. Em até 10% das gestantes são identificados cálculos vesiculares e a incidência de colecistite é de 0,1%. Pacientes com colecistite aguda e coledocolitíase sintomática durante a gravidez estão em uma categoria de alto risco e, nos casos de complicações mais graves, a mortalidade materna pode chegar a 15% e a perda fetal em até 60% dos casos. Relatamos neste trabalho dois casos de gestantes com síndrome de Mirizzi, o tratamento cirúrgico empregado e a evolução pós operatória.Relato dos casos: D.G.A., 35 anos, IG de 17 semanas, apresenta quadro de dor em hipocôndrio e flanco direito, febre, náuseas e vômitos. Exames laboratoriais mostraram icterícia de padrão colestático. Ultrassonografia abdominal revelou dilatação biliar intra e extra-hepática com hepatocolédoco medindo 10mm e sombra acústica na topografia da junção hepato-cístico-coledociana. Realizada colangioressonância que confirmou o diagnóstico ultrassonográfico. Foi submetida à tratamento cirúrgico de urgência, através de incisão de Kocher, sendo realizada colecistectomia com hepaticojejunostomia em Y de Roux. A paciente evoluiu satisfatoriamente, recebendo alta no sétimo dia pós-operatório. S.G.O., 39 anos, IG de 15 semanas, com dor em flanco direito, icterícia, colúria, prurido, vômito e febre há três dias. Exames laboratoriais da admissão compatíveis com icterícia colestática. Realizada colangioressonância que evidenciou cálculo de 1,2cm em hepatocolédoco, próximo ao cístico. Foi realizada laparotomia com colecistectomia, coledocoplastia e colocação de dreno de Kehr em via biliar. A paciente evoluiu com infecção de ferida operatória, recebendo alta no vigésimo dia de pós operatório.O dreno de Kehr foi retirado seis meses após a cirurgia.Conclusão: A síndrome de Mirizzi é uma complicação rara e potencialmente grave nas gestantes. O manejo cirúrgico é complexo, mas apresenta bom resultado mesmo neste subgrupo de pacientes tão peculiar.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2615

TÍTULO DO TRABALHO: TRATAMENTO CIRÚRGICO PALIATIVO PARA AS NEOPLASIAS PERIAMPULARES NO HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LUCAS DE ARAÚJO AQUINO; LUCAS BRUNO BORGES; JOAO ODILO GONCALVES PINTO; LUCAS DE OLIVEIRA LIMA; YILON LIMA CHENG; FRANCISCO EUGÊNIO DE VASCONCELOS FILHO; JEFFERSON MENEZES VIANA SANTOS; VALDENOR NEVES FEITOSA JUNIOR. HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA - HGF, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Traçar um perfil dos pacientes submetidos a derivação biliodigestiva por neoplasia periampular, juntamente com caracterização de fatores de risco para desfechos pós-operatórios e avaliação de tempo de internação hospitalar e procedimento cirúrgico.Métodos: Estudo retrospectivo, descritivo, analítico e observacional com revisão de 19 prontuários de pacientes submetidos a derivação biliodigestiva como tratamento paliativo de neoplasias periampulares, entre janeiro de 2014 e dezembro de 2015 no Hospital Geral de Fortaleza (HGF). Resultados: Dentre os pacientes avaliados,57,9% foram do sexo feminino. A neoplasia mais presente foi a de cabeça de pâncreas (78,9%), com média de idade ao diagnóstico de 65 anos. Oito (42,1%) pacientes tinham inicialmente intenção curativa. Ao avaliarmos as cirurgias realizadas, percebemos uma média de tempo cirúrgico de 215 minutos (120-540 minutos). A média de dias de internação hospitalar foi de 29,35 dias. Durante a escolha da anastomose para o processo de desobstrução cirúrgica das vias biliares, os cirurgiões optaram pela realização de uma colédoco-jejuno em 9 (47,4%) hepático-jejuno em 6 (31,6%) dos casos, a colédoco-duodeno em 3 (15,8%) e em 1 (5,3%) caso foi realizada uma colecisto-jejuno anastomose. Conclusão: A derivação biliodigestiva paliativa para os tumores periampulares é um procedimento que pode ser considerado seguro e com boa eficácia a longo prazo no alívio da icterícia e prurido. Apresenta baixas taxas de mortalidade e morbidade aceitável.No nosso estudo, o sexo masculino apresentou-se como fator de risco para complicações graves no pós-operatório dos pacientes submetidos a cirurgia.Wang SE, Shyr YM, Su CH, Chen TH, Wu CW. Palliative Pancreaticoduodenectomy in Pancreatic and Periampullary Adenocarcinomas. Pancreas. 2012; 41: 882-886.Elwir S, Sharzehi K, Veith J, Moyer MT, Dye C, McGarrity T, et al. Biliary stenting in patients with malignant biliary obstruction: comparasion of double layer, plastic and metal stents. Dig Dis Sci. 2013;58:2088-92.Torres JHG, de Freitas RR. Cirurgia paliativa em pacientes com tumor periampular irressecável: estudo retrospectivo de 5 Anos em um hospital em São José dos Campos ? SP. Revista Ciências em Saúde 2013; 3(4).Elwir S, Sharzehi K, Veith J, Moyer MT, Dye C, McGarrity T, et al. Biliary stenting in patients with malignant biliary obstruction: comparasion of double layer, plastic and metal stents. Dig Dis Sci. 2013;58:2088-92

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2707

TÍTULO DO TRABALHO: TRATAMENTO CONSERVADOR DE ?WALLED-OFF NECROSIS? PÓS-PANCREATITE AGUDA, COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA E ALTA HOSPITALAR: RELATO DE CASO.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: THAIS LINS SOARES LEITE1; ANDRÉ LUIZ PARIZI MELLO2; TAYSSA FONTANA1; CAMILA BUSSOLO SCHMITT1; BÁRBARA GERLACH DA SILVA ZIEMATH1. 1. UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA, PALHOÇA - SC - BRASIL; 2. HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ DR. HOMERO DE MIRANDA GOMES, SÃO JOSÉ - SC - BRASIL.

RESUMO:
A necrose pancreática é uma complicação da pancreatite aguda (PA) que ocorre em 5-10% dos casos. A Walled-off necrosis (WON) caracteriza-se por coleção encapsulada, de tecido pancreático ou peripancreático que se desenvolve, normalmente, após quatro semanas do início da pancreatite necrotizante aguda. O tratamento da WON depende da estabilidade do quadro, se estável faz-se tratamento conservador (Mouli, 2013; Da Costa 2014). Se deterioração clínica e sinais bioquímicos ou radiológicos de infecção ou cultura da coleção positiva, faz-se o processo Step Up (Lichi, 2016; Van Brunschot, 2013; Gurusamy 2016). Com boa evolução clínica indica-se colecistectomia (Da Costa, 2014). Este relato tem como objetivo descrever caso de colecistectomia videolaparoscópica (CVL) realizada antes da completa resolução da WON com sucesso. RELATO: Masculino, 52 anos, dá entrada na emergência de hospital da região da Grande Florianópolis em 25/8/16, com dor em epigastro e mesogastro há 3 dias, irradiada para dorso, com vômitos e distensão abdominal. Ao exame, dor à palpação de abdomen superior, com defesa e sinais vitais estáveis. Os exames mostravam 15810 mm3 Leucócitos, Amilase 1328, GGT 679, TGO 533 TGP 433, FA 97, PCR 41 e radiografia com distensão abdominal difusa. Diagnosticado com PA; realizada internação hospitalar. No 3º dia de internação, a Colangioressonância Magnética demonstrou ?PA com espessamento difuso do pâncreas e diminutos focos de necrose em menos de 10% do parênquima. Densificação da gordura com áreas laminares hemorrágicas.?. Paciente evoluiu bem, foi submetido CVL no 15º dia. Recebeu alta dia 10/9/16. Retorno ambulatorial no 11º pós-operatório, sem queixas. Em 27/9/16, retorna com os mesmos sintomas iniciais. Exames: 18370 Leucócitos (bast 2%, seg 71%), GGT 91, FA 125, PCR 160. Tomografia Computadorizada mostrou ?Pâncreas difusamente espessado e heterogêneo, com áreas sugestivas de necrose, estimada em 30%. Coleções peripancreáticas em toda a extensão; maiores junto a cauda (8x6,3 cm), e conteúdo aéreo, indicando infecção secundária e/ou comunicação com TGI?. Iniciou-se Meropenen e suporte clínico com boa resposta. Paciente manteve-se estável com melhora do estado geral e da leucocitose, alta 13 dias após. Conclusão: É recomendada a realização da colecistectomia após a 6ª semana de evolução da WON (Da Costa, 2014), mas, neste caso, devido às excelentes condições clínicas, a CVL foi realizada precocemente. Logo, novos estudos poderão elucidar melhor conduta.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2732

TÍTULO DO TRABALHO: TRATAMENTO CONSERVADOR DE PANCREATITE NECROSANTE AGUDA PÓS COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE) ? RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PEDRO DE ABREU TRAUCZYNSKI1; RAFAEL DIAS DA CUNHA1; THAINÃ DE OLIVEIRA AZAMBUJA1; ANA LUIZA CIM RIBEIRO DE SOUZA2; MATHEUS MEHRET MOLETA2; FERNANDA LOUISE SOTHE2; FELIPE PEREIRA GOMES1; BRIAN SILVESTRE1. 1. HOSPITAL SANTA ISABEL, BLUMENAU - SC - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE REGIONAL DE BLUMENAU, BLUMENAU - SC - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Pancreatite aguda (PA) é uma doença inflamatória do pâncreas, a qual possui diversas etiologias, sendo as mais prevalentes a doença litiásica biliar e ingestão abusiva de álcool. A avaliação da gravidade do quadro apresentado é importante e decisiva para o manejo. Relatamos o caso de uma paciente com diagnóstico de coledocolitíase, cuja evolução demonstrou pancreatite necrosante aguda após papilotomia por colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE). Descrição do caso: A.M.S, feminina, 73 anos, admitida no pronto socorro do Hospital Santa Isabel com quadro de dor em hipocôndrio direito e epigástrio, associado à icterícia. Referiu diagnóstico prévio de cálculos biliares. Após diagnóstico de coledocolitíase, optado por colecistectomia videolaparoscópica + papilotomia via CPRE, sem intercorrências. No 1º dia de pós operatório apresentou dor em andar superior do abdome, náuseas e inapetência. Laboratório evidenciou lipase: 879 U/L; amilase: 1612 U/L; LDH: 292 U/L; glicemia: 151 mg/dL; leucócitos: 20.600 /mm³; AST: 98 U/L. Tomografia computadorizada de abdome com sinais de pancreatite aguda, com necrose de aproximadamente 50% do parênquima. Mantida hidratação e analgesia. Paciente evoluiu com melhora da dor, melhora laboratorial e aumento da área de necrose na TC de controle, sem evidências de abscessos peripancreáticos. Iniciado antibióticoterapia devido à extensa área de necrose. No decorrer dos dias, os exames laboratoriais demonstraram normatização de leucócitos e amilase. Paciente recebeu alta hospitalar no 23º dia de pós operatório com boa evolução, assintomática e aceitando bem a dieta. Discussão: A CPRE é um exame invasivo, o qual possui objetivo diagnóstico e terapêutico, sendo indicado principalmente em casos de obstrução biliar secundária a coledocolitíase. Sua complicação mais comum é a pancreatite aguda. A pancreatite aguda grave pode ser descrita como quadro de pancreatite associado à falência orgânica ou a complicações. Seu manejo clínico consiste em internação, reposição volêmica, correção de anormalidades metabólicas, suporte nutricional e antibioticoterapia. A complicação mais temida da PA grave é a infecção do tecido necrosado. Para a necrose estéril o tratamento tende a ser conservador. O prognóstico é variável e agravado na vigência de necrose infectada.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2331

TÍTULO DO TRABALHO: TRATAMENTO DA COLEDOCOLITÍASE POR ACESSO VÍDEOLAPAROSCÓPICO TRANSCÍSTICO ? RELATO DE CASO.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: AIRTON ZOGAIB RODRIGUES1; GABRIELA CHAMMAS CONSORTE2; HELOÍSA BAPTISTA SEQUIN2; MESSIAS ELIAS NETO3; JOAO CARLOS MENDES DE V. GUIDO2. 1. HOSPITAL ANA COSTA DE SANTOS, SANTOS - SP - BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA - UNIMES, SANTOS - SP - BRASIL; 3. HOSPITAL ANA COSTA, SANTOS - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Em até 10% dos pacientes com colelitíase há coledocoltíase associada quando do ato operatório. Não existe consenso quanto à melhor abordagem da coledocolitíase, sendo a via laparoscópica segura e efetiva, pois pode ser realizada concomitantemente com a colecistectomia, a um só tempo e com menor incidência de pancreatite aguda. Esse fato é corroborado somente pela necessidade de instrumentação específica e habilidade laparoscópica avançada do cirurgião. Do ponto de vista cirúrgico, há 2 tratamentos laparoscópicos para a coledocolitíase: a extração dos cálculos por via transcística ou por coledocotomia, ambos com a utilização de cateter de Dormia ou balonado.Relato de caso: Paciente do sexo feminino, 52 anos, do lar, hipertensa, hipercolesterolêmica, portadora de hipertireoidismo controlados clinicamente, atendida em consulta ambulatorial em 08/2016 com diagnóstico ultrassonográfico de microcolelitíase múltipla assintomática, exame clínico normal e indicação de vídeocolecistectomia eletiva. Em 02/01/2017 apresentou cólica biliar tratada sintomaticamente no PS cuja USG abdominal revelou: colelitíase múltipla e discreta dilatação do colédoco (1,1cm) com foco ecogênico no seu interior. Em 04/02/2017 novo episódio de cólica biliar tratada no serviço de urgência com realização dos seguintes exames laboratoriais: TGO=197; TGP=399; Gama-GT=540 e BT e frações=normais. Em 21/02/2017 realizada vídeocolecistectomia com colangiografia que demonstrou colédoco dilatado com 4 imagens sugestivas de cálculos no colédoco distal. Procedeu-se à coledocolitotomia transcística com cateter de Dormia e extração dos mesmos sem intercorrências. Optamos por drenagem do leito vesicular com Penrose no.4, retirado no 3º. PO. Evolução assintomática sem complicações pós-operatórias.Conclusão: A extração laparoscópica transcística de cálculos do colédoco é uma opção válida no tratamento da coledocolitíase, pois é menos invasiva do que a via convencional e uma boa alternativa à papilotomia endoscópica.

CODIGO DO TRABALHO: 1793

TÍTULO DO TRABALHO: TRATAMENTO DA PANCREATITE AGUDA BILIAR: RECENTES EVIDÊNCIAS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: HENRIQUE AUGUSTO LINO1; BIANCA LISA DE FARIA2; DANILO NADAL RODRIGUES2; FÁBIO MONTEIRO MOTA2. 1. FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE ITAÚNA, ITAÚNA - MG - BRASIL; 2. FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE ITAÚNA, DIVINÓPOLIS - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A pancreatite aguda biliar(PAB) é a forma mais comum da condição resultante da ativação de enzimas pancreáticas, por obstrução biliar, sendo causa de graves complicações. Com o surgimento de evidências, novos paradigmas surgiram sobre seu tratamento.OBJETIVO: Rever as condutas no tratamento da PAB.MÉTODO: Revisão bibliográfica com os descritores DeCS/MeSH ?pancreatitis;acute? e ?management? nos bancos de dados ACCESSSS, PubMed, Scielo e Cochrane Library, selecionados: 2 ensaios clínicos randomizados(ECR), 9 revisões sistemáticas, narrativas e meta-análises(MA), 3 sumários e 1 estudo transversal.RESULTADOS: A PAB grave, definida por mais de dois critérios de Ramsom ou por critérios tomográficos, deve ser prontamente abordada, com analgesia, anticoagulação, antiácidos, reposição hidroeletrolítica, suporte nutricional e ventilatório. MA sugerem uso de opioides, não sendo constatadas complicações que impeçam seu uso, como a suspsta hipertonia no esfíncter de Oddi, desfecho não comprovado em ECR. O lavado peritoneal não é mais preconizado, por não reduzir complicações. Antibióticos, conforme MA, são indicados apenas em evidência de necrose infectada. Coleções assépticas são de abordagem clínica, através das medidas citadas, e a necrose séptica, grave, é indicação cirúrgica. Antes abordada através de necrosectomia precoce, sua abordagem inicial deve ser drenagem por cateter, sendo a necrosectomia reservada em casos refratários e realizada tardiamente. Sua abordagem precoce não demonstrou redução da resposta inflamatória sistêmica em ECR, enquanto o desbridamento tardio, 3 a 4 semanas após instalação do quadro, resultou em menor morbimortalidade. Não há definição de qual tipo de abordagem cirúrgica, se fechada ou aberta, é a melhor para a necrosectomia, demandando estudos adicionais, porém, técnicas minimamente invasivas demonstraram menor incidência de complicações pós-operatórias, sendo escolha em serviços experientes. A colecistectomia previne recorrências de PAB, colelitíase e colangite, sendo indicada. A colangiopancreatografia retrógrada endoscópica com papilotomia e extração dos cálculos é controversa, não demonstra redução da morbidade, porém especialistas ainda defendem a prática.CONCLUSÃO: PAB é potencialmente letal e imprevisível, devendo ser imediatamente abordada, clínica ou cirurgicamente, para evitarem-se complicações adicionais. Sobre seu tratamento cirúrgico, observa-se tendência para o uso futuro de abordagens minimante invasivas.

CODIGO DO TRABALHO: 1954

TÍTULO DO TRABALHO: TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DA NECROSE PANCREÁTICA: UM RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CAMILA MARIA NASCIMENTO FIRME; JOSE JULIO FARIAS DE ARRUDA; ADNEA CANDIDO GALDINO SIQUEIRA; VICTOR MELO DINIZ; CAMILA CORREIA PIMENTEL CAMPELO; EUNIVALDO FERNANDES DE HOLANDA; GUILHERME DA CONTI OLIVEIRA SOUSA. HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO DE PERNAMBUCO, RECIFE - PE - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: A pancreatite aguda (PA) é uma condição inflamatória do pâncreas, com evolução imprevisível. Litíase biliar e alcoolismo são os fatores etiológicos mais comuns e respondem por cerca de 80% dos casos em adultos. Na maioria das vezes, o diagnóstico é baseado na presença de dor abdominal e indicadores bioquímicos de lesões pancreáticas. A Tomografia Computadorizada (TC) é o melhor exame de imagem para diagnosticar as lesões pancreáticas e estratificar a doença que, associada à condição clínica do paciente, permite diagnosticar complicações, como a necrose, e mostra detalhes anatômicos, para orientar punções, aspirações e intervenção cirúrgica, quando indicadas.RELATO DE CASO: Paciente, J.C.N., 44 anos, sexo masculino, natural e procedente de Recife, agente penitenciário, sem comorbidades. Procurou o SPA (Serviço de Pronto Atendimento) do HSE em 02/11/2016 com queixa de dor em hipocôndrio direito há 3 meses, com piora há uma semana. Negava etilismo e tabagismo. Submetido a exames laboratoriais (Leucócitos 14.420, amilase 1273, lipase7917) e TC de abdômen com achado de espessamento do pâncreas associado a densificação e borramento dos seus contornos e coleções líquidas peripancreáticas. Paciente evoluiu com persistência de dor abdominal, piora laboratorial, sendo realizada nova TC após 21 dias do internamento com achado de volumosa formação cística na retrocavidade em relação com o corpo do pâncreas, medindo 13,6 x 11,1 x 9cm nos maiores diâmetros, sugestivo de necrose não encapsulada. Paciente submetido a drenagem do pseudocisto por via endoscópica na 5ª semana da admissão e posteriormente submetido a duas novas abordagens endoscópicas com necrosectomia após uma semana. Paciente recebeu alta hospitalar após dois dias do ultimo procedimento, mantém acompanhamento ambulatorial com o serviço.CONCLUSÃO: Coleções pancreáticas agudas ou crônicas são uma das complicações mais comuns da pancreatite. Podem ser resultado da inflamação devida a trauma, pós-cirurgia, pós-transplante ou obstrução dos ductos pancreáticos. A ocorrência de infecção nestas coleções é um evento sério e constitui uma indicação consensual para tratamento agressivo. A abordagem terapêutica clássica tem sido, ao longo de décadas, a laparotomia com necrosectomia que, porém, apresenta complicações dramáticas em muitos doentes. No entanto, com o advento de novas e mais avançadas ferramentas endoscópicas, a drenagem endoscópica minimamente invasiva tornou-se a abordagem preferencial.

CODIGO DO TRABALHO: 1610

TÍTULO DO TRABALHO: TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DE LESÃO CÍSTICA DE VIAS BILIARES: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: THIAGO SOUZA E SILVA1; RODRIGO SANTIAGO MOREIRA1; BRUNO MARINHO PINTO DE ÁGUILA1; MILLENE IVANIA FERREIRA LEITE BARBOSA1; ANA CECÍLIA CARVALHO TORRES2; RAMONN CHAVES DA SILVA RODRIGUES1; NINA ROSA TENÓRIO LIRA1; FRANCIS ANDREW DA SILVA SOUSA1; RAISSA DE ALMEIDA MARTINS3. 1. HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - RECIFE/PE, RECIFE - PE - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO - UPE, RECIFE - PE - BRASIL; 3. HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO - HR, RECIFE - PE - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Cistos biliares são dilatações primárias envolvendo um segmento ou toda árvore biliar. Eram originalmente classificados como cistos de colédoco pelo seu envolvimento extra-hépatico. No entanto, a classificação original foi revisada em 1977 incluindo cistos intra-hepáticos. A incidência é rara, sendo a maior parte dos casos relatados em países asiáticos. O diagnóstico costuma ser realizado nos primeiros anos de vida e menos de 20% após os vinte anos de idade, geralmente com achado relacionado a complicações do cisto. O quadro clínico típico é de dor abdominal, massa em quadrante superior e icterícia. Relato do caso: RSS, sexo masculino, 50 anos, natural e procedente de Vitória de Santo Antão, tabagista, realizou cirurgia de colecistectomia convencional por colelitíase em setembro 2014 evoluiu sem intercorrências no pós-operatório. Referiu que após 3 meses apresentou episódios de dor em hipocôndrio direito. Procurou serviço de saúde onde realizou USG que não evidenciou alterações. Após 4 mês paciente apresentou novo episódio álgico associado a icterícia, prurido, colúria e acolia fecal. Diante deste quadro paciente procurou serviço de saúde em sua cidade onde foi realizada uma CRNM que mostrou imagem cística de contornos levemente lobulados medindo 2,8 x 2,2 cm em íntima relação com parede duodenal. Realizada duodenoscopia que mostrou papila amplamente abaulada, de consistência habitual, mucosa adjacente hiperemiada e friável ao toque. Realizado biópsia cujo resultado foi fragmentos de mucosa justa papilar duodenal, moderado infiltrado inflamatório misto inespecífico em lâmina própria e microcistificação de glândulas. O paciente foi submetido a ultrassom endoscópica que definia ducto colédoco apresentando discreta ectasia medindo 6mm de diâmetro. Paciente foi submetido a CPRE em março de 2015 onde foi realizado papilotomia ampla e confirmado o cisto de coledoco tipo III. Conclusão: O diagnóstico de cisto de colédoco deve ser lembrado em pacientes com relato de icterícia e dor abdominal com dilatação de vias biliares sem evidências de fator obstrutivo. A correção de lesões císticas de vias biliares varia de acordo com o tipo baseado na classificação de Todani: cisto do tipo III tratado com CPRE e seguimento ambulatorial, devido ao baixo potencial de malignização e alta morbidade em cirurgias de ressecção. O tratamento cirúrgico fica reservado aos pacientes que não respondem ao tratamento endoscópico ou que desenvolvam sinais de malignização.

CODIGO DO TRABALHO: 1294

TÍTULO DO TRABALHO: Tratamento endoscópico do adenocarcinoma da papila duodenal

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BRUNO ZILBERSTEIN1; MAURICE YOUSSEF FRANCISS2; LEANDRO CARDOSO BARCHI1; DANILO BUGALHO GALDIANO1; DEIVID GRINBERGAS MIZIARA1; EDUARDO LINS LIMA1; MARIA ALICE DE SOUZA FONSECA3; MARCELA GONCALVES FERREIRA3. 1. GASTROMED, SAO PAULO - SP - BRASIL; 2. GASTROMED, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE SAO LEOPOLDO MANDIC, SAO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A papila duodenal maior é uma estrutura mamilar situada na 2º porção do duodeno. O adenocarcinoma de papila duodenal representa 0,2% dos tumores gastrointestinais. Sua etiologia é incerta, mas sabe-se que o sexo masculino é mais acometido (2:1) e que geralmente incide acima dos 70 anos. Normalmente apresenta-se como um quadro pancreatobiliar obstrutivo com icterícia. O tratamento pretensamente radical é a pancreatoduodenectomia ou eventualmente a excisão local. A primeira tem altas taxas de morbidade (27-52%) e mortalidade (3-9%). Já a ressecção local tem menor morbimortalidade (0-3%) e pode ser indicada em tumores precoces e menores de 4 cmObjetivo: Chamar a atenção para a possibilidade do tratamento endoscopico de tumores da junção biliopancreatoduodenal.Relato de caso: Paciente de 79 anos, com quadro de icterícia há 15 dias e emagrecimento de 10% nos últimos 2 meses. Negava outros sintomas. Exames laboratoriais mostravam: TGO 193U/L; TGP 282U/L; BT 9.3mg/dL ; BD 8,3mg/dL.A ultrassonografia abdominal mostrou vesícula biliar distendida com paredes finas, colédoco (15mm) com afilamento em ponta de lápis e vias biliares dilatadas. A colangioressonância revelou redução abrupta do calibre da via biliar extra-hepática em topografia da papila duodenal, sem fator obstrutivo. Ecoendoscopia, demonstrou ducto pancreático dilatado em toda sua extensão, colédoco dilatado contendo barro biliar em seu interior; papila com lesão hipoecóica de cerca de 1,5cm (T1 n0 M0), com limites mal definidos, pertencente à primeira camada (hiperecóica) e que correspondia a mucosa superficial. Em função deste achado, idade do paciente e estado geral optou-se por papilectomia endoscópica realizada sem intercorrência.A seguir, foi colocada prótese plástica 5Fr x 5cm no ducto pancreático principal para prevenir eventual pancreatite. O exame anatomopatológico confirmou diagnóstico de Adenocarcinoma bem diferenciado com margens de ressecção coincidentes. No pós-operatório houve diminuição da icterícia sem elevação das enzimas pancreáticas. O paciente teve boa evolução, recebendo alta hospitalar no 2º PO.Conclusão: A resseção do local endoscópica do tumor de papila duodenal apresenta vantagens como: ser técnica minimamente invasiva, menor perda sanguínea, menor probabilidade de infecções e menor tempo de internação, contribuindo para a boa evolução pós-operatória e recuperação mais rápida, embora necessite de seguimento criterioso, pois a taxa de recidiva pode alcançar até 35%.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2362

TÍTULO DO TRABALHO: Tratamento Videolaparoscópico do glucagonoma

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LUTEGARDE VIEIRA DE FREITAS1; ROGÉRIO RIBEIRO ESTRELLA2; ORLANDO HIROSHI KIONO SIQUEIRA2; MARIA MADUREIRA MURTA2; LARRI VIEIRA JUNIOR2; LUCIANA MORAIS RABELO2. 1. HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, NITERÓI - RJ - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOO glucagonoma é um tumor neuroendocrino das células alfa das ilhotas de Langerhans do pâncreas, que se caracteriza por níveis elevados de glucagon plasmático, intolerância à glicose, emagrecimento, anemia e hipoaminoacidemia. Além disso, 41% dos pacientes apresentam lesões cutâneas circinadas com áreas de necrose e descamação, denominadas eritema necrolítico migratório. Atualmente a terapêutica baseia-se principalmente na ressecção cirúrgica.RELATO DE CASOPaciente branca, sexo feminino, 48 anos de idade, com suspeita diagnóstica de síndrome do pânico e diabetes, relata perda ponderal (14 quilos em 6 meses) e surgimento de lesões cutâneas avermelhadas nas mãos e nos pés, com edema doloroso nos pés. Em seis meses as lesões se exacerbaram e atingiram outros locais do corpo (boca, ânus, cotovelos), sem melhora com medicamentos. Após internação para realização de exames e uso de cortisona, suspeitou-se de glucagonoma, confirmado após dosagem de glucagon sanguíneo (307 pg/mL). Realizou TC de abdome que mostrou tumor na cauda do pâncreas. A paciente foi submetida à ressecção cirúrgica videolaparoscópica. A massa neoplásica possuía 2,0 cm, se estendendo focalmente à gordura peripancreática, com invasão vascular. O exame histopatológico e o estudo imunohistoquímico confirmaram o diagnóstico de glucagonoma.CONCLUSÃODesde 1980, há cerca de 400 casos relatados de glucagonoma, evidenciando se tratar de uma patologia rara com estimativa mundial de 1 caso para cada 20 milhões de pessoas. Ocorre, geralmente, em pacientes com idade média de 59 anos. O glucagonoma nem sempre se apresenta com todas as características da síndrome, o que dificulta o diagnóstico. Assim, as lesões dérmicas do tipo eritema necrolítico migratório acabam caracterizando o quadro de glucagonoma. No caso em questão foi realizada a ressecção cirúrgica, tratamento considerado padrão ouro, com resultado satisfatório.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1540

TÍTULO DO TRABALHO: Tuberculose simulando neoplasia de pâncreas.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RODRIGO FURIAN EL AMMAR; RODRIGO PETERSEN SAADI; THIAGO PICOLLI MORSCH; RAFAEL COSTA E CAMPOS; MARCELO GARCIA TONETO. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃOTuberculose é uma doença comum em países em desenvolvimento. O acometimento pancreático é extremamente raro e seu diagnóstico diferencial com carcinoma de pâncreas pode ser um desafio. O objetivo dos autores é apresentar um caso de tuberculose pancreática, demonstrando a dificuldade diagnóstica dessa doença.RELATO DE CASOMulher, 50 anos, apresenta-se com dor abdominal e emagrecimento de 15 kg. Exame físico normal. VSG e a proteína C reativa aumentados. Raio x de tórax normal. Tomografia computadorizada identificou lesão expansiva, junto ao bordo superior do corpo do pâncreas, medindo 5,7 x 2,5cm. Ressonância magnética, apesar de sugestiva, não era conclusiva para neoplasia de pâncreas. Ecoendoscopia identificou lesão sem plano de clivagem com o corpo do pâncreas. Punção aspirativa não evidenciou neoplasia, e o PCR para M. Tuberculosis foi negativo. Foi indicada videolaparoscopia com biópsia. O anatomopatológico mostrou inflamação crônica granulomatosa com necrose caseosa, compatível com tuberculose. Pesquisa de BAAR foi negativa. Foi feito o diagnóstico de tuberculose pancreática e iniciou-se o tratamento. Quatro meses após o tratamento houve desaparecimento da lesão nos exames de controle.CONCLUSÃOApesar de infrequente, deve-se sempre lembrar da tuberculose nos diagnósticos diferenciais de massas pancreáticas, especialmente nos países em desenvolvimento, como o Brasil. Além disso, o caso mostra a importância da elucidação completa do diagnóstico antes de uma atitude terapêutica radical.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1617

TÍTULO DO TRABALHO: TUMOR DE FRANTZ: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GABRIEL SANT`ANA ZUCOLOTO1; PALOMA ALVES BEZERRA MORAIS2; PAULO ALVES BEZERRA MORAIS3. 1. ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA, VITORIA - ES - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO, VITORIA - ES - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO, VITÓRIA - ES - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: A neoplasia pseudopapilar sólida do pâncreas denominada tumor de Frantz é um tumor relativamente raro, correspondendo por 0,2 a 2,7% de todas as neoplasias pancreáticas.[1] A etiopatogenia é desconhecida. Tem baixo potencial metastático. De modo geral, 90% destes tumores ocorrem em mulheres sendo 85% em pacientes com menos de 30 anos.[2] Pode cursar com dor abdominal ou pode ser um achado incidental de exames de imagem como a tomografia computadorizada de abdome.[3] O tratamento se dá com ressecção da lesão e/ou pancreatectomia.[2]Relato de caso: Paciente de 22 anos, sexo feminino, admitida no pronto socorro de um Hospital Universitário com relato de dor em andar superior de abdome com início há 10 meses, de forte intensidade, constante, em pontada e/ou queimação, com irradiação para dorso. Refere melhora parcial em decúbito lateral direito e piora após refeições copiosas.Hemograma, função renal, hepática e pancreática com valores normais. Apresentou CA 19-9 e CEA dentro dos limites da normalidade. Foi submetida à ressonância nuclear magnética que evidenciou lesão sólida/cística encapsulada na transição do corpo/cauda pancreáticos, compatível com alteração neoplásica primária, sugestiva de tumor de Frantz.Foi submetida à laparotomia, sendo realizada uma pancreatectomia corpo-caudal associada à omentectomia e esplenectomia. Ao inventário da cavidade: ausência de líquido livre, ausência de implantes hepáticos ou peritoneais, presença de linfonodomegalias em omento maior, hilo esplênico, tronco celíaco, hilo hepático e raiz da cólica. Realizada biópsia peritoneal, do linfonodo da cadeia 16, do hilo hepático e tronco celíaco. Achados histopatológicos conclusivos de neoplasia sólida pseudopapilar do pâncreas (tumor de Frantz), sem demais alterações.Paciente evoluiu de maneira satisfatória, tendo alta após 30 dias de internação. Segue em acompanhamento clínico pelo serviço de cirurgia geral do Hospital Universitário.Conclusão: Tumor de Frantz foi descrito pela primeira vez em 1959, sendo uma patologia rara com pouco mais de 600 relatos na literatura.[2] Este relato nos traz à tona a importância de considerarmos como um diagnóstico diferencial, a neoplasia pseudopapilar sólida do pâncreas em pacientes com queixa de dor em andar superior de abdome, principalmente em mulheres jovens, mesmo sendo esse um achado raro de ser encontrado na população.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2733

TÍTULO DO TRABALHO: TUMOR DE FRANTZ: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ALEXANDRE ERNESTO POZZEBON MOURÃO1; DANIEL CALDEIRA THOME1; NATALIE ALMEIDA SILVA1; FABIO ALVES MORIKAWA CALDEIRA1; LEANDRO DE SOUSA COELHO1; LARA BEATRIX SNIJDERS RIZZI ROGERIO1; ANTONIO FIALHO DA SILVA NETO1; ERIKA SILVA SPESSIRITS1; MARCOS DE SOUZA LOPES FREIRE FILHO2. 1. OPHIR LOYOLA, BELÉM - PA - BRASIL; 2. OPHIR LOYOLA, BELEM - PA - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O tumor de Frantz é uma neoplasia do pâncreas com menos de 300 casos relatados na literatura mundial. Mulheres jovens lideram a epidemiologia. A cauda e o corpo do pâncreas são os sítios mais acometidos, sendo considerada uma neoplasia de bom prognóstico, raramente invade estruturas adjacentes, mesmo quando diagnosticado com grandes proporções.RELATO DE CASO: Paciente A.G.A.A., 22 anos, sexo feminino, procedente de Parauapebas ? PA, procurou o serviço de urgência de sua cidade devido quadro de náuseas diárias e dor abdominal em epigástrio de forte intensidade, recebendo somente sintomáticos. Após dois dias, evoluiu com piora das dores, retornou à urgência onde realizou: endoscopia digestiva alta que evidenciou gastrite antral enantematosa leve; ultrassonografia com massa sólida heterogênea em epigástrio com topografia em cauda de pâncreas, de limites precisos, com vascularização periférica e interna medindo 9,34 x 8,94 x 9,12 cm; tomografia computadorizada de abdome total mostrou lesão expansiva, heterogênea, de contornos regulares e limites bem definidos medindo 10,2 x 9,6 x 8,3 cm localizada em corpo e cauda de pâncreas sem realce significativo em contraste iodado, exercendo compressão sobre o estômago; e marcador CA 19.9 com resultado 3UI/ml. Diante dos resultados, foi encaminhada ao serviço de cirurgia oncológica do Hospital Ophir Loyola em Belém ? PA, onde foi avaliada e ao exame físico apresentava massa epigástrica de aproximadamente 10 cm em epigástrio, palpável, móvel e indolor. Optou-se pelo tratamento cirúrgico, sendo submetida a laparotomia exploradora que resultou em pancreatectomia de corpo e cauda de pâncreas, sítio da massa, esplenectomia e colecistectomia, sem intercorrências. Peças anatômicas e massa foram enviadas ao serviço de patologia que tiveram como resultado histopatológico: vesícula biliar sem alterações, baço sem alterações e pâncreas com neoplasia sólida pseudopapilífera de baixo grau, encapsulada e bem delimitada. Paciente segue em controle ambulatorial em bom estado geral, com queixa de dor moderada e esporádica em epigástrio e hiporexia sem perda ponderal. CONCLUSÃO: O tumor de Frantz, apesar de ser uma neoplasia expansiva que pode atingir grandes proporções, possui bom prognóstico, na maioria das vezes, porém o diagnóstico tardio ou demora no tratamento pode conferir a esse tumor uma característica potencialmente maligna, pois sua extensão pode invadir e comprimir órgãos e vasos adjacentes.

CODIGO DO TRABALHO: 1442

TÍTULO DO TRABALHO: Tumor de Frantz: um importante diagnóstico diferencial de massa abdominal em jovens.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ROBERTO HEBER LOPES DE CARVALHO1; JOÃO CARLOS GEBER JÚNIOR1; SUELLEN VIEIRA DA SILVA2; ANNY PRISCILA GUTEMBERG PINTO1; SEBASTIÃO DUTRA DE MORAIS JÚNIOR3; FERNANDA LORIATO NAZARETH3; ANDRE LUIS DE AQUINO CARVALHO3. 1. ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, BRASÍLIA - DF - BRASIL; 2. HOSPITAL REGIONAL DE SOBRADINHO, BRASILIA - DF - BRASIL; 3. HOSPITAL REGIONAL DA ASA NORTE, BRASÍLIA - DF - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O tumor pseudopapilar sólido do pâncreas, também conhecido como tumor de Frantz (TF), é uma entidade clínico-patológica rara que ocorre principalmente em mulheres (10:1), sobretudo entre 20 e 30 anos. Descrito primeiramente, por Virginia K. Frantz em 1959, é definido como uma neoplasia maligna de baixo grau do pâncreas exócrino. Em geral são tumores assintomáticos até que se tornem grandes o suficiente, quando então se mostram como massa abdominal com ou sem dor. O diagnóstico pode ser feito por exames de imagem e o exame histopatológico demonstra massa sólida com estruturas pseudopapilares e pseudocísticas com rica microvasculatura em proporções variadas. O tamanho médio desses tumores é de 6cm e possuem crescimento lento, contudo são capazes de invadir as adjacências tias como estômago, duodeno e baço. As raras metástases são preferencialmente em fígado e Pulmão. O objetivo é relatar um caso de TF em adolescente submetida à duodenopancreatectomia. RELATO DO CASO: LAS, feminino, 16 anos, previamente hígida, procurou atendimento com queixa de dor abdominal de forte intensidade em hipocôndrio direito e epigástrio há 3 meses, de forma intermitente, inicialmente com crises que duravam horas passando a durar dias, associada a náuseas e vômitos. Ultrassonografia abdominal mostrou lesão expansiva, sólida, ovalada, de contornos definidos, de ecotextura heterogênea, entre lobo esquerdo do fígado e cauda do pâncreas confirmada em avaliação posterior com ressonância magnética, que precisou a localização em cabeça e pâncreas. A biópsia percutânea guiada por tomografia computadorizada demonstrou proliferação neoplásica com áreas sólidas e papilares altamente compatível com TF. Em avaliação imagenológica de tórax e abdome não foram evidenciadas metástases. Optou-se pela duodenopancreatectomia com preservação pilórica com ressecção completa de massa tumoral localizada em cabeça e corpo do pâncreas. CONCLUSÃO: Embora seja uma condição rara, representando 0,2 ? 2,7% dos tumores malignos do pâncreas, deve ser considerado no diagnóstico diferencial de pseudocisto pancreático, tumores neuroendócrinos do pâncreas e cistoadenoma mucinoso, sobretudo em jovens do sexo feminino que se apresentam com massa abdominal assintomática ou dor leve. Sua aparência radiológica clássica é uma indicação cirúrgica, ficando a biópsia para casos duvidosos. A ressecção cirúrgica é o tratamento de escolha e seu prognóstico é excelente com a sobrevida em 10 anos chegando próxima a 90%.

CODIGO DO TRABALHO: 2706

TÍTULO DO TRABALHO: Tumor de Gruber- Frantz: relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DANIELLE GOBBI KUNZ; SEIJI MIYATA; IZIS FERREIRA VALADÃO; RACHID ANUAR DE OLIVEIRA LAUAR; JAIRO CERQUEIRA DE ALMEIDA TEIXEIRA. HOSPITAL LUXEMBURGO/ INSTITUTO MARIO PENNA, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O tumor sólido pseudopapilífero do pâncreas corresponde a cerca de 1-2 % de todos os tumores do pâncreas exócrino. Dada sua apresentação clínico- radiológica inespecífica e heterogênea, seu diagnóstico muitas vezes é equivocado e confundido com o de outras afecções mais frequentes.Relato do Caso: L.S.M, 17 anos, parda, feminino, estudante, atendida por quadro de dor abdominal em hipocôndrio direito, dispepsia, massa abdominal palpável e empachamento com 2 meses de evolução. Sem comorbidades prévias ou antecedentes cirúrgicos.TC de abome mostrava formação expansiva heterogênea, cística, multisseptada e hipovascular em cabeça e processo uncinado de pâncreas, medindo 6,4 x 6,5 x 5,5 cm com efeito de massa locorregional porém sem infiltração de estruturas adjacentes, sugerida hipotése diagnóstica de cistoadenoma mucinoso. Exame laboratorial sem alterações. Proposta Duodenopancreatectomia por via aberta, realizada em jan/17. Pós- operatório com quadro de pancreatite. Anatomopatológico mostra tumor sólido-cístico pseudopapilar do pâncreas e IHQ positiva para Beta Catenina, CD10, Sinaptofisina, captação focal de AE1/AE3; Cromogranina A negativa. Receptor de progesterona não disponível.Discussão: O TSPP ocorre com maior frequência em mulheres jovens, possui bom prognóstico e baixa malignidade, entretanto pode ser localmente agressivo e infiltrativo, com metástases para pulmão, fígado e pele, além de múltiplas recorrências. Ressecção cirúrgica completa é o tratamento de escolha.O quadro em tela foi característico, contudo, alguns pacientes podem se apresentar assintomáticos. Exames laboratoriais e marcadores tumorais em geral são normais. O USG e a TC de abdome mostram uma massa complexa, encapsulada com componentes sólido e cístico e efeito de massa em relação a estruturas adjacentes. Coexistem calcificações periféricas na massa e captação de contraste venoso em seu interior sugere necrose hemorrágica. Em relação a a RM, a TC tem limitações para demonstração de características relevantes ao diagnóstico como hemorragia, degeneração cística e cápsula. Como o aspecto do tumor é heterogêneo, o índice de diagnósticos equivocados pré-operatório é alto (38,5%). A aparência radiológica tipica sugestiva impõe-se como indicação cirúrgica. A rapidez no diagnóstico e tratamento associa-se a maior ressecabilidade e melhor desfecho. Associação de dados clínicos-epidemiológicos aumentam a suspeição e acurácia diagnóstica

CODIGO DO TRABALHO: 2146

TÍTULO DO TRABALHO: TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL DE PÂNCREAS: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BERNARD COSTA FAVACHO1; RAFAEL MAIA DE SOUSA2; ALEXANDRE ERNESTO POZZEBON MOURÃO2; HÉLIO FERNANDO MACHADO SILVA2; FERNANDA VEIGA GONÇALVES2; FELIPE AUGUSTO HAGE SOARES2; GABRIELA TRINDADE GÓES2. 1. HOSPITAL OPHIR LOYOLA, BELEM - PA - BRASIL; 2. HOSPITAL OPHIR LOYOLA, BELÉM - PA - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Os tumores estromais gastrointestinais (GIST) são os tumores mesenquimais mais comuns do trato gastrointestinal, entretanto, os GIST primários de pâncreas são raros e existem poucos casos relatados. RELATO DE CASO: Paciente J.F.R.F, 46 anos, acompanhado desde 2012 pela equipe de Urologia devido seminoma clássico em testículo direito tratado com orquiectomia e posterior quimioterapia (QT) e radioterapia (RT). Em tomografia computadorizada (TC) de controle detectado lesão nodular de contornos regulares com centro lesional na parede da transição da primeira para segunda porção do duodeno em íntimo contato com o pâncreas sem sinais de invasão, promovendo leve redução da luz duodenal local e de cerca de 3,4 x 2,5 cm, podendo estar relacionado à lesão da parede duodenal ou exofítica pancreática, sem sinais de agressividade. Em consulta de seguimento foi solicitada eco endoscopia apresentando em topografia de cabeça de pâncreas lesão sólida com ecotextura hiperecóica, heterogênea, de 38mm com íntimo contato com parênquima pancreático e invasão da camada muscular própria e submucosa do duodeno. Realizada punção aspirativa da lesão pancreática com agrupamentos celulares ora epiteliais ora fusocelular com atipias, compatível com lesão neoplásica não podendo descartar GIST e à imunohistoquímica confirmado diagnóstico. Indicado procedimento cirúrgico e encaminhamento à oncologia clínica para QT, porém, em consulta o paciente apresentava-se com icterícia 2+/4, colúria, acolia fecal, prurido e dor abdominal, sendo contraindicado tal procedimento. Foi internado para procedimento cirúrgico em bom estado geral, anictérico e sem queixas álgicas. No 5º dia de internação evoluiu com dor abdominal difusa e icterícia 2+/4. Programado laparotomia exploradora e duodenopancreatectomia. Realizada laparotomia exploradora evidenciando lesão volumosa em cabeça de pâncreas acometendo o duodeno, três lesões hepáticas nos segmentos II, III e VI e ausência de carcinomatose peritoneal. Foi realizada biópsia de congelação de metástase hepática evidenciando neoplasia fusocelular e epitelióide infiltrando o parênquima hepático. Paciente evoluiu sem intercorrências no pós-operatório, recebendo alta. Segue em acompanhamento com oncologia clínica. CONCLUSÃO: Os GIST de pâncreas são tumores raros e pouco documentados, mas devem ser incluídos no diagnóstico diferencial das massas do pâncreas.

CODIGO DO TRABALHO: 1981

TÍTULO DO TRABALHO: TUMOR NEUROECTODÉRMICO PRIMITIVO DO PÂNCREAS: UM RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: UIRÁ FERNANDES TEIXEIRA1; EDUARDO MADALOSSO ZANIN2; TATIANA MIE MASUKO2; FERNANDO JOSÉ SAVÓIA DE OLIVEIRA2; DIEGO INÁCIO GOERGEN2; MARCOS BERTOZZI GOLDONI1; FABIO LUIZ WAECHTER2; PAULO ROBERTO OTT FONTES2. 1. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Tumores neuroectodérmicos primitivos (PNET) apresentam-se como formas raras de neoplasias com diferentes graus de diferenciação. Em casos raros, PNETs podem surgir em órgãos sólidos com células neuroectodérmicas, como no pâncreas. Além deste caso, somente 18 casos de PNET pancreático foram descritos na literatura mundial. Essa neoplasia ocorre predominantemente em crianças e adolescentes. Geralmente insidiosos ou assintomáticos mesmo em estágios avançados. Apesar do mau prognóstico, tratamento cirúrgico ou/e quimioterapia são os tratamentos aceitos. Relato do Caso: Mulher, 28 anos, admitida na emergência com dor epigástrica há 14 dias associada a prurido cutâneo difuso, icterícia, colúria e acolia. Ao exame físico: bom estado geral e massa endurecida em região epigástrica e hipocôndrio direito. CEA e CA19-9 normais. Ultrassom abdominal demonstrou massa volumosa, heterogênea e hipoecóica de cerca de 13x9x13 cm em região epigástrica. Apresentava áreas císticas em seu interior, entre o lobo hepático esquerdo e o pâncreas. Também mostrou dilatação do ducto intrahepático e ducto biliar comum proximal. TC com contraste mostrou massa com componentes líquidos e sólidos com captação intensa do contraste intravenoso. Não demonstrou infiltração local. Paciente foi submetida à gastroduodenopancreatectomia. Aparência macroscópica da massa era sólida e cística, encapsulada e multiloculada com áreas de necrose. Maior diâmetro de 11,5 cm. Patologia mostrou neoplasia de pequenas células redondas azuis com citoplasma organizado em ninhos com estroma fibrovascular. Poucas mitoses e muitas áreas de necrose evidenciadas. Imunohistoquímica fortemente positivo para CD99, vimentina, CKM e CD 56. Boa recuperação pós-operatória. Sem sinais de recidiva após 3 anos. Quimioterapia e radioterapia não foram utilizadas; já que paciente foi classificada como ressecção R0. Conclusão: PNETs devem ser considerados no diagnóstico de tumores como os de pequenas células pouco diferenciadas, carcinomas neuroendócrinos, pancreatoblastomas e outros. Imunohistoquímica é muito útil no diagnóstico. Não há sinais nem sintomas específicos de PNETs. Sintomas tendem a ser insidiosos. TC e RMN são os exames mais utilizados. PNETs são tumores agressivos freqüentemente diagnosticados já com metástases. A associação entre cirurgia para controle local e quimioterapia é priorizada apesar de ainda não haver conclusão definitiva do melhor tratamento.

CODIGO DO TRABALHO: 2600

TÍTULO DO TRABALHO: TUMOR NEUROENDÓCRINO CÍSTICO DO PÂNCREAS: UM RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: REYNALDO MARTINS E QUININO; JOSE JANDI DE SOUSA JUNIOR; LUÍS FELIPE REVOREDO ANTUNES DE MELO; EPIFANIO SILVINO DO MONTE JUNIOR; JULIANY MEDEIROS SANTOS. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES / UFRN, NATAL - RN - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: As neoplasias císticas do pâncreas constituem um grupo incomum de lesões. Representam cerca de 9% a 13% de todas lesões císticas do pâncreas, cerca de 1% das neoplasias pancreáticas e são predominantes em pacientes do sexo feminino. Os tumores císticos mucinosos são encontrados quase que exclusivamente em mulheres. Comumente são achados incidentais, mas podem causar dor abdominal, principalmente epigástrica. RELATO DE CASO: Paciente masculino, 72 anos, com queixa de epigastralgia frustra e sem sintomas associados, tais como perda de peso, náusea e vômito. Iniciou investigação com exame ultrassonográfico, o qual evidenciou lesão de caráter cístico em topografia de corpo do pâncreas. A propedêutica subsequente culminou na realização de exames de tomografia e ressonância nuclear magnética. Foi observado no exame de ressonância nuclear magnética uma formação cística com finas septações internas em corpo do pâncreas, medindo 3,1 cm, com aspecto mucinoso. A conduta cirúrgica consistiu de ressecção videolaparoscópica corpo-caudal com esplenectomia. O exame anatomopatológico demonstrou neoplasia de células redondas, e imuno-histoquímica demonstrou tumor neuroendócrino bem diferenciado G1, com expressão de glucagon. O paciente evoluiu com fístula de baixo débito, a qual teve resolução no trigésimo dia pós-operatório. CONCLUSÃO: Os tumores císticos mucinosos do pâncreas são entidades raras, e apesar de ocorrerem quase que exclusivamente em mulheres relatamos o caso de um paciente do sexo masculino, o qual foi submetido ao tratamento por videolaparoscopia, complicando com fistula de baixo débito.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 804

TÍTULO DO TRABALHO: Tumor neuroendócrino de cabeça de pâncreas oligosintomático, de crescimento indolente com KI 67 elevado: relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DIOGO FONTES SANTOS1; JOAO HENRIQUE GODOY RODRIGUES1; MARCELO BRUNO REZENDE1; MARCELO NUNES VIVEIROS1; ARTUR DA SILVA FARIAS1; THANIELLE SIMIONATO1; DEBORA FONTES SANTOS2. 1. HOSPITAL SANTA MARCELINA, SAO PAULO - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL DO SERVIDOR PUBLICO MUNICIPAL, SAO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Dentre os tumores endócrinos pancreáticos (TNE), 20% deles são não funcionantes e sem nenhuma síndrome hormonal definível. Cerca de 60-80% deles possuem metástases a distancia no momento do diagnóstico. O KI67 avalia a taxa de proliferação celular, quanto mais alto, pior é o prognóstico e menor é a diferenciação celular, apesar de maior quimiossensibilidade. Relatamos o caso de um TNE de mínimo crescimento com KI67 elevado.Relato de caso: Paciente feminino, 67 anos, natural e residente em Boqueira-BA, ex-lavradora. Como comorbidades possui hipertensão arterial sistêmica essencial e passado cirúrgico de histerectomia total por miomatose uterina. Procurou o setor de emergência cirúrgica do Hospital Santa Marcelina em Abril/2013 com queixa de dor abdominal em região epigástrica associado a hiporexia e vômitos. Realizou US que evidenciou imagem cística nodular em região de processo uncinado do pâncreas, posteriormente confirmado com TC de abdome, medindo 42mm e com características de pseudocisto. Após controle do quadro álgico, recebeu alta e permaneceu em acompanhamento ambulatorial, optado por tratamento conservador e exames de imagem trimestrais até Julho/2016 devido a pouca sintomatologia apresentada pela paciente. Em Agosto/2016 realizou ECO-EDA com biópsia da lesão para avaliar possibilidade de degeneração cística, que caracterizou formação nodular de 4cm em processo uncinado pancreático, analise histopatológica de proliferação celular atípica e imunohistoquímica positiva para TNE com KI67 20%, vimentina, sinaptopysina e cromogranina positivas. TC com contraste trifásico caracterizou lesão e demonstrou íntimo contato com veia cava inferior, enquanto TC de tórax e EDA não mostraram anormalidades. Marcadores tumorais permaneceram baixos durante esse período. Realizamos PET/CT com gálio que demonstrou aumento do receptor de somatostatina, consistente com atividade de TNE. Paciente iniciará tratamento quimioterápico neoadjuvante com 5FU/LV semanal e está em programação cirúrgica de realização de duodenopancratectomia com reconstrução da veia porta.Conclusão: Apesar da utilização do KI 67 como forma de graduar os TNE, há controversas quanto ao ponto de corte ideal para caracterização dos mesmos, de modo que é possível a ocorrência de tumores de crescimento mínimo apesar de taxas elevadas do marcador imunohistoquímico.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2647

TÍTULO DO TRABALHO: TUMOR NEUROENDOCRINO DE CABEÇA DO PANCREAS: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LUKAS VIEIRA DE LIMA1; VANESSA SOUZA CARVALHO2; THAISE DUARTE ONOFRE SABIÁ E SILVA1. 1. UFAC, RIO BRANCO - AC - BRASIL; 2. HOSPITAL DAS CLNICAS DO ACRE, RIO BRANCO - AC - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Os Tumores Neuroendócrinos são neoplasias raras, responsáveis por 5% daquelas com origem no pâncreas. Classificam-se de acordo com as manifestações clinicas (funcionais ou não na cauda pancreática. O diagnóstico é histopatológico e a Cromogranina A está aumentada em até 80%dos casos, exames de imagem podem ser necessários. A cirurgia é o único funcionais) e quanto a histologia. Aproximadamente 50% são não-funcionais e 48% estão localizados tratamento com potencial de cura. Relato de Caso: Paciente masculino, 34 anos, foi admitido no Hospital das Clínicas do Acre com epigastralgia havia 3 meses, associada icterícia progressiva, colúria e perda ponderal de 15kg. Ao exame: emagrecido, ictérico (3+/4+) e sem adenomegalias periféricas. Abdome: dor à palpação de epigastrio. Bioquímica: bilirrubina direta aumentada, FA e GGT aumentadosos. Sorologias negativas para hepatites virais, CA19-9: 4.448; Cromogranina A: 51,7. USG de abdome: fígado com leve aumento de volume, vesícula biliar hidrópica com barro biliar e microlitíase, vias biliares intra e extra-hepáticas normais e pâncreas com aumento de seu volume na cabeça. TC de abdome: cabeça de pâncreas de volume aumentado com área nodular medindo 5cm com realce heterogêneo e outra na cauda de 2,5cm, além de moderada dilatação de vias biliares intra e extra-hepáticas. Foi submetido à Laparotomia Exploradora, evidenciando massa tumoral em cabeça do pâncreas com cerca de 6cm, sem acometimento de estruturas circunvizinhas, sendo realizada Gastroduodenopancreatectomia. Histopatologia: neoplasia de células acinares com áreas focais de diferenciação neuroendócrina, Imunohistoquímica: carcinoma misto acinar-endócrino. Após recuperação pós-operatória bem-sucedida foi iniciada adjuvância com Gencitabina. Paciente atualmente em seguimento pelo Hospital do Câncer, assintomático. Conclusão: Diferentemente literatura, o paciente possuía Cromogranina A abaixo do valor de positividade; os sintomas apresentados estavam mais associados ao crescimento tumoral e à compressão de estruturas vizinhas. O resultado da imuno-histoquímica evidenciou tumor misto com componente de Adenocarcinoma e Neuroendócrino sendo a melhor opção a complementação terapêutica com quimioterapia. O relato do caso em questão tem importância não somente pela raridade, mas porque ilustra um diagnóstico de exceção em pacientes ictéricos, principalmente neste caso sendo o paciente jovem e com todos os diagnósticos diferenciais mais comuns descartados.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 899

TÍTULO DO TRABALHO: Tumor Neuroendócrino de cauda de pâncreas- Relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FERNANDO TORRES VASQUES; FERNANDA CAVALCANTI CABRAL; MOHAMED IBRAHIM ALI TAHA; CAIO CÉZAR OLIVEIRA MENEZES; FABRICIO OLIVEIRA RAMADA; MONISE CORNELIO DE DEUS. HOSPITAL GERAL DE ITAPEVI, ITAPEVI - SP - BRASIL.

RESUMO:
Os tumores de pâncreas endócrino são raros, constituindo menos de4% de todos os cânceres de pâncreas. Como grupo, eles são conhecidoscomo tumores neuroendócrinos do pâncreas,.Esses tumores podem ser divididos em duas classes: ossecretores de hormônios e os não secretores de hormônio.Os tumores secretores podem desencadear sintomas referentes aohormônio que ele secreta. Os tumores não secretores podem causar sintomas causados, porexemplo, pela compressão de algum órgão próxima do tumor.O diagnóstico pode ser feito a partir das queixas clínicas do paciente edos exames laboratoriais e de imagem, como tomografia computadorizada,ressonância magnética e PET-CT.O tratamento, sempre que possível, inclui a cirurgia.RELATOPRF, 58 a , masc, branco, natural e procedente de SPDor nas costas há 1 mes.Refere dor nas costas ha 1 mes, de início incidioso, sem fatassociadoEx tabagista 35 anos/Maço. HAS -; DM ?16/11/16 - USG com questionável formação nodular junto ao hiloesplênico medindo 4,1 cm24/11/16 - RNM apresentando lesão sólida heterogênea com áreascísticas/necróticas de permeio, medindo 4,3 x 4,0 cm na cauda pancreática.HD: neoplasia neuroendócrina ou degeneração císticaAlfafetoproteína 2,0 mcg/L; CA 19-9 9,1 U/ml; CEA 1,2 mcg/L12/12/16 - Paciente foi submetido a pancreatectomia corpo-caudal +esplenectomia + linfadenectomia retroperitoneal. Tempo de internação 5 dias.Sem transfusão.Anatomo-patológico: neoplasia neuroendócrina 4,3 x 4,3 cm, seminvasão vascular ou neural. Sem necrose. Mitoses: 1/10CGA. Linfonodoslivres, Baço e hilo esplênico livres.Imuno-histoquímica: Neoplasia neuroendócrina bem diferenciada grau1. Negativo para somatostatina e insulina. Receptor de progesterona +;Sinaptofisina +;Cromogranina +; CD99 +;DISCUSSÃOSegundo a classificação de WHO (2000), o tumor deste doente,enquadra-se na classe 1 (tumor neuroendócrino bem diferenciado), onde ostumores são benignos ou possuem potencial maligno incerto.O diagnóstico histológico nem sempre define qual o tumor. Inúmerossão os tumores neuroendócrinos, sendo que alguns são benignos,e outros potencialmentel malignos..Quando o doente possui sintomatologia clínica, a investigaçãolaboratorial pode facilitar o diagnóstico, como no caso dos gastrinomas,insulinomas e glucagonomas.O caso em questão não apresentava sintomas clínicos e possuíatamanho de aproximadamente 4 cm. Pela classificação da WHO, tumoresmaiores do que 2 cm possuem potencial de malignização incerto, fato esteque nos fez indicar a cirurgia ressectiva.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 992

TÍTULO DO TRABALHO: Tumor neuroendócrino de pâncreas ? revisão de casos cirúrgicos dos últimos 4 anos do Serviço de Cirurgia Oncológica do Hospital Santa Rita ? Porto Alegre - RS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARIENE CENTENO ABEL1; ANTONIO NOCCHI KALIL2; GUSTAVO ANDREAZZA LAPORTE2; RAFAEL VIEIRA KWIATKOWSKI2; RODOLFO DOS SANTOS MONTEIRO1; RAMON MAGALHÃES MENDONÇA VILELA1; IAN EUGÊNIO KAULING1; GIOVANNA MONCINHATTO BOLZAN1. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE - UFCSPA, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 2. IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE - ISCMPA, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: avaliar dados epidemiológicos de tumores neuroendócrinos pancreáticos (PNETs), descrevendo características clínicas, estratégias cirúrgicas e complicações em série de casos do serviço de Cirurgia Oncológica do Hospital Santa Rita (HSR) da Santa Casa de Porto Alegre.Métodos: série de casos de oito indivíduos submetidos a tratamento cirúrgico em um mesmo centro, entre dezembro de 2012 e maio de 2016. Foi realizada a busca e análise de laudos anatomopatológicos e revisão de prontuários. Os pacientes foram classificados de acordo com a Organizaçao Mundial da Saúde (OMS) e a European Neuroendocrine Society Tumors (ENET).Resultados: dos oito pacientes, foram realizadas três gastroduodenopancreatectomias cefálicas, duas pancreatectomias corpo-caudal videolaparoscópicas, e duas enucleações. Quatro casos apresentaram-se com lesão de baixo grau, e quatro com lesão de grau intermediário. Sete apresentaram-se como tumores bem diferenciados, e apenas um como pouco diferenciado. Sete apresentaram-se com apenas uma lesão tumoral e um com múltiplas lesões. Foram observadas metástases hepáticas em dois casos e os critérios para ressecção do tumor primário foram fator compressivo de massa e dor resistente à analgesia.Conclusão: PNETs podem ser ressecados com segurança, sem mortalidade e com mínima morbidade. A presença de metástases está ligada diretamente a identidade do tumor e ao elevado índice mitótico, reservando assim seu prognóstico. Doentes com tumores malignos podem esperar uma sobrevida em longo prazo mesmo no contexto de doença metastática. Pacientes que apresentam PNETs e realizam tratamento em um serviço de referência tendem a experimentar bom prognóstico.Referências Bibliográficas: Öberg K, Knigge U, Kwekkeboom D, Perren A, ESMO Guidelines Working Group. Neuroendocrine gastro-entero-pancreatic tumors: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2012 Oct. 23 Suppl 7:vii124-30.

Kunz PL, Reidy-Lagunes D, Anthony LB, et al; North American Neuroendocrine Tumor Society. Consensus guidelines for the management and treatment of neuroendocrine tumors. Pancreas. 2013 May. 42 (4):557-77.

National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Neuroendocrine Tumors, Version 1. 2015. NCCN. Available at http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/neuroendocrine.pdf.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2715

TÍTULO DO TRABALHO: TUMOR NEUROENDÓCRINO DE PANCREAS DE CRESCIMENTO INDOLENTE: RELATO DE CASO, EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA, NA AMAZÔNIA.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ALEXANDRE ERNESTO POZZEBON MOURÃO1; HÉLIO FERNANDO MACHADO SILVA1; BERNARD COSTA FAVACHO1; FERNANDA VEIGA GONÇALVES1; FELIPE AUGUSTO HAGE SOARES1; GABRIELA TRINDADE GÓES1; DANIEL CALDEIRA THOME2; ANTONIO FIALHO DA SILVA NETO2; ALLAN HERBERT FELIZ FONSECA1. 1. OPHIR LOYOLA, BELÉM - PA - BRASIL; 2. OPHIR LOYOLA, BELEM - PA - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Tumores neuroendócrinos de pâncreas são raros, totalizando 1-2% entre todas as neoplasias de pâncreas. Os avanços nos métodos de imagem vêm auxiliando no diagnóstico deste tipo de neoplasia, especialmente nos pacientes assintomáticos. RELATO DO CASO: Paciente do sexo feminino, 37 anos, com história de acompanhamento tomográfico semestral de lesão cística pancreática em região de cabeça de pâncreas com crescimento e sintomatologia indolente, com evolução de 11 anos. Durante acompanhamento, ressonância nuclear magnética (RNM) de abdome evidenciou lesão focal em cabeça de pâncreas de forma ovalar, medindo aproximadamente 3.8 x 2.8 x 2.3 cm, com contraste demonstrando menor impregnação da lesão com melhor definição do contorno junto ao tecido pancreático adjacente, sugerindo considerar a possibilidade de tumor papilífero de pâncreas, sem evidências de lesões hepáticas; tais características eram semelhantes às descritas em exames de imagem realizados em anos anteriores. Optado por procedimento cirúrgico, com biopsia de congelação sugerindo tumor neuroendócrino de pâncreas. Paciente, então, submetida à ressecção de tumor de cabeça de pâncreas, com anatomopatológico evidenciando diagnóstico de neoplasia neuroendócrina de baixo grau. A paciente evoluiu no pós-operatório sem intercorrências, recebendo alta hospitalar, permanecendo em acompanhamento ambulatorial. CONCLUSÃO: A cirurgia vem se mostrando o único tratamento curativo definitivo desse tipo de neoplasia no qual a ressecção ainda é possível. Outras formas de tratamento disponibilizadas são a embolização arterial e a ablação térmica, geralmente utilizadas nos pacientes com doença em estágios mais avançados e metástase hepática.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1081

TÍTULO DO TRABALHO: Tumor Neuroendócrino Metastático de Pâncreas: relato de um caso assintomático

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CAROLINA MARQUEZIN GIACOMELLO; RAYSSA RUSZKOWSKI DO AMARAL; NATHÁLIA PALUDO; VICTOR HUGO VIONE SCHWENGBER; BIANCA ZANETTE DE ALBUQUERQUE; CHRISTINA CAMPANA DUARTE. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL - PUCRS, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Os tumores neuroendócrinos de pâncreas (TNP) são um tipo de tumor pouco frequente, representando 2% de todas as neoplasias pancreáticas. São neoplasias originadas de células endócrinas do pâncreas e que podem produzir diferentes síndromes clínicas de acordo com o tipo de secreção hormonal (funcionantes) - gastrinomas, glucagonomas, insulinomas, somatostatinomas, ou não produzir síndromes clínicas e manifestar-se por compressão local e invasão de estruturas adjcentes ou à distância (não-funcionantes). Os TNPs acometem principalmente indivíduos do sexo masculino e com mais de 45 anos de idade e a maioria dos sintomas como dor, náusea, inapetência, sangramento, diarreia, eritemas cutâneos, hipo ou hiperglicemia, hipopotassemia, é causada pelo excesso de hormônios endócrinos.Relato do Caso: Mulher, 69 anos, buscou atendimento por queixa de dor em hipogástrio resistente à analgesia. Ao exame físico observou-se dor abdominal à palpação profunda; sem outras particularidades. À ecografia abdominal observou-se uma imagem nodular heterogênea lobulada em cabeça de pâncreas e outra ovalada com área cística central em região hepática. À tomografia computadorizada (TC) de abdome observou-se lesão expansiva com densidade de partes moles e contendo zonas centrais hipodensas, medindo cerca de 4,5x2,9cm, em transição entre processo uncinado e cabeça pancreática. Notou-se duas lesões hipervasculares no fígado, a maior medindo cerca de 8,2x6,5cm, com componente central hipodenso, e outra medindo 2,0x1,2cm. Realizou-se duas biópsias hepáticas guiadas por TC, ambas indicando parênquima com infiltrado inflamatório, discreta fibrose periportal e ausência de neoplasia. Exames complementares como colonoscopia e mamografia não demonstraram anormalidades. A paciente foi, então, submetida à videolaparoscopia para elucidação diagnóstica com biópsia hepática e exame de congelação, o que evidenciou neoplasia neuroendócrina metastática. A paciente evoluiu bem no pós-operatório e recebeu alta com acompanhamento ambulatorial.Conclusão: O principal tratamento para os TNPs é a ressecção cirúrgica da lesão associado a terapias direcionadas ao fígado, principal sítio de metástases, que pode apresentar algum benefício paliativo. O objetivo deste trabalho é relatar o caso de uma paciente assintomática para esse tipo de neoplasia e alertar sobre a atenção necessária aos TNPs não-funcionantes, visto que, muitas vezes, devido à ausência de sintomatologia, podem passar despercebidos.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1144

TÍTULO DO TRABALHO: Tumor Pancreático Metastático: Relato de caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FRANCISCO CALLEJAS NETO; PAOLA COSTA REIS; BRUNO LOMBARDI FARIAS. HOSPITAL CENTRO MÉDICO DE CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL.

RESUMO:
IntroduçãoO carcinoma de células claras renais (RCC) é o principal tumor renal. Apresenta metástases tardias, em até metade dos casos, com predileção para pulmão, ossos, fígado. Tumor metastático do pâncreas de outros sítios primários é raro, sendo responsável por menos de 5% das neoplasias pancreáticas. Apenas 3% são de RCC, sendo sua maioria de lesão única. Apenas metade dos casos são sintomáticos variando de dor abdominal, sangramento gastrointestinal, pancreatite e Diabetes Mellitus, a depender da localização. As vias de disseminação mais aceitas são a linfática e a hematogênica.O tratamento preconizado é a ressecção cirúrgica, principalmente nas lesões únicas. Quando há metástase multifocal, a indicação se torna controversa para alguns autores, apesar de ocorrer aumento da sobrevida em 5 anos. A quimioterapia e radioterapia demonstraram-se ineficientes e não há estudos suficientes comprovando a eficácia da terapia hormonal.Relato de casoJLS, 65 anos, sexo feminino, com queixa de dispepsia, hipertensa, portadora de intolerância à glicose com antecedente de nefrectomia esuqerda há 15 anos por RCC sem tratamento adjuvante. Foi realizada Tomografia Computadorizada de controle evidenciando quatro lesões nodulares de pâncreas com hiperrealce arterial pelo contraste, a maior dela em região de cabeça medindo 33x30 mm, determinando dilatação do ducto pancreático principal (medindo até 10mm), bem como atrofia parenquimatosa a montante com íntimo contato com artéria gastroduodenal, veia mesentérica superior, junção esplenomesentérica, terço proximal da veia porta, com a porção intrapancreática do ducto coledoco e com o bulbo duodenal. Em janeiro de 2017, foi submetida à duodenopancreatectomia com esplenectomia associada à ressecção de vias biliares extra-hepatica com derivação biliodigestiva e linfadenectomia. Anatomopatológico comprovando neoplasia epitelial nodular multifocal de células claras com 04 focos localizados em corpo e cauda de pâncreas com atipia citológica discreta sem invasões angiolinfática e perineural não-detectadas. Margens pancreaticas, profunda e biliares livres de neoplasia. ConclusãoO tumor pancreático metastático de RCC é entidade rara, evidenciada tardiamente após nefrectomia. Apenas um terço é caracterizado como lesões multifocais e o tratamento cirúrgico ainda é a escolha, por mostrar aumento da sobrevida em 05 anos.

CODIGO DO TRABALHO: 1234

TÍTULO DO TRABALHO: TUMOR PSEUDOPAPILÍFERO SÓLIDO-CÍSTICO PANCREÁTICO GIGANTE: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BRUNO ROBERTO DA SILVA FERREIRA1; EDUARDO HENRIQUE CUNHA NEVES FILHO2; SALENA SILVA SOUZA1; FRANCISCO MATHEUS TAVARES FERNANDES VIEIRA1; JOB FERREIRA DE ANDRADE NETO1; HELADIO FEITOSA DE CASTRO FILHO1; JOSE HUYGENS PARENTE GARCIA1. 1. IJF, FORTALEZA - CE - BRASIL; 2. ICC, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: O tumor pseudopapilífero sólido-cístico pancreático é uma neoplasia rara do pâncreas, sendo descrito pela primeira vez por Frantz em 1959. A maioria dos pacientes são mulheres jovens e na maior parte dos casos não há sintomas. Em geral, esses tumores possuem um comportamento indolente, raramente recorrendo localmente ou produzindo metástases após a ressecção completa. Relato do caso: Paciente do sexo feminino, 29 anos, iniciou quadro progressivo de dor abdominal de leve intensidade, associada a aumento progressivo do volume abdominal. Negava febre, perda ponderal, adinamia ou hiporexia. Ao exame físico, estado geral bom, eupnéica, normocorada, presença de massa abdominal palpável, fibroelástica, volumosa, em mesogástrio. Realizada tomografia de abdome com contraste que mostrou lesão tumoral sólido-cística de grandes dimensões em topografia de corpo e cauda do pâncreas. Indicada abordagem cirúrgica, que evidenciou tumor lobulado gigante em transição do corpo e cauda do pâncreas, sendo realizada pancreatectomia corpo-caudal com esplenectomia total. Peça cirúrgica foi enviada para análise. Paciente evoluiu bem no pós-operatório, recebendo alta sem complicações. Histopatológico confirmou a hipótese diagnóstica de tumor pseudopapilífero sólido-cístico pancreático, medindo 18,0 x13,0 cm, sem evidências de malignidade na peça. No seguimento pós-operatório com 30 e 60 dias, paciente permaneceu assintomática, com ferida operatória com boa cicatrização. Conclusão: O tumor de Frantz é uma neoplasia pancreática rara e de diagnóstico clínico incerto. Por seu potencial de malignidade, sugere-se a ressecção cirúrgica, pela necessidade de análise histológica para confirmação do diagnóstico.

CODIGO DO TRABALHO: 2122

TÍTULO DO TRABALHO: Uncinectomia na abordagem de tumor neuroendócrino do pâncreas associado à Síndrome de Von Hippel-Lindau: Relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CLARA ANTUNES FERREIRA1; RENATO GOMES CAMPANATI1; JOAO BERNARDO SANCIO R. RODRIGUES1; ISABELA SOARES FONSECA BATISTA1; GUSTAVO GOMES GRATEKI2; ATHOS MIRANDA1; FRANCISCO NOLASCO1; VIVIAN RESENDE1. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA DE BARBACENA, BARBACENA - MG - BRASIL.

RESUMO:
Introdução: Os tumores neuroendócrinos (NET) do pâncreas são neoplasias epiteliais com diferenciação neuroendócrina predominante, de crescimento lento, caracterizadas pela capacidade de armazenar e secretar peptídeos e neuroaminas. Apresenta incidência inferior a 1 a cada 100.000 habitantes/ano, estando 10% a 17% dos casos associados à Síndrome de Von Hippel-Lindau (VHL). A literatura ainda é escassa no que se refere à uncinectomia na abordagem de NET pancreático associado a VHL.Caso clínico: Trata-se de uma paciente do sexo feminino, de 39 anos de idade, portadora de VHL, diagnosticada em 2010. História prévia de duas ressecções de hemangioblastomas cerebelares. Compareceu a consulta ambulatorial referindo quadro de dor abdominal associada a náuseas e vômitos ocasionais. Tomografia computadorizada de abdome e colangiopancreato ressonância magnética (CPRM) e ecoendoscopia evidenciaram um pâncreas de aspecto policístico, com massa em topografia de processso uncinado, medindo 3,9 cm, além de hemangiomas hepáticos nos segmentos III e V. Exames laboratoriais mostraram função pancreática preservada. A paciente foi então submetida a uncinectomia pancreática com preservação do ducto pancreático principal, procedimento por via laparotômica, sendo evidenciado pâncreas de aspecto policístico. O procedimento teve aproximadamente três horas de duração, sem intercorrências. Posicionado dreno de Blake peri ressecção. A paciente evoluiu com fístula pancreática de alto débito no 3o dia pós-operatório, além de coleção intra-abdominal peri-pancreática. A paciente foi submetida a colangiopancreatografia retrógada endoscópica (CPRE) com papilotomia ampla e posicionamento de prótese plástica no ducto pancreático principal. Após evolução arrastada, a paciente teve alta 40 dias após a abordagem cirúrgica, apresentando remissão completa da fístula no terceiro mês pós-operatório. A análise anatomopatológica da peça cirúrgica revelou tratar-se de tumor neuroendócrino bem diferenciado do pâncreas ? NET G1. Atualmente, a paciente encontra-se no sexto mês pós-operatório, em acompanhamento ambulatorial.Conclusão: A preservação do pâncreas por meio da uncinectomia é importante na manutenção da função pancreática em uma paciente com tumor neuroendócrino associado à Síndrome de Von Hippel-Lindau. A presença de pâncreas policístico nestes pacientes é considerada um fator de elevado risco para a ocorrência de fístulas pancreáticas de alto débito e de difícil controle pós-operatório.

CODIGO DO TRABALHO: 2282

TÍTULO DO TRABALHO: VARIAÇÕES ANATÔMICAS DO PEDÍCULO HEPÁTICO: MORFOLOGIA DO TRIÂNGULO DE CALOT

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LAURA DAMADA GARCIA; LUCAS AUGUSTO AYRES RIBAS; VITOR HERNANDES LOPES; MARCELO RICARDO DE OLIVEIRA BARCELOS; RONALDO ANTONIO BORGHESI. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE SOROCABA- PUC-SP, SOROCABA - SP - BRASIL.

RESUMO:
Objetivo: Revisar a base anatômica do triângulo de Calot e comparar as variações anatômicas encontradas com as variações descritas na literatura. Aprimorar esse conhecimento é essencial visto que a má interpretação da anatomia é causa comum de lesão durante a colecistectomia. Método: Trata-se de um estudo descritivo, observacional e transversal, realizado entre agosto de 2016 e fevereiro de 2017 no Instituto Médico Legal de Sorocaba. Foram acompanhados 20 exames necroscópicos que tiveram a região do pedículo hepático dissecada e foi feito registro fotográfico da região do Triângulo de Calot com câmera digital ?Es80? ? Samsung, 12.2mp. Foi elaborado um banco de dados com a descrição anatômica de cada caso. Foram excluídos cadáveres vítimas de trauma hemorrágico abdominal ou com comprometimento anatômico do pedículo hepático e das estruturas vizinha, casos de cirrose, coledocolitíase e os colecistectomizados. Foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os familiares das vítimas, mas deu-se preferência por observar os corpos não reclamados. A identidade bem como os demais dados das vítimas foram mantidos em sigilo. Resultados: Observamos que o ducto cístico se insere no ducto hepático comum de forma oblíqua em 15 casos (75%), de forma paralela em 3 casos (15%) e em espiral em 2 casos (10%). Em 16 casos (80%), o ducto cístico apresentava-se posterior à artéria cística e, em 4 casos (20%), anterior. A artéria cística também foi avaliada e, em 14 casos (70%) ela se originou da artéria hepática direita. Nos outros 6 casos (30%), teve provável origem da artéria gastroduodenal ou artéria hepática comum. Na maioria dos casos, a artéria cística localizava- ser anterior ao ducto hepático comum. Entre as variações encontradas, observamos 2 casos, em que os elementos não formavam um triângulo, pois o ducto hepático e o ducto cístico eram paralelos, 1 caso com artéria cística acessória e ducto cístico oblíquo curto, 1 caso com artéria hepática direita mais longa e curva. Em um dos casos, a veia porta localizou-se anterior às demais estruturas do pedículo hepático. Conclusão: A anatomia descrita neste trabalho está de acordo com as descrições encontradas na literatura e as variações anatômicas encontradas são discretas e já descritas por outros trabalhos. Conclui-se que a anatomia da via biliar é bastante variável e o amplo conhecimento da região é necessário para evitar lesões durante a colecistectomia.

CODIGO DO TRABALHO: 374

TÍTULO DO TRABALHO: Vesícula biliar em porcelana: diagnóstico e tratamento cirúrgico

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MATHEUS LOPES PULS1; SÉRGIO MATTOS PULS2. 1. UNIVERSIDADE DE ARARAQUARA, ARARAS - SP - BRASIL; 2. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ARARAS, ARARAS - SP - BRASIL.

RESUMO:
Estima ? se que 0,2% dos portadores de colecistite crônica apresentem a vesícula em porcelana como evolução, condição de patogênese controversa, caracterizada por calcificação intramural da parede vesicular. Esse quadro apresenta grande interesse devido à possibilidade de evolução neoplásica (sendo o adenocarcinoma o tipo mais comum). Sendo assim, essa revisão bibliográfica tem como objetivo descrever o diagnóstico e tratamento cirúrgico atual da vesícula em porcelana. Buscou - se nas bases de dados Medline (acessada via Pubmed), SciELO, Scopus e biblioteca Cochrane artigos utilizando como descritores Porcelain gallbladder, diagnosis, treatment, management, surgical e surgery. Realizou-se a seleção inicial dos artigos com base nos títulos e resumos e, após verificação do conteúdo apropriado, buscou-se o texto completo, não havendo critério de exclusão quanto ao tipo do estudo. Obteve ? se 59 artigos do período de 2012 a 2017 e, destes, selecionaram ? se 23 que respondiam satisfatoriamente aos objetivos deste trabalho. Foram priorizados os artigos mais atuais, de mais alto fator de impacto e nível de evidência. Clinicamente, os pacientes podem estar assintomáticos ou com dor biliar e, raramente, com vesícula palpável, rígida e firme, no quadrante superior do abdome. As radiografias podem demonstrar áreas de calcificação na vesícula, embora a ultrassonografia e tomografia computadorizada sejam ainda consideradas métodos mais eficientes, associadas ao exame histopatológico. A ultrassonografia permite classificar o quadro em tipos I. (hiperecoico semilunar), II. (Biconvexo curvilíneo ecogênico), III. (Ecos irregulares com sombra acústica posterior) e subclassificá-los em padrão completo (calcificação total) ou incompleto. O tratamento tem como método de escolha a colecistectomia, mesmo em quadros assintomáticos, devido a possibilidade de evolução neoplásica. É controverso se o procedimento deveria ser reservado apenas a quadros sintomáticos devido a apenas 2% dos casos evoluírem para o câncer, embora a maioria dos pacientes apresente sintomas. Séries de casos identificaram risco aumentado de câncer em casos com calcificação mural incompleta e seletiva da mucosa, levando a recomendações para colecistectomia profilática nesses casos. Conclui ? se que a vesícula em porcelana é uma complicação da colecistite crônica que pode ter evolução neoplásica, sendo diagnosticada por métodos de imagem e histopatológicos e com a colecistectomia como cirurgia de escolha.

CODIGO DO TRABALHO: 2538

TÍTULO DO TRABALHO: Vesícula Biliar Gigante Com Empiema

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: SAULO RENAN SILVA SANTOS1; REMO JOGAIB SALCIARINI2; CELIA MARIA GOUVEIA DE FREITAS2; LUIS ANTONIO VANNI GUERRA2; MIGUEL CHAVES FILHO2; THIAGO BOECHAT DE ABREU2; JHON RONALD AROSQUIPA TORRES2. 1. HOSPITAL ORÊNCIO DE FREITAS, CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM - ES - BRASIL; 2. HOSPITAL ORÊNCIO DE FREITAS, NITERÓI - RJ - BRASIL.

RESUMO:
Introdução. Empiema de vesícula biliar (EVB) é grave complicação possível na história natural da colecistite aguda. A impactação de um cálculo e obstrução do ducto cístico pode causar estase biliar, levando à dilatação do órgão, raramente gigante como neste caso. A vesícula biliar hidrópica pode tornar-se um EVB se houver infecção secundária. A vesícula biliar tem capacidade, em média, de 45 ml e seu comprimento é de 7 a 10 cm. Neste caso, foram aspirados mais de 600 ml de bile purulenta de uma vesícula biliar de 17 cm. Relato de caso. Paciente M.G.S.B.C., sexo feminino, 39 anos, hipertensa, procurou o ambulatório do Hospital Orêncio de Freitas, Niterói-RJ, com queixa de dor em hipocôndrio direito, com piora à ingesta de alimento colecinético, dor à palpação de hipocôndrio direito, Murphy negativo, e massa do tamanho de meio limão em quadrante inferior direito, Blumberg negativo e ultrassonografia evidenciando vesícula biliar hidrópica com cálculos. Tomografia meses depois revelou vesícula biliar, distendida até a pelve, de 17 cm e imagem sugestiva de coledocolitíase. Foi internada eletivamente, sem nenhum sinal de colecistite, sem dor. No intra-operatório, visualizou-se gigante vesícula biliar com cálculo impactado no infundíbulo, ducto cístico e colédoco dilatados, sendo realizada colangiografia intra-operatório com imagem sugestiva de cálculo em colédoco distal. Realizou-se a colédocotomia com exploração da via biliar principal e coledocolitotomia, após a qual nova colangiografia documentou extravasamento satisfatório de contraste para o duodeno e nenhuma imagem negativa em via biliar. Procedeu-se à coledocorrafia e drenagem da cavidade com dreno de Penrose, programando-se colangiopancreatografia retrógrada endoscópica em um segundo tempo. Paciente evolui bem em pós-operatório, sem complicações, após colecistectomia videolaparoscópica com exploração de vias biliares. Conclusão. A colecistectomia, quer laparotômica ou videolaparoscópica, precoce deve ser realizada em pacientes com sintomas de empiema da vesícula biliar, não importando o tamanho dele. Os exames complementares pré-operatórios ajudam na formulação da hipótese diagnóstica e são de grande auxílio ao cirurgião durante a programação pré-operatória para estratificação de risco de coledocolitíase, entretanto o ato operatório em si pode apresentar-se diverso do previsto e impõe-se sempre que esteja apto à resolução de adversidade maior.

CODIGO DO TRABALHO: 2228

TÍTULO DO TRABALHO: VESÍCULA BILIAR GIGANTE: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BRUNA HELEN BIAZI1; GILDA GUERRA1; MARIA EDUARDA DA COSTA LEMOS CARAMORI1; EDUARDO BARCELLOS FUMEGALLI1; BRUNO TISCHER JUNG1; FRANCISCO JAVIER DÁVILA SALAMEA2; MONICA ALEXANDRA JIMENEZ3; ROBERTO VINA CORAL1; FERNANDO JOSÉ SAVÓIA DE OLIVEIRA1. 1. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 2. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - EQUADOR; 3. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - COLOMBIA.

RESUMO:
A vesícula biliar pode desenvolver diversos tamanhos, chegando em raros casos a ocupar grande parte da cavidade abdominal. Relataremos o caso de um paciente que foi submetido a colecistectomia, após desenvolver quadro de suboclusão gerado pela vesícula biliar gigante.Paciente masculino, 85 anos, etilista, tabagista e cardiopata grave. Internou eletivamente para troca valvar aórtica e revascularização do miocárdio. Apresentou importantes complicações no pós-operatório, evoluindo para insuficiência renal crônica e broncopneumonia. Após resolução do quadro pulmonar, manteve-se em mau estado geral e voltou a apresentar indícios de novo quadro infeccioso sem foco definido, associado a episódios de vômitos pós-prandiais, distensão abdominal e pouca aceitação da dieta. A TC de abdômen solicitada demonstrou uma lesão cística, medindo 18 x 17 x 15 cm, localizada caudalmente ao lobo hepático direito, anteriormente ao rim, rechaçando estômago e duodeno. A lesão apresentava?se com tênues calcificações parietais, sem paredes espessadas ou infiltração de gorduras adjacentes, com conteúdo líquido homogêneo e dois pequenos volumes radiodensos precipitados no seu interior, sugestivos de cálculos. Como não era possível a individualização da vesícula biliar em sua topografia habitual, a lesão descrita acima foi interpretada como tal.Em vista dos achados tomográficos corroborarem com a clínica de uma suboclusão e a possiblidade de resolução do quadro infeccioso, o paciente foi submetido a colecistectomia aberta, na qual, durante a inspeção da cavidade, foi visualizada grande massa de paredes espessadas e com importante infiltração e aderência à órgãos adjacentes, tornando por momentos confusa a anatomia. Optado por puncionar e aspirar o volumoso conteúdo para facilitar a exposição, o líquido retirado era inicialmente biliar e em seguida brancacento, sugestivo de abscesso. Após liberação e dissecção da vesícula, o ducto cístico foi facilmente individualizado, sendo constatado como patente.O paciente evoluiu ao óbito no terceiro dia de pós-operatório, devido a quadro de instabilidade hemodinâmica associado a tentativa de hemodiálise.O anatomopatológico da peça mostrou parede vesicular com xantogranulomas, marcada fibrose, hemorragia e calcificações distróficas, sugestivo de colecistite crônica. No bacteriológico do líquido não houve crescimento de germes. Vesícula biliar gigante é uma rara patologia e o trabalho atual relata o sétimo caso descrito na literatura.

CODIGO DO TRABALHO: 1623

TÍTULO DO TRABALHO: VESÍCULA BILIAR RESIDUAL COMO CAUSA DE SÍNDROME PÓS-COLECISTECTOMIA: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCELO FERNANDES MAIA DE LIMA1; FERNANDO SIMÕES DE SENA1; RODRIGO SPÍNOLA E SILVA1; HENRIQUE MOURA PARREIRA1; HIGOR SOUZA CARLECH1; ELCIO ANTUNES DOS SANTOS1; FELIPE MOURA PARREIRA2; ANDERSON FREITAS DE SOUZA ASSIS MORAIS1. 1. HOSPITAL MARCIO CUNHA, IPATINGA - MG - BRASIL; 2. POLICIA MILITAR DE MINAS GERAIS, MANHUAÇU - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: As causas mais comuns de síndrome pós-colecistectomia são desordens extra biliares, tais como pancreatite crônica, doença ulcerosa péptica, doença do refluxo gastresofagiano e síndrome do intestino irritável. Apenas em uma minoria dos casos os sintomas se devem a patologias próprias do trato biliar. A remoção parcial da vesícula biliar, que gera a permanência de vesícula residual ou remanescente é uma causa rara desta síndrome. Este artigo objetiva reportar um caso de paciente com dor abdominal recorrente secundária a ocorrência de vesícula residual.RELATO DE CASO: Mulher de 34 anos, branca, apresentou-se com história de episódios recorrentes de dor intensa no hipocôndrio direito, associados a náuseas e vômitos nos últimos 6 meses, evoluindo com dor abdominal intensa na última semana associados a colúria e acolia fecal, havendo também, relato de ter sido submetida a colecistectomia há 2 anos. Ao exame: paciente ictérica, abdome flácido, doloroso em hipocôndrio direito, sem sinais de irritação peritoneal. A avaliação ultrassonográfica evidenciou cálculos em topografia de vesícula biliar. Abordagem com colangioressonância referiu presença de tecido vesicular remanescente com vários cálculos em seu interior além de coledocolitíase. Culminou-se com a submissão da paciente a colangiopancreatografia retrógrada endoscópica possibilitando a retirada de cálculo da via biliar principal após papilotomia endoscópica, sendo posteriormente realizada colecistectomia laparoscópica com remoção do remanescente de vesícula biliar com múltiplos cálculos em seu interior.CONCLUSÃO: A colecistectomia é o procedimento de escolha para o tratamento das colecistites agudas e crônicas com taxas de morbidade de em torno de 2% a 11% e com mortalidade de 0,06% a 0,1%. A colecistectomia subtotal é um procedimento bem aceito, seguro e uma alternativa definitiva à colecistectomia convencional em situações difíceis. Toda a mucosa residual deve ser removida e o ducto cístico deve ser ligado, no intuito de evitar a síndrome pós-colecistectomia, substrato da produção em questão.

CODIGO DO TRABALHO: 3123

TÍTULO DO TRABALHO: VESICULA SEPTADA SIMULANDO CISTO DE COLÉDOCO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LUIZ CARLOS DE ANDRADE; PLÍNIO AUGUSTO MOREIRA FONSECA; NAYARA FARIA PRADO; EDUARDO FARIA PRADO; BRUNO BARROS DE PÁDUA ANDRADE; HERBERT RODARTE DE PAULA; LUCAS FILENI BAPTISTELLA. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALZIRA VELANO, ALFENAS - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: Diante das doenças conhecidas, a vesícula septada é rara, descrita pela primeira vez por Simon e Tandon em 1963.O diagnóstico é feito com a história clínica e exames complementares. O exame mais utilizado para o diagnostico de patologias do sistema biliar é a ecografia. A tomografia, a ressonância e a colangiopancreatografia endoscópica (CPRE) são reservadas para o diagnostico diferencial e/ou tratamento.OBJETIVO: relatar um caso de vesícula biliar simulando cisto de colédoco.MÉDOTOS: paciente AN, 61 anos, com quadro de desconforto abdominal em hipocôndrio direito de início há seis meses sem febre e sem icterícia. Associava-se a plenitude e intolerância a alimentos colecinéticos, com piora dos sintomas nos períodos pós pradiais e alivio nos períodos de jejum e com uso de escopolamina.RESULTADO: no serviço de origem, foram solicitados os exames abaixo descritos:1. Ecografia de abdome: vesícula biliar escleroatrófica com cálculos; imagem cística entre vesícula biliar e hepatocolédoco 2. TC de abdome: Vesícula biliar normodistendida, contendo inúmeros cálculos, formação cística hipodensa alongada, medindo 3,5x 2,0cm, junto ao leito da vesícula (cisto de colédoco?)3. ColangioRNM: formação cística de aprox. 3,5cm mantendo aparente contato com terço médio/distal do colédoco, com o colo estreito, podendo corresponder a dilatação cística do colédoco tipo II de Todani.4. CPRE: Grande cisto de colédoco na altura do ducto cístico (?), colecistolitíase. OBS: há também a possibilidade de se tratar de grande vesícula biliar com septo ao meio e ducto cístico implantado na face contra lateral do colédoco.Paciente foi encaminhado à videocirurgia, observando-se vesícula biliar com cálculos e com septo completo ao nível do corpo, fibrosado e aderido junto a cápsula hepática. Região infundíbulocística de aspecto saculiforme, sem cálculos.CONCLUSÃO: atualmente há muitos exames de boa acurácia para estudar as vias biliares. Porém, com certa frequência, observam-se erros de diagnóstico que só serão elucidados no decorrer do ato cirúrgico. Neste relato, observou-se confusões de diagnóstico envolvendo duas patologias raras no contexto da via biliar, merecendo maior cuidado quanto à indicação e a condução cirúrgica.BIBLIOGRAFIA: 1. Nelson Menocal F et al.. Vesicula biliar multiseptada: una anomalia congênita infrecuente. Rev. Chil. radiol. Vol 17, nº4 ; Santiago 2011; 176-178

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 772

TÍTULO DO TRABALHO: Volvo de vesícula biliar - um inesperado achado intra-operatório

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DALVA JUSTINO DE ALMEIDA; VALESKA DE BRITO MOREIRA KLEIN; DANILO GIL BICHARA; GENNARO ANTONUCCI AMARAL; FERNANDA ÁVILA. HOSPITAL MATERNIDADE SANTA RITA, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:
INTRODUÇÃO: O volvo de vesícula biliar ou torção da vesícula biliar é uma causa incomum de abdome agudo e na maioria das vezes seu diagnóstico só é feito durante o ato cirúrgico. Desde sua primeira descrição em 1898 por Wendel, houve mais de 500 casos documentados na literatura. É resultado de uma anormalidade anatômica da vesícula biliar, congênita ou adquirida, em que o órgão torce parcial ou completamente em torno do eixo do ducto cístico e do pedículo vascular. Esta situação pode comprometer o suprimento sanguíneo da vesícula biliar, causando necrose da mesma. Esta entidade pode acometer qualquer idade, porém, é rara na infância sendo que 85% dos casos são relatos entre 60 a 80 anos e é mais prevalente no sexo feminino.RELATO DE CASO: TGRP, sexo masculino, 14 anos, negro foi admitido no serviço de urgência referenciado de outro hospital com diagnóstico de apendicite aguda. Queixava-se de dor abdominal à direita iniciada há 3 dias associada a febre, náuseas e vômitos. Ao exame físico apresentava-se taquicárdico, sudoreico, desidratado, abdome dolorido difusamente, tenso e com sinais de irritação peritoneal em todo abdome. Exames laboratoriais: leucócitos 13,620; PCR 35; amilase 167; lipase 354; bilirrubina total 2,00 e indireta 1,8; FA 194; TGP 29 e TGO 31. Laudo da tomografia de abdome total confirmando apêndice cecal com calibre aumentado e aumento da densidade da gordura peri-apendicular. O paciente foi submetido à videolaparoscopia e durante o inventário da cavidade foi identificado pequena quantidade de líquido, apêndice cecal sem alterações e plastrão inflamatório localizado em topografia da vesícula biliar. Realizada liberação do plastrão e identifica vesícula biliar túrgida e com paredes necrosadas devido à torção total do eixo do ducto cístico e pedículo vascular. O mesentério que mantém a vesícula fixada ao fígado estava completamente ausente. Foi realizada colecistectomia e o paciente teve boa evolução no pós operatório com normalização dos exames laboratoriais no 1DPO. Realizou dois retornos ambulatoriais sem intercorrências neste período.CONCLUSÃO: O volvo de vesícula biliar, apesar de ser uma entidade incomum, deve ser considerada no diagnóstico diferencial de abdome agudo até mesmo em pacientes jovens. A possibilidade de torção total com acometimento vascular e consequente necrose da parede pode evoluir com perfuração da vesícula e peritonite biliar, sendo assim o diagnóstico não deve ser retardado e a cirurgia de urgência realizada.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2252

TÍTULO DO TRABALHO: ACHADOS ANÁTOMO-PATOLÓGICOS NOS CASOS DE CÂNCER DE TIREOIDE EM PACIENTES SUBMETIDOS A TIREOIDECTOMIA TOTAL NO HOSPITAL ESTADUAL DE SUMARÉ

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FERNANDA TELLES SALLES1; BRUNO LOMBARDI FARIAS2; BRENO SANTOS AMARAL1; JAQUELINE GOMES DA SILVEIRA1; GUSTAVO PAMPOLHA GUERREIRO1; REBECA MARIA DE OLIVEIRA DIAS1; HUGO KENZO AKASHI1; ANDRE DEL NEGRO1. 1. HOSPITAL ESTADUAL DE SUMARÉ (HES) - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP), CAMPINAS - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL CENTRO MÉDICO DE CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL.

RESUMO:

Introdução: O câncer de tireoide é a neoplasia maligna mais comum do sistema endócrino e sua incidência vem apresentando progressivo aumento nas últimas décadas, principalmente o tipo carcinoma papilífero. Os diferentes tipos histológicos apresentam evolução e prognósticos distintos.Objetivo: O objetivo desse estudo é analisar as características dos exames anátomo-patológicos de pacientes submetidos a tireoidectomia total por neoplasia maligna no Hospital Estadual de Sumaré.Método: Foram analisados 62 casos cujo anátomo-patológico da peça confirmou o diagnóstico de neoplasia maligna (câncer) de tireoide; estes foram selecionados dentre um total de 361 casos de tireoidectomia total no período de Janeiro de 2013 a Dezembro de 2016.Resultados: 58 casos (93,54%) apresentavam histologia de carcinoma papilífero, sendo 2 (3,22%) carcinomas foliculares, 1 (1,6%) carcinoma medular e 1 (1,6%) carcinoma anaplásico. 47 casos (75,8%) apresentavam foco único e 15 casos (24,19%) apresentavam 2 ou mais focos. Não houve comprometimento de margens em nenhum dos casos. A invasão angiolinfática ocorreu em 7 casos (11,2%), sendo a extensão extratireoidiana presente em 8 casos (12,9%). Os tumores apresentaram-se, em sua maioria, menores que 2 cm (35 casos ? 56,45%), sendo maiores que 2 cm em 27 casos (43,54%).Conclusões: Em nosso estudo houve maior prevalência do sexo feminino (85%) e média de idade de 45 anos, achados de acordo com a literatura mundial. A maior parte dos casos consiste em tumores menores que 2 cm, bem diferenciados, sem invasão angiolinfática e restritos à cápsula tireoidiana. No entanto, o carcinoma papilífero mostrou prevalência muito superior (93%) em nosso trabalho do que outros estudos semelhantes na literatura, o que pode ser explicado pelo número reduzido de casos da amostra porém é possível que esse achado seja reflexo da tendência mundial de aumento de incidência do carcinoma papilífero dentre os outros tipos de câncer de tireoide. O comportamento favorável dessa neoplasia e seus altos índices de cura reforçam a necessidade de novos estudos, na tentativa de estabelecer melhor os fatores causais para cada tipo de câncer de tireoide e como contribuem com o prognóstico e evolução dessa doença.Bibliografia: Perros P,Boelaert K,Colley S,Evans C,Evans RM, Gerrard Ba G, et al.Guidelines for the management of thyroid cancer. Clin Endocrinol (Oxf) 2014;81 Suppl 1:1-122.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1982

TÍTULO DO TRABALHO: ACHADOS CITOPATOLÓGICOS DE PUNÇÃO ASPIRATIVA DE PACIENTES COM CÂNCER DE TIREÓIDE SUBMETIDOS A TIREOIDECTOMIA TOTAL NO HOSPITAL ESTADUAL DE SUMARÉ

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GUSTAVO PAMPOLHA GUERREIRO1; BRUNO LOMBARDI FARIAS2; JAQUELINE GOMES DA SILVEIRA3; REBECA MARIA DE OLIVEIRA DIAS1; ALFIO JOSE TINCANI1; HUGO KENZO AKASHI3; ANTONIO SANTOS MARTINS1; ANDRE DEL NEGRO1. 1. HOSPITAL ESTADUAL DE SUMARÉ (HES) - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP), CAMPINAS - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL CENTRO MÉDICO DE CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL; 3. HOSPITAL ESTADUAL DE SUMARÉ (HES) - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP), CAMPINAS - PB - BRASIL.

RESUMO:

OBJETIVOA análise citológica de nódulos tireoidianos por punção aspirativa por agulha fina (PAAF) utiliza a Classificação de Bethesda para predizer o risco de malignidade. No entanto, tem sido observada divergência entre resultados cito e anatomopatológicos na literatura. O objetivo deste estudo foi avaliar a citologia pré-operatória e correlacionar com o resultado anatomopatológico. MÉTODOForam incluídos 218 pacientes que apresentavam PAAF pré-operatória, operados de janeiro de 2013 a junho de 2016 no Hospital Estadual Sumaré. Os pacientes foram divididos em 2 grupos segundo o sistema de Bethesda ? PAAF não maligna (I a IV) e PAAF maligna (V e VI) ? para serem calculados: valor preditivo positivo (VPP) e negativo (VPN), e falso postitivo (FP) e negativo (FN). RESULTADOSA correlação entre malignidade ao anatomopatológico e a classificação de Bethesda foi a seguinte: Bethesda I ? 2/27 (7,41%); Bethesda II ? 16/112 (14,29%); Bethesda III ? 12/40 (30%); Bethesda IV ? 5/15 (33,33%); Bethesda V ? 11/15 (73,33%); Bethesda VI ? 9/9 (100%). O VPP da PAAF para malignidade foi de 83,33%; e o VPN 81,96%. A taxa de FP foi de 1,83% e de FN de 16,06%. CONCLUSÃOHouve prevalência de câncer acima do esperado pela Classificação de Bethesda nas categorias I a III.BIBLIOGRAFIAPusztaszeri M, Rossi ED, Auger M et al. The Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology: Proposed Modifications and Updates for the Second Edition from an International Panel. Acta Cytologica 2016;60:399?405 Misiakos EP, Margari N, Meristoudis C et al. Cytopathologic diagnosis of fine needle aspiration biopsies of thyroid nodules. World J Clin Cases 2016; 4(2): 38-48 Ugurluoglu C, Dobur F, Karabagli P et al. Fine needle aspiration biopsy of thyroid nodules: cytologic and histopathologic correlation of 1096 patients. Int J Clin Exp Pathol. 2015; 8(11): 14800?14805 Krauss EA, Mahon M, Fede JM et al. Application of the Bethesda Classification for Thyroid Fine-Needle Aspiration: Institutional Experience and Meta-analysis. Arch Pathol Lab Med. 2016 Oct;140(10):1121-31 Lee YB, Cho YY, Jang JY. Current status and diagnostic values of the Bethesda system for reporting thyroid cytopathology in a papillary thyroid carcinoma-prevalent area. Head Neck. 2017 Feb;39(2):269-274 Straccia P, Rossi ED, Bizzarro T et al. A Meta-Analytic Review of the Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology: Has the Rate of Malignancy in Indeterminate Lesions Been Underestimated? Cancer (Cancer Cytopathol)2015;123:713-722

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2206

TÍTULO DO TRABALHO: ACHADOS ULTRASSONOGRÁFICOS DE TIREÓIDE PREDITIVOS DE MALIGNIDADE E CORRELAÇÃO COM RESULTADOS ANATOMO PATOLOGICOS DE TIREOIDECTOMIA TOTAL

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JAQUELINE GOMES DA SILVEIRA1; BRUNO LOMBARDI FARIAS2; GUSTAVO PAMPOLHA GUERREIRO1; REBECA MARIA DE OLIVEIRA DIAS1; ALFIO JOSE TINCANI1; HUGO KENZO AKASHI1; ANTONIO SANTOS MARTINS1; ANDRE DEL NEGRO1. 1. HOSPITAL ESTADUAL DE SUMARÉ (HES) - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP), CAMPINAS - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL CENTRO MÉDICO DE CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL.

RESUMO:

Introdução: O câncer de tireoide corresponde a 1% de todos os tumores malignos na faixa etária dos 30 aos 74 anos e representa hoje cerca de 2,5% dos casos de câncer no país. Portanto, trata-se de patologia que ganha importância na sua investigação e tratamento. A maioria dos pacientes tem o diagnóstico do câncer tireoidiano realizado após a identificação de nódulos tireoidianos em exames de rotina. O US cervical pode identificar estes nódulos, bem como classificá-los em menor ou maior risco para neoplasia maligna. Objetivo: Analisar as características dos exames ultrassonográficos preditivas de malignidade para selecionar pacientes que necessitam de aprofundar a investigação dos seus nódulos Métodos: Selecionamos 59 pacientes submetidos a tireoidectomia total no Hospital Estadual de Sumaré entre Janeiro de 2013 e Junho de 2016 devido a presença de nódulos tireoidianos cujos diagnósticos finais foram neoplasia de tireóide. Estudamos 107 nódulos suas principais características preditivas de malignidade. Resultados: A hipoecogênicidade foi a característica preditiva de malignidade mais prevalente entre os nódulos, presente em 43 nódulos(40,18%), enquanto que a presença de microcalcificações foi o achado menos prevalente, presente em 9 nódulos (8,41%) . A presença de pelo menos uma características suspeita de malignidade no US foi observada em 94 nódulos(87,85%). Observou-se que 17(12,14%) nódulos não apresentaram nenhuma característica preditiva de malignidade. Conclusões: A maioria dos nódulos neoplásicos apresenta pelo menos uma característica ultrassonográfica preditiva de malignidade, o que confirma a importância da realização de um US detalhado, já que permite uma melhor seleção dos pacientes com nódulos tireoidianos que necessitam de investigação detalhada .Bibliografias:1 Seo H, Na DG, Kim JH, Kim KW, Yoon JW.Ultrasound-based risk stratification for malignancy in thyroid nodules: a four-tier categorization system.Eur Radiol 2015;25:2153-2162.2.Perros P,Boelaert K,Colley S,Evans C,Evans RM, Gerrard Ba G, et al.Guidelines for the management of thyroid cancer. Clin Endocrinol (Oxf) 2014;81 Suppl 1:1-122. 3.Na DG, Kim JH, Kim DS, Kim SJ. Thyroid nodules with minimal cystic changes have a low risk of malignancy. Ultrasonography 2016;35:153-158.4.Cheng SP,Lee JJ,Lin JL,Chuang SM,Chien MN,Liu CL.Characterization of thyroid nodules using the proposed thyroid imaging reporting and data system (TI-RADS). Head Neck 2013;35:541-547.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2480

TÍTULO DO TRABALHO: Análise crítica do decaimento marginal do PTH intra-operatório

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARIANA JUNQUEIRA REIS ENOUT; JOÃO HENRIQUE ZANOTELLI DOS SANTOS; ADRIANA TERUMI SHIMOZONO; LARISSA IZUMI FUJII; THATIANA GUERRIERI; RODRIGO OLIVEIRA SANTOS; MURILO CATAFESTA DAS NEVES. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

Introdução: O hiperparatireoidismo primário (HPTP) é uma desordem metabólica hipercalcêmica, resultante da secreção elevada ou inapropriadamente normal do paratormônio. O tratamento padrão ouro é a cirurgia. A dosagem do PTH intra-operatório e a avaliação do seu decaimento é utilizado para orientar o fim do procedimento, consideramos uma queda superior a 50% do nível sérico basal como preditora de cura. [2, 6].Objetivo: Descrever e explorar os níveis séricos de cálcio e PTH dos pacientes com HPTP submetidos à cirurgia. Mais especificamente, avaliar o impacto da queda marginal (50-80%) do PTH intra-operatório e sua relevância clínica para predição de sucesso operatório a longo prazo.Método: Trata-se de um estudo do tipo coorte, desenvolvido a partir do levantamento documental dos dados coletados nos prontuários dos pacientes submetidos à paratireoidectomia por Hiperparatireoidismo primário pela equipe de cirurgia de cabeça e pescoço da Universidade Federal de São Paulo, entre os anos de 2000 e 2016.Resultados: Obtivemos uma amostra com 141 pacientes, majoritariamente do sexo feminino (85,88%). Os níveis séricos de cálcio ionizável pré-operatório foram de 1,48 mg/dL e os de PTH foram 369,33 pg/mL. Foi observada um índice de cura de 92,6% com normalização do cálcio no primeiro mês pós-operatório e de 98,5% ao fim do primeiro ano. Porém, os pacientes com decaimento marginal (50-80%) do PTH intra-operatório, que representaram 42,55% do total, evoluíram com índice de recidiva entre 5-8,3% a longo prazo, significantivamente superior aos 2,1% daqueles com queda superior a 80% no PTH intra-operatório.Conclusão: O decaimento marginal do PTH intra-operatório prediz um maior índice de recidiva do hiperparatireoidismo, a longo prazo, em relação àqueles pacientes cujo decaimento do PTH foi superior à 80%. Portanto, concluímos que os doentes com decaimento do PTH intra-operatório entre 50-80% devem ser seguidos com cautela por um período prolongado após o tratamento cirúrgico.Bibliografia:1- Bilezikian JP, Brandi ML, Eastell R, et al. Guidelines for the management of asymptomatic primary hyperparathyroidism: summary statement from the Fourth International Workshop. J Clin Endocrinol Metab. 2014;99(10):3561?3569.2- Khan, A.A., Hanley, D.A., Rizzoli, R. et al. Primary hyperparathyroidism: review and recommendations on evaluation, diagnosis, and management. A Canadian and international consensus. Osteoporos Int (2016). doi:10.1007/s00198-016-3716-2

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 938

TÍTULO DO TRABALHO: ANALISE DAS COMPLICAÇÕES DA TRANSPOSIÇÃO VISCERAL POS FARINGOLARINGOESOFAGECTOMIA CIRCULAR NO CARCINOMA AVANÇADO DA HIPOFARINGE E ESOFAO CERVICAL

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOSE LUIS BRAGA DE AQUINO1; JOSE FRANCISCO SALLES CHAGAS1; MARIA BEATRIZ NOGUEIRA PASCOAL1; LUIS ANTÔNIO BRANDI FILHO1; DOUGLAS ALEXANDRE RIZZANTI PEREIRA1; FERNANDA FRUET2; FELIPE RAULE MACHADO1; JOÃO PAULO ZENUM RAMOS1. 1. PUC CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL; 2. PUC C AMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL.

RESUMO:

OBJETIVO:Avaliar as complicações da reconstrução faringo esofagica pela transposição visceral pos faringolaringoesofagectomia (FLE) cervical circular em uma serie de pacientes com carcinma de hipofaringe(HF) e esofago cervical(EC).METODO:Julho de 1996 a Dezembro de 2016, 74 pacientes com carcinoma espinocelular de HF e EC foram submetidos a faringolaringoesofagectomia circular cervical/toracica com esvaziamento cervical uni ou bilateral. Houve predominio do sexo masculino em 59p(78,3%), com idade variavel de 53 a 74anos. Os pacientes foram divididos em 2 GRUPOS :A- 45p(60,8%) submetidos a FLE cervical sendo que em 41p a reconstrução foi realizada com tubo gastrico isoperistaltico de grande curvatura (TGI) e 4p com retalho microcirurgico de jejuno. GRUPO B:29p(39,2%) submetidos a FLE total com ressecçõ do esofago toracico, sendo a reconstrução do transito realizada com o estomago em 27p e com o coloo em 2p.RESULTADOS: COMPLICAÇÕES SISTEMICAS: GRUPO A: 6p(13,3%)(CV- 2;Pulmonar -3;Sepsis -1), com obito em 1p(2,2%) . GRUPO B:12p(42,7%) (CV-4; Pulmonar -7; CIVD -1) com obito em 3p(10,3%). COMPLICAÇÕES LOCAIS: GRUPO A: 26p(57,7%) (Deiscência/estenose da anastomose glossogastrica/jejunal-24p; necrose parcial/total TGI-2p com obito em 1p(2,2%). GRUPO B:11p(37,9%) (Deiscência/estenose da anstomose glossogastrica/colo -8p; Necrose gastrica parcial-2p; lesão traqueal-1p) com obito em 1p(3,4%).CONCLUSÕES: A reconstrução com TGI e a transposição gastrica/colo são procedimentos com alto indice de morbidade mas com boa resolutividade , tendo proporcionado um resgate da deglutição de maneira satisfatoria na maioria dos pacientes em que se conseguiu realizar seguimento . A transposiçao gastrica/colo apresentou maior indice de complicações sistemicas por necessitar da ressecção esofagica por via transmediastinal

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2327

TÍTULO DO TRABALHO: Análise descritiva da taxa de complicação das traqueostomias de urgência na Santa Casa de São Paulo

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: KASSEM SAMIR SALEH; CAROLINE SCHMIELE NAMUR; MARIANNE Y. NAKAI; NORBERTO KODI KAVABATA; HELVECIO DE RESENDE URBANO NETO; ALEXANDRE BABÁ SUEHARA; MARCELO BENEDITO MENEZES; ANTONIO JOSE GONÇALVES. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

A Traqueostomia de Urgência é um procedimento invasivo realizado em centro cirúrgico ou no Pronto Socorro (PS) a fim de restabelecer via aérea superior dos pacientes com insuficiência respiratória aguda (IRAg), causada, principalmente, por tumor obstrutivo de via aérea superior, paralisia de pregas vocais, estenose laringotraqueal e decanulação acidental.Objetivo: Descrever a experiência do serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Santa Casa de São Paulo em traqueostomia de urgência.Método: Levantamento das traqueostomias de urgência realizadas de 2013 a 2017, avaliando idade, sexo, diagnóstico inicial e complicações precoces (menos de 7 dias).Resultados: Foram levantados e descritos 135 casos, sendo 109 homens e 26 mulheres subdivididos em categorias como tumor obstrutivo de via aérea superior(117 casos), paralisia de pregas vocais(5), estenose laringotraqueal(9), decanulação acidental(3) e pós laringectomia supraglótica(1) e suas taxas de complicações, sendo, respectivamente, 5,9%, 0, 11,1%, 0 e 0. Observou-se um total de 8 complicações (5,9%), tais como pneumotórax unilateral (2,9%); bilateral (0,74%); enfisema subcutâneo (0,74%); infecção da ferida operatória (0,74%) e perda da cânula (0,74%). 84 traqueostomias foram realizadas em centro cirúrgico, sendo que houve 5 complicações(6,1%) e 51 no PS, com 3 complicações (3,5%).Conclusões: A Traqueostomia de Urgência é procedimento que traz efetiva taxa de sucesso no nosso serviço devido à pequena taxa de complicação de 5,9% em até 7 dias de pós-operatório.Bibliografia:Cheung NH, Napolitano LM. Tracheostomy: epidemiology, indications, timing, technique, and outcomes. Respir Care. 2014;59(6):895-915Añón JM, Araujo JB, Escuela MP, González-Higueras E. Percutaneous tracheostomy in the ventilated patient. Med Intensiva. 2014 ;38(3):181-93.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1868

TÍTULO DO TRABALHO: ASSOCIAÇÃO ENTRE CARCINOMA DE PARATIREOIDE E PARATORMÔNIO EM PACIENTES COM HIPERPARATIREOIDISMO PRIMÁRIO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ADRIANA TERUMI SHIMOZONO; JOÃO HENRIQUE ZANOTELLI DOS SANTOS; MARIANA JUNQUEIRA REIS ENOUT; LARISSA IZUMI FUJII; THATIANA GUERRIERI; RODRIGO OLIVEIRA SANTOS; MURILO CATAFESTA DAS NEVES. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

INTRODUÇÃO: O hiperparatireoidismo primário é uma desordem hipercalcêmica decorrente de um aumento inapropriado da secreção do paratormônio (PTH). Uma de suas causas é o carcinoma de paratireoide. Trata-se de uma neoplasia maligna rara com apresentação clínica semelhante às afecções benignas. Contudo, seu prognóstico é desfavorável com altas taxas de recidiva e persistência.OBJETIVOS: Avaliar se pacientes que apresentam valores elevados de PTH (acima de 1000 pg/mL) apresentam maior incidência de carcinoma de paratireoide. O objetivo deste estudo visa aumentar o grau de suspeição clínica pré-operatória para reduzir a taxa de recidiva e consequentemente, a morbimortalidade.CASUÍSTICA E MÉTODOS: Estudo individual, observacional de coorte com aferição retrospectiva de pacientes que apresentaram hiperparatireoidismo primário e foram submetidos à cirurgia de paratireoidectomia durante o período compreendido entre 2000 a 2016.RESULTADOS: Foram encontrados 239 pacientes elegíveis para o estudo. Os níveis de PTH variaram de 55 a 2800 pg/mL. Para avaliar associação estatística entre os valores de PTH e a incidência de carcinoma de paratireoide, a amostra foi dividida em dois grupos (PTH1000 pg/mL). 199 pacientes (83,2%) apresentavam-se no primeiro grupo, enquanto que 40 pacientes (16,7%) encontravam-se no segundo grupo. Quanto ao resultado de anatomia patológica da peça cirúrgica, 147 pacientes (61,5%) apresentavam adenoma, adenoma atípico foi encontrado em 8 pacientes (3,3%) e 63 (26,3%), hiperplasia. Em 11 pacientes (4,6%) foi observada paratireoide normal e 10 pacientes (4,2%) apresentavam carcinoma de paratireoide. Houve associação estatisticamente significante (p=0,002) entre PTH elevado (PTH>1000 pg/mL) e frequência de carcinoma nos pacientes com hiperparatireoidismo primário.CONCLUSÃO: O nível de PTH elevado acima de 1000 pg/mL está associado com a maior incidência de carcinoma de paratireoide, sendo, portanto, um importante marcador de suspeição clínica. No entanto, visto tratar-se de uma doença rara, o carcinoma de paratireoide permanece como um desafio diagnóstico e terapêutico.BIBLIOGRAFIA:1) Santos RO, Ohe MN, Neves MC. Hiperparatireoidismo. In: Ganança FF, Pontes P. Manual de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço. Barueri: Manole, 20112) Quinn CE, Healy J, Lebastchi AH, et al. Modern Experience with Agressive Parathyroid Tumors in a High-Volume New England Referral Center. J Am Coll Surg. 2015 Jun; 220(6):1054-62.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2274

TÍTULO DO TRABALHO: Avaliação da função renal em pacientes submetidos à paratireoidectomia por hiperparatireoidismo primário

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOÃO HENRIQUE ZANOTELLI DOS SANTOS1; ADRIANA TERUMI SHIMOZONO1; MARIANA JUNQUEIRA REIS ENOUT1; THATIANA GUERRIERI2; LARISSA IZUMI FUJII1; RODRIGO OLIVEIRA SANTOS1; MURILO CATAFESTA DAS NEVES2. 1. UNIFESP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. UNIFESO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

Introdução O hiperparatireoidismo primário (HPTP) é uma desordem metabólica hipercalcêmica, resultante da secreção elevada ou inapropriadamente normal do paratormônio. O tratamento cirúrgico é considerado padrão ouro. Vários estudos observaram alteração da função renal nestes pacientes após o procedimento, no entanto os fatores de risco ainda não são conhecidos.Objetivo: Este é um estudo do tipo coorte, cujo objetivo principal é descrever e explorar a variação da função renal no pós-operatório dos pacientes com HPTP submetidos à cirurgia no Hospital São Paulo. O objetivo específico é avaliar quias são os possíveis fatores de risco independente e dependentes para a queda da função renal.Método: Realizado levantamento documental nos prontuários dos pacientes submetidos à PTX por HPT pela equipe de cirurgia de cabeça e pescoço da Universidade Federal de São Paulo, entre janeiro de 2010 e dezembro de 2016. Os paciente foram divididos em dois grupos de acordo com a taxa de filtração glomerular (TFG) prévia à cirurgia.Resultados: Foram incluídos 78 pacientes, sendo a maior parte (84,6%) do sexo feminino. .Os níveis médios de cálcio total e ionizável pré-operatório foi de 11,7 mg/dL e 1,61 mmol/L para o grupo I (TFG > 60) e de 13,3 mg/dL e 1,72 mmol/L para o grupo II, houve normalização dos níveis de cálcio no pós-operatório. O PTH pré-operatório médio foi de 241 pg/mL no grupo I e de 1008,5 pg/mL no grupo II, já a creatinina pré-operatória de 0,76 mg/dL e de 2,42 mg/dL para os grupos I e II (TFG de 90,4 e 31,9 mL/min/1.73 m2 respectivamente). Ambos os grupos apresentaram piora significativa da função renal nas primeiras 48 horas, com recuperação gradual, mas não total dos níveis de creatinina e da taxa de filtração glomerularConclusão: A queda rápida e acentuada do PTH parece induzir a uma insuficiência renal transitória, independente da função renal prévia dos pacientes, principlamente nos primeiros 4 dias após a cirurgia, havendo tendência de normalização da função renal ainda no primeiro mês, porém sem completa recuperação no primeiro ano após a cirurgia.Bibliografia:1- Khan, A.A., Hanley, D.A.et al. Primary hyperparathyroidism: review and recommendations on evaluation, diagnosis, and management. A Canadian and international consensus. Osteoporos Int (2016).2- Felsenfeld AJ, Levine BS, Kleeman CR. Fuller Albright and our current understanding of calcium and phosphorus regulation and primary hyperparathyroidism. Nefrologia (English Version) 2011;31:346-57

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2285

TÍTULO DO TRABALHO: COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS CITOLÓGICO E PATOLÓGICO EM PACIENTES SUBMETIDOS A TIREOIDECTOMIA TOTAL POR NÓDULOS BETHESDA III NO HOSPITAL ESTADUAL DE SUMARÉ

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: REBECA MARIA DE OLIVEIRA DIAS; ANDRE DEL NEGRO; HUGO KENZO AKASHI; ALFIO JOSE TINCANI; ANTONIO SANTOS MARTINS; GUSTAVO PAMPOLHA GUERREIRO; FERNANDA TELLES SALLES; JAQUELINE GOMES DA SILVEIRA. UNICAMP, CAMPINAS - SP - BRASIL.

RESUMO:

OBJETIVO: Avaliar o índice de malignidade da PAAF Bethesda classe III (lesões foliculares com atipias de significado indeterminado) nos pacientes submetidos a tireoidectomia total no Hospital Estadual de Sumaré (HES).MÉTODOS: Análise retrospectiva dos 47 pacientes submetidos a tireoidectomia total de 2009 a 2016 com achados citológicos compatíveis com classificação III de Bethesda, avaliação descritiva dos achados histológicos, ultrassonográficos, intra-operatórios e aspectos clínicos (exposição à radiação e hipo/hipertireoidismo), e cálculo da incidência de neoplasias nesses pacientes.RESULTADO: Dos 47 pacientes com citologia Bethesda III submetidos a tireoidectomia total, foram diagnosticados 13 (28%) pacientes com neoplasia de tireoide e 34 (72%) com achados benignos. Dos pacientes com histologia evidenciando neoplasia 10 são mulheres e 3 são homens (100% do total de homens do estudo). A cirurgia foi realizada em 7 (53%) pacientes por nódulos > 2 cm, 4 (30%) apresentavam sintomas compressivos, 4 (30%) achados da USG sugestivos de malignidade, 2 (15%) por repunção e apenas 2 (15%) considerados como cancerofobia. Os achados intra-operatórios, como nódulos endurecidos, linfonodos aderidos e aderência da glândula à traqueia ou músculos foram observados em apenas 3 pacientes. 6 pacientes apresentaram hipotireoidismo e 1 hipertireoidismo. Apenas 1 sofreu exposição à radiação.CONCLUSÃO: O índice de malignidade encontrado nos pacientes do estudos com PAAF Bethesda III submetidos a tireoidectomia total no HES é 2 vezes maior que o encontrado na literatura (28% vs 5-15%). Os resultados apontam a necessidade de uma avaliação criteriosa dos pacientes que irão realizar tratamento clínico pelo risco de neoplasia e um seguimento rigoroso com exame de USG e punções seriadas. Considerar a possibilidade de tratamento cirúrgico se alterações nas características da nova PAAF ou do ultrassom. Achados de malignidade no exame de USG e na história clínica do paciente são fatores fundamentais na escolha do melhor tratamento.Straccia P et al. A Meta-Anaytic review of the Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology. Cancer Cytopathology, 2015; 126 (12): 713-22.Rosário PW et al. Thyroid nodules and differentiated thyroid cancer: update on the Brazilian consensus. Arq Bras Endocrin Metab vol.57 no.4.2013Rosmarin M et al. Analysis of Clinical and Ultrasound Features of Thyroid Nodules With Bethesda III Cytology and their Evolution. Rev arg endocrin metab. vol.52 no.1. 2015.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2336

TÍTULO DO TRABALHO: DOSAGEM INTRAOPERATÓRIA DO HORMÔNIO DA PARATIREOIDE NO TRATAMENTO CIRÚRGICO DO HIPERPARATIREOIDISMO EM PACIENTES DIALÍTCOS E EM TRANSPLANTADOS RENAIS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANDRÉ ALBUQUERQUE SILVEIRA1; CLIMÉRIO PEREIRA DO NASCIMENTO JUNIOR1; MARÍLIA D`ELBOUX GUIMARÃES BRESCIA1; SERGIO SAMIR ARAP1; MONIQUE NAKAYAMA OHE2; RODRIGO OLIVEIRA SANTOS2; FABIO LUIZ DE MENEZES MONTENEGRO1. 1. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

OBJETIVO: Analisar se o tempo de decaimento e a intensidade da queda são diferentes na dosagem intraoperatória do hormônio da paratireoide (PTH) durante paratireoidectomia no tratamento do hiperparatireoidismo renal de pacientes em diálise (HPT2) ou transplantados renais (HPT3).MÉTODO: Estudo retrospectivo de pacientes com HPT2 e HPT3 submetidos a tratamento cirúrgico, em uma única instituição. Foram pesquisadas a intensidade da queda do PTH (em redução percentual), em diferentes momento da operação, a saber: PTH BASAL (coleta no início da operação), PTH PRE (apos identificação a e antes da retirada das paratireoides), PTH 10min (coleta 10 minutos apos a retirada das paratireóides) e PTH 15min (coleta 15 minutos após a retirada das paratireóides)RESULTADOS: As medianas do PTH em pg/mL no HPT2 foram PTH BASAL 1833, PTH PRE 1450, PTH 10min 254 e PTH 15min 220,5. No HPT 3 foram PTH BASAL 402 , PTH PRE 378, PTH 10min 77 e PTH 15min 56,5. A queda do PTH 10 min foi significativa em relação ao valor do PTH BASAL nos dois grupos. A medida do PTH 15 min não variou significativamente da medida do PTH 10 min. A mediana da intensidade de queda do PTH 10 min em relação ao PTH BASAL foi de 85,3% no HPT2 e de 84,5% no HPT3, sem diferença significativa entre ambos.CONCLUSÃO: O PTH intra-operatório apresenta queda significativa já em 10 minutos após a paratireoidectomia tanto em pacientes dialíticos como em transplantados renais, com intensidade semelhante apesar da diferença de função renal nos dois grupos.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2181

TÍTULO DO TRABALHO: Efeito da fila cirúrgica de pacientes submetidos a paratireoidectomia por hiperparatireoidismo secundário intratável: análise de sobrevida em um hospital quaternário

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LIA ROQUE ASSUMPCAO; ISADORA DE PAULA RAMOS; MAÍRA DA CRUZ GONÇALVES LEAL; MARIA CRISTINA ARAUJO MAYA. UERJ, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: Pacientes com hiperparatireoidismo secundário(HTPS) serão submetidos a paratireoidectomia(PTX), variando de 10% a 30%, ao longo de mais de 10 anos de hemodiálise. Poucos centros no Brasil realizam a PTX gerando longa espera até sua realização. O presente estudo objetiva avaliar quais fatores clínicos, laboratoriais e tempo de espera na fila podem impactar na sobrevida dos pacientes operados e daqueles que permanecem em tratamento clínico apesar da indicação de PTX. Método: Estudo observacional de coorte retrospectiva entre 2009 e 2016 onde 44 pacientes foram submetidos a PTX (31) e outros (13) permaneceram com tratamento clínico. Foi realizada comparação das variáveis clinicas e laboratoriais e análise de sobrevida pelos métodos de Kaplan-Meier e regressão pelo modelo de Cox. Resultados: Pacientes submetidos a PTX foram mais jovens (média 44,7 vs 54,3anos, p=0,03), possuíam o PTH (média 2578 vs 1837 pg/ml, p=0,01) e produto Cálcio Fósforo (média 66,2 vs 47,5, p=0,04) mais altos que os não operados, porém tiveram tempo menor de permanência na fila (mediana 10 vs 22 meses, p=0,03). No pós-operatório sete pacientes tiveram complicações clínicas cardiológicas e pulmonares (1 deles evoluiu para óbito) e dois pacientes com complicações cirúrgicas. Os que permanecem na fila têm piora de sobrevida (48 vs 87 meses, log-rank=0,015) e, em análise por regressão univariada de Cox, quem ficou da fila tem 10 vezes (p=0,047) mais chance de morrer, assim como os pacientes que sofreram infarto agudo miocárdio prévio (RR 10,3, p=0,01) e pacientes mais idosos (RR 1,1 por cada ano adicional, p=0,02). Nenhum desses elementos foi fator independente de morte no modelo Cox multivariado, por provável colinearidade. Conclusão: Pacientes com HTPS e que esperam a cirurgia apesar de já possuírem indicação de PTX possuem um risco bem elevado de morte. Infarto agudo do miocárdio prévio e idade por ano também foram fatores preditores de risco de vida nesta coorte de pacientes. Otimizar a fila de pacientes com HTPS e PTX pode melhorar a sobrevida desta população.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 3014

TÍTULO DO TRABALHO: Estudo retrospectivo da prevalência dos tipos de cirurgias de tireóide na Santa Casa de São Paulo entre 1991 e 2010

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: KASSEM SAMIR SALEH; CAROLINE SCHMIELE NAMUR; GIULIANA OLIVI TANAKA; RODRIGO SALMERON DE TOLEDO AGUIAR; MARIANNE Y. NAKAI; ANTONIO AUGUSTO TUPINAMBA BERTELLI; MARCELO BENEDITO MENEZES; ANTONIO JOSE GONÇALVES. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: Observar as mudanças ocorridas no tratamento cirúrgico das afecções da glândula tireóide entre 1991 e 2010 no Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Santa Casa de São Paulo e mostrar as diferenças das características histopatológicas que levaram a indicações cirúrgicas neste período.Método: Estudo retrospectivo através da revisão dos prontuários dos doentes submetidos à cirurgia da tireóide no período entre 1991 e 2010, levando em conta o tipo de cirurgia realizada e o tipo histológico que causou a doença. Houve divisão dos pacientes em dois grupos: de 1991 a 2000 (primeira década) e de 2001 a 2010 (segunda década). Critérios de inclusão: disponibilidade do prontuário e presença da descrição cirúrgica e dos resultados dos exames anatomopatológicos. Critérios de exclusão: indisponibilidade dos dados acima ou dos prontuários e impossibilidade de identificar os dados desejados nas anotações.Resultados: 1412 prontuários atenderam aos critérios de estudo, sendo 664 na primeira década e 748 na seguinte.Entre 1991 e 2000, houve um número alto de tireoidectomias parciais, quase 50% do total (319 casos) e um baixo de tireoidectomias totais (212 casos). Ainda, observamos um número não desprezível de tireoidectomias subtotais, notadamente usadas no tratamento do bócio difuso tóxico (doença de Graves). Na década seguinte, observamos o desaparecimento quase total desse tipo de cirurgia, a tireoidectomia total passando a ser empregada de forma mais ampla (70% do total, 524 casos) e a tireoidectomia parcial perdendo espaço (24%, 180 casos). Os outros 6% são representados por istmectomias, nodulectomias e tireoidectomias subtotais. Também notamos mudanças nas incidências dos tipos histológicos operados. Na primeira década, havia uma prevalência de bócios uninodulares benignos (44%, 294 casos) e multinodulares (209 casos, 31%).Conclusões: A tireoidectomia total tornou-se prevalente sobre as demais técnicas no transcorrer dos anos, assim como aumentaram as indicações cirúrgicas devido a doenças malignas.Bibliografia: Padur AA, Kumar N, Guru A, Badagabettu SN, Shanthakumar SR, Virupakshamurthy MB, Patil J. Safety and Effectiveness of Total Thyroidectomy and Its Comparison with Subtotal Thyroidectomy and Other Thyroid Surgeries: A Systematic Review. J Thyroid Res. 2016;2016:7594615.Fortuny JV, Guigard S, Karenovics W, Triponez F. Surgery of the thyroid: recent developments and perspective. Swiss Med Wkly. 2015;145:w14144.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2469

TÍTULO DO TRABALHO: EXISTE UMA TENDÊNCIA À RECIDIVA DO HIPERPARATIREOIDISMO SECUNDÁRIO APÓS A PARATIREOIDECTOMIA?

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CLIMÉRIO PEREIRA DO NASCIMENTO JUNIOR1; SERGIO SAMIR ARAP2; MARÍLIA D`ELBOUX GUIMARÃES BRESCIA2; FABIO LUIZ DE MENEZES MONTENEGRO2. 1. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP E HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: Avaliar a prevalência da recidiva a longo prazo do hiperparatireoidismo secundário (HPT2) após paratireoidectomia total com auto-enxerto (PTX-AE).Método: Estudo prospectivo de pacientes submetidos à PTX-AE por HPT2 à doença renal crônica dialítica.Resultados: Cinquenta e três pacientes foram submetidos à PTX-AE em antebraço com ressecção de pelo menos 4 paratireoides para o tratamento de HPT2, no período de 2008 a 2010. Foram acompanhados por até 5 anos com coletas laboratoriais períodicas. Cinco e quatro pacientes faleceram nos primeiro e segundo anos de acompanhamento, respectivamente. Dois pacientes apresentaram persistência da doença e abandonaram o acompanhamento. Dos 46 pacientes com mais de um ano de acompanhamento, 1 paciente (2%) nunca apresentou níveis séricos detectáveis de paratormônio (PTH), 1 paciente (2%) apresentou nivel sérico detectável de PTH com posterior perda da função do auto-enxerto, 1 paciente (2%) teve recidiva do HPT2 devido paratireoide extra-numerária remanescente e 1 paciente (2%) teve recidiva da doença relacionada ao auto-enxerto. Dos 26 pacientes acompanhados por 5 anos, 24 pacientes (92%) apresentaram níveis séricos estáveis de PTH ao longo do tempo e 1 paciente (4%), recidiva relacionada ao auto-enxerto de paratireoide.Conclusão: A maioria dos pacientes submetidos à PTX-AE não apresentou tendência à recidiva do hiperparatireoidismo a longo prazo.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1914

TÍTULO DO TRABALHO: IMPACTO DA MONITORIZAÇAO NEUROFISIOLOGICA INTRAOPERATORIA NO TRATAMENTO CIRURGICO DOS SCHWANNOMAS DE TRONCOS NERVOSOS MOTORES DO PESCOÇO.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LUIZ CLAUDIO BOSCO MASSAROLLO1; ANTONIO AUGUSTO TUPINAMBA BERTELLI2; ROLANDO COSTA MONTEIRO2. 1. INSTITUTO DE ONCOLOGIA DE GUARULHOS E HOSPITAL SAMARITANO, SAO PAULO - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL SAMARITANO DE SP, SAO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

INTRODUÇÃO: O SCHWANNOMA É UM TUMOR RARO DA BAINHA DE NERVOS PERIFÉRICOS E A SUA OCORRÊNCIA EM TRONCOS MOTORES PRINCIPAIS DA FACE E PESCOÇO (VAGO, FACIAL, HIPOGLOSSO, PLEXO BRAQUIAL, ETC) É UM ADVENTO AINDA MAIS INCOMUM. A MANUTENÇAO DA FUNÇÃO NEURAL APÓS A RESSEÇAO É O PRINCIPAL DESAFIO DA ABORDAGEM CIRÚRGICA.OBJETIVO: DESCRIÇÃO DA EXPERIENCIA DO GRUPO NO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SCWHANNOMAS EXTRACRANIAIS DE TRONCOS MOTORES PRINCIPAIS (STMP) APÓS O ADVENTO DA MONITORIZAÇAO NEUROFISIOLÓGICA, POR ELETRONEUROMIOGRAFIA INTRAOPERATORIA (INM).MÉTODO: LEVANTAMENTO DE TODOS OS CASOS DE STMP OPERADOS PELOS AUTORES A PARTIR DE 2003, QUANDO INICIAMOS A UTILIZAÇÃO DA INM DE ROTINA, E CRUZAMENTO COM OS DADOS DA LITERATURA.RESULTADOS: NO PERÍODO DE 2003 A 2016 FORAM OPERADOS 6 PACIENTES, 1 COM TUMOR PRIMARIO DO NERVO FACIAL , TRÊS DO VAGO E DOIS DO PLEXO BRAQUIAL. 5 PACIENTES DO GÊNERO FEMININO E 1 DO GENERO MASCULINO. IDADE VARIANDO ENTRE 19 E 51 ANOS (MEDIA 31,80). NA LITERATURA SÃO DESCRITOS 2 CASOS DE FACIAL INTRAPAROTIDEO, 1 HIPOGLOSSO, 1 PLEXO BRAQUIAL E 4 NO VAGO, TODOS COM SUCESSO NA PRESERVAÇAO FUNCIONAL.DISCUSSÃO: O TRATAMENTO CIRÚRGICO DOS STMP NA REGIÃO DA CABEÇA E PESCOÇO APRESENTA ELEVADA FREQUENCIA DE LESÕES NEURAIS COM IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES. EM 2008, PUBLICAMOS UM TRABALHO UTILIZANDO A TÉCNICA DESENVOLVIDA PARA MONITORIZAÇÃO DE PARES CRANIANOS EM CIRURGIAS DA TIREOIDE E PARÓTIDA PARA RESSECÇAO SEGURA DOS TUMORES DO NERVO VAGO. POSTERIORMENTE A MESMA TÉCNICA FOI REPRODUZIDA, SENDO PROPOSTA PARA O TRATAMENTO DOS TUMORES ORIGINÁRIOS EM OUTROS NERVOS.CONCLUSÃO: A RESSECÇÃO DOS SMTP, SEMPRE QUE POSSÍVEL, DEVE OCORRER COM INM.BIBLIOGRAFIA:Vasileiadis I e cols. Association of Intraoperative Neuromonitoring With Reduced Recurrent Laryngeal Nerve Injury in Patients Undergoing Total Thyroidectomy. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 2016 1 142(10):994-1001.Imperatori A e cols. Cervico-mediastinal schwannoma of the vagus nerve: resection with intraoperative nerve monitoring. Updates Surg. 2011 63(1):59-61.Gibber MJ e cols. Enucleation of Vagal Nerve Schwannoma Using Intraoperative Nerve Monitoring. Laryngoscope, 2012, 122:790?792.Cavallaro G e cols. A literature review on surgery for cervical vagal schwannomas. World J Surg Oncol. 2015 29;13:130.Zheng Z e cols. Radical intracapsular microenucleation technique for exclusively intraparotid facial nerve schwannoma: Long-term follow-up review.J Craniomaxillofac Surg. 2016 44(12)):1963-1969.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1967

TÍTULO DO TRABALHO: Infecção dos espaços profundos do pescoço: análise de 318 casos e proposta de algoritmo de conduta

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ALEXANDRE BABÁ SUEHARA1; CAROLINE SCHMIELE NAMUR2; NORBERTO KODI KAVABATA2; WILLIAM KIKUCHI2; ANTONIO AUGUSTO TUPINAMBA BERTELLI2; ANDRÉ AFONSO NIMTZ RODRIGUES3; MARCELO BENEDITO MENEZES2; ANTONIO JOSE GONÇALVES2; MARIANNE Y. NAKAI2. 1. SANTA CASA DE SAO PAULO, SAO PAULO - SP - BRASIL; 2. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO, SAO PAULO - SP - BRASIL; 3. FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAI, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: Identificar os fatores preditivos de letalidade e complicações das infecções dos espaços profundos do pescoço com o intuito de estabelecer um tratamento mais agressivo antes de sua evolução para a mediastinite ou complicações graves, e propor uma diretriz de conduta para o seu diagnóstico e tratamento.Método: Estudo retrospectivo de 318 casos, tratados pela Disciplina de Cirurgia de Cabeça e Pescoço da FCMSCSP, onde foram analisados dados demográficos, as doenças associadas, a apresentação clínica, os exames laboratoriais, o tempo de permanência hospitalar, o número de espaços anatômicos acometidos, os achados cirúrgicos e a microbiologia, no intuito de estabelecer fatores de predição de letalidade e complicações graves dessas infecções cervicais.Resultados: Por meio de analise regressão logística, obtivemos que a presença de choque séptico apresenta risco de morte em 50%. Quanto ao risco de ocorrência de complicações, identificamos que o acometimento de mais de 02 espaços cervicais e idade mais avançada tem mais complicaçoes. A fasciite necrosante e o derrame pleural foram idenfificados como fatores de risco para mediastinite.Conclusões: O fator preditivo de morte é a presença de choque séptico. Os fatores preditivos de complicações são a idade e/ou a presença de três ou mais espaços anatômicos acometidos pela infecção. A fasciite necrosante é um fator importante para ocorrência de complicações e mediastinite descendente com taxa alta de letalidade alta.Bibliografia:Alotaibi N, Cloutier L, Khaldoun E, Bois E, Chirat M, Salvan D. Criteria for admission of odontogenic infections at high risk of deep neck space infection. Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis. 2015 Nov;132(5):261-4. Filiaci F, Riccardi E, Mitro V, Piombino P, Rinna C, Agrillo A, Ungari C. Disseminated necrotic mediastinitis spread from odontogenic abscess: our experience. Ann Stomatol (Roma). 2015 Jul 28;6(2):64-8. Staffieri C, Fasanaro E, Favaretto N, La Torre FB, Sanguin S, Giacomelli L, Marino F, Ottaviano G, Staffieri A, Marioni G. Multivariate approach to investigating prognostic factors in deep neck infections. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2014 Jul;271(7):2061-7. Celakovsky P, Kalfert D, Tucek L, Mejzlik J, Kotulek M, Vrbacky A, Matousek P, Stanikova L, Hoskova T, Pasz A. Deep neck infections: risk factors for mediastinal extension. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2014 Jun;271(6):1679-83.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2287

TÍTULO DO TRABALHO: Laringectomia Parcial Supra Cricoide: Experiência da Unicamp

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: REBECA MARIA DE OLIVEIRA DIAS; BRENO SANTOS AMARAL; ANDRE DEL NEGRO; ALFIO JOSE TINCANI; ANTONIO SANTOS MARTINS; GUSTAVO PAMPOLHA GUERREIRO; JAQUELINE GOMES DA SILVEIRA; FERNANDA TELLES SALLES. UNICAMP, CAMPINAS - SP - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: avaliar resultados funcionais e oncológicos de pacientes submetidos a laringectomia parcial supra-cricóide por tumores de laringe, além de avaliar complicações pós-operatórias bem como complicações pulmonares.Método: Avaliação retrospectiva de 26 pacientes com CEC de laringe glótica e supraglótica entre 2001 e 2016 submetidos a laringectomia parcial supra-cricóide.Resultados: Avaliando os resultados funcionais em relação ao tempo de uso da cânula de traqueostomia, dentre os pacientes estudados, 85% foram decanulados com sucesso, após treinamento e acompanhamento fonoterápico. 4 pacientes não toleraram decanulação. Em todos estes pacientes ambas aritenóides foram preservadas. O tempo médio para retirada da SNE entre os 18 pacientes com ambas aritenóides preservadas foi de 29 dias; para os três pacientes com apenas uma aritenóide preservada a média foi de 28 dias. 92% dos pacientes tiveram a SNE retirada com boa performance na deglutição e com média de utilização pós-operatória de 29 dias, o que está em consonância com as descrições da literatura. Diversos estudos mostram taxa de retirada de SNE entre 92 e 100% com médias de tempo para retirada de 15-70 dias após tratamento cirúrgico. Outros autores também obtiveram resultados semelhantes. 85% dos pacientes foram decanulados com sucesso, sendo que os quatro pacientes que não toleraram a retirada da traqueostomia tiveram ambas aritenóides preservadas. Nossa taxa de decanulação encontra semelhança na literatura, embora alguns serviços tenham apresentados taxas superiores.Para sobrevida, todos os autores referem resultados sobreponíveis entre a laringectomia supra-cricóide e a laringectomia total. Não houve óbito pela doença em nossa série.Conclusão: O tempo para decanulação e de sonda nasoenteral no nosso serviço, bem como as complicações pós-operatórias estão dentro do esperado de acordo com dados da literatura. A preservação das aritenóides é ainda um tema controverso, necessitando novos estudos para definição.Pinar E, Imre A, Calli C et al: Supracricoid partial laryngectomy: analyses of oncologic and functional outcomes. Otolaryngol Head Neck Surg 2012; 147: 1093?1098.Nakayama M, Miyamoto S et al: One hundred supracricoid laryngectomies with cricohyoidoepiglottopexy: do we achieve better local control? Jpn J Clin Oncol 2015; 45:732?737.Castro A, Sanchez-Cuadrado I et al. Laryngeal function preservation following supracricoid partial lar-yngectomy. Head Neck. 2012 Feb;34(2):162-7.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 622

TÍTULO DO TRABALHO: Linfonodos do nível VI: estudo anatômico dos linfonodos localizados entre o nervo laríngeo recorrente e a artéria carótida comum direita

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: SAMIR OMAR SALEH1; FLAVIO CARNEIRO HOJAIJ1; MAURO FIGUEIREDO CARVALHO DE ANDRADE1; FLAVIA EMI AKAMATSU1; CRISTINA PIRES CAMARGO1; ANA MARIA ITEZEROTI1; KASSEM SAMIR SALEH2; ALFREDO LUIZ JACOMO1. 1. FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

OBJETIVO: Avaliar uma área específica, não descrita pelos compêndios anatômicos, do compartimento central do pescoço, no nível VI, sede de metástase/recidiva do carcinoma papilífero da tireoide. O objetivo desse estudo foi comparar dados antropométricos e demográficos com a presença ou não de linfonodos nesta região.MÉTODOS: Foram dissecadas 32 regiões cervicais à direita de cadáveres não formalizados, até a exposição da região localizada entre o nervo laríngeo recorrente direito e as artérias carótida comum direita e tireóidea inferior direita, com subsequente ressecção do tecido fibrogorduroso dessa região para análise dos linfonodos após preparação específica para esse fim.RESULTADOS: As características demográficas da população estudada foram: idade, sexo, peso, altura, índice de massa corporal (IMC), raça e dados antropométricos. Há presença de linfonodos em 68,75% dos casos, com média de 1,65 ± 0,29 linfonodos por cadáver. Presença de linfonodos em cadáveres classificados como normolíneos, pelo teste exato de Fischer (p=0,03) e da raça branca, pelo teste exato de Fischer (p=0,04). Não se observou relação entre IMC e a presença de linfonodos, pelo teste de Sperman (p=0,461).CONCLUSÕES: A presença de linfonodos foi confirmada. Houve correlação antropométrica com presença de linfonodos nos cadáveres considerados normolíneos (p=0,03) e da raça branca (p=0,04).BIBLIOGRAFIA: 1- Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2016. Ca Cancer J Clin. 2016;66:7?30.2- Tufano RP, Clayman G, Heller KS, Inabnet WB, Kebelew E, Shaha A, Steward DL, Tuttle RM. Management of recurrent/persistent nodal disease in pacients with diffrentiated thyroid cancer: A critical review of the risks and benefits of surgical intervention versus active surveillance. Thyroid. 2015; 25:15-27.3- Tavares MR, Cruz JAS, Waisberg DR, Toledo SPA, Takeda FR, Cernea CR, Capelozzi VL, Brandão LG. Lymph node distribuition in the compartment of the neck: An anatomic study. Head Neck. 2014;36:1425-30.4- Ofo E, Thavaraj S, Cope D, Barr J, Kapoor K, Jeannon JP, Oakley R, Lock C, Odell E, Simo R. Quantification of lymph nodes in the central compartment of the neck: a cadaveric study. Eur Arc Otorhinolaryngol. 2016;273:2773-78.5- Capelli FA. Quantificação dos linfonodos em espécimes de esvaziamento cervical: estudo morfológico [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2016.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2330

TÍTULO DO TRABALHO: NÍVEIS DE HORMÔNIO DA PARATIREOIDE APÓS PARATIREOIDECTOMIA EM TRANSPLANTADOS RENAIS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FELIPE FERRAZ MAGNABOSCO; CLIMÉRIO PEREIRA DO NASCIMENTO JUNIOR; MARÍLIA D`ELBOUX GUIMARÃES BRESCIA; SERGIO SAMIR ARAP; FABIO LUIZ DE MENEZES MONTENEGRO. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

OBJETIVO: Comparar os níveis de hormônio da paratireoide (PTH) após paratireoidectomia subtotal (PTXST) ou total com autoenxerto imediato (PTXAE) no tratamento do hiperparatireoidismo persistente após transplante renal bem sucedido (3HPT)MÉTODO: estudo retrospectivo de uma coorte de pacientes com 3HPT submetidos a tratamento cirúrgico de 2013 a 2015, em uma única instituição. Foram pesquisados os níveis de cálcio, fósforo e PTH, nos períodos pré, pós-operatório nos primeiros dias após a operação (PO) e 1 ano após a operação.RESULTADOS: Houve 17 pacientes submetidos à PTXAE e 7, à PTXST, com médias etárias de 52 e 51 anos respectivamente. Os níveis de Cálcio Total (CaT) no pré-operatório foram semelhantes nos dois grupos (10,8 e 10,6 mg/dL), bem como os níveis de fósforo (P) (média de 2,4 mg/dL para os dois grupos) e as medianas de PTH (284 pg/mL no grupo PTXAE e 188 pg/mL no PTXST, p=0,52). No PO, houve redução da média da calcemia para 9,9 mg/dL nos dois grupos, com significância estatística no PTXAE. O P elevou-se significativamente para médias de 3,4 mg/dL (PTXAE) e 3,3 mg/dL (PTXST). A mediana do PTH no PO foi de 3,0 pg/mL no grupo PTXAE e 31,0 pg/mL no PTXST (p=0,0051). Após 1 ano, as médias da calcemia foram significativamente mais baixas do que no pré-operatório, mas sem diferença entre si (9,1 e 9,3 mg/dL). Nesse momento, o nível de P do grupo PTXAE continuou diferente do pré-operatório (3,5 mg/dL), o que não foi observado no grupo PTXST (2,7 mg/dL). A mediana de PTH de 1 ano permaneceu significativamente mais baixa do que o pré-operatório, nos dois grupos (PTXAE foi de 32,5 pg/mL e do grupo PTXST, de 76,0 pg/mL) (p=0,02).CONCLUSÃO: Há redução significativa do PTH nas duas técnicas de PTX. Apesar da PTXST evitar o hipoparatireoidismo agudo na maior parte dos casos, ela associa-se a níveis mais elevados de PTH no primeiro ano, com P mais baixo, o que pode sugerir excesso do hormônio.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 913

TÍTULO DO TRABALHO: Paratireoidectomia para doenças benignas no Brasil: Panorama dos últimos 8 anos no SUS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ISADORA DE PAULA RAMOS; LIA ROQUE ASSUMPCAO; MARIA CRISTINA ARAUJO MAYA. UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: O Brasil é um país de dimensão continental, com uma economia que despontou na última década, mas que, desde 2013, tem enfrentado desafios. Embora o direito à saúde pública e gratuita seja garantido pela constituição brasileira, há grande desigualdade na assistência e tratamento cirúrgicos por todo o país, onde algumas regiões, como Sul e Sudeste, se encontram mais desenvolvidas que as demais. O presente estudo objetiva descrever o acesso à paratireoidectomia (PTX) no SUS na abordagem de doenças benignas ao longo dos últimos 8 anos, bem como as disparidades regionais em geral.Método: Um estudo transversal a partir dos registros do DATASUS foi conduzido a partir da identificação de hospitalizações por PTX benignas entre Janeiro de 2008 e Dezembro de 2015. Os dados incluíram informações sobre a região de residência do paciente no momento da admissão, além dos óbitos registrados com os códigos E21(hiperparatireoidismo primário) e N25.8 (hiperparatireoidismo secundário) do CID-10.Resultados: Entre 2008 e 2011 foram realizadas 2.600 PTX, observando um aumento de 56,9% das PTX neste triênio. No entanto, apesar de o período entre 2012 e 2015 apresentar o numero absoluto de 2.927 PTX, houve uma redução de 8,9% das mesmas em todo o país. A disparidades regionais se apresentaram conforme a proporção de PTX realizadas nas regiões Sul e Sudeste, que representaram 77,9% de todas as PTX no Brasil, ao longo de todo período analisado. Para o código E21 notou-se um acréscimo de 27% em números absolutos dos óbitos relacionados à doença, entre 2008 e 2011, enquanto que para o código N25.8 houve uma queda de 41.7% no mesmo período. Já em relação ao período de 2012 à 2015, os óbitos relativos ao código E21 caíram 7,2%, ao passo que, para o N25.8, apresentou-se um aumento de 94,2%.Conclusão: A assistência em saúde do SUS, melhorou o acesso especificamente para a PTX nas doenças benignas. Contudo, a mesma sofreu uma leve redução a partir de 2012. Dificuldades de financiamento e disparidades regionais no acesso à cirurgia permanecem sendo o principal obstáculo para brasileiros com doença das paratireoides, principalmente para os portadores de hiperparatireoidismo secundário.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2083

TÍTULO DO TRABALHO: PERFIL DA PATOLOGIA CIRÚRGICA DA TIREOIDE NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA: 7 ANOS DE CASUÍSTICA (2010-2016)

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RAFAEL VIEIRA MARTINS DE SIQUEIRA1; LARISSA MATOS RODRIGUES DE BRITO2; GUILHERME DE CARVALHO CALDAS2; GUSTAVO HENRIQUE TAKANO2; FABIANA PIRANI CARNEIRO2; LEONORA MACIEL DE SOUZA VIANNA2. 1. FACULDADE DE MEDICINA - UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, BRASILIA - DF - BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA - UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, BRASÍLIA - DF - BRASIL.

RESUMO:

OBJETIVO: Delinear o perfil da patologia de tireoide no Hospital Universitário de Brasília (HUB) entre 2010-2016, à partir da análise das biópsias do arquivo do laboratório de Anatomia Patológica e dos prontuários do arquivo nosológico.MÉTODOS: Análise retrospectiva de 280 biópsias e prontuários e estudo estatístico com o software IBM-SPSS.RESULTADOS: Em 263 casos analisados o sexo feminino predominou com 90,5% sendo a média de idade 44,16 anos. O diagnóstico clínico (DC) (n=261) mais frequente foi Bócio, com 45,6% dos casos, seguido de Nódulo a esclarecer com 23,8% e Neoplasias com 19,1%. A citologia (n=168) teve 5,8% de Bethesda I (BI), 34,5% de BII, 11,7% de BIII, 21,6% de BIV, 5,3% de BV e 21,1% BVI. O procedimento cirúrgico (n=274) foi tireoidectomia total em 58,2% dos casos, parcial em 39,2% e totalização em 2,6%. Os diagnósticos anatomo-patológicos(DAP) (n=268) mais frequentes foram Hiperplasia Nodular(HN) 46,4%, Carcinoma Papilífero(CP) 20,5%, e Microcarcinoma Papilífero(MCP) 14,9%. O Carcinoma Folicular(CF) representou 2,2%. Correlacionando DC e DAP, dentre os 61 pacientes com DC de Nódulo 23% tiveram o DAP de CP, 4,9% de CF e 42,6% HN. Dentre os 4 pacientes com DC de Carcinoma, 75% foram CP e 25% tireoidite linfocítica. Dentre os 38 pacientes com DC de CP o DAP foi confirmado em 81,5% sendo os demais lesões benignas. Os 7 pacientes de DC de CF tiveram DAP de CP em 42,85% dos casos, MCP em 14,3% e HN em 42,85%, não sendo encontrado nenhum CF neste grupo. Aqueles com DC de Bócio (n=79) tiveram DAP de HN em 68,1%, tireoidite linfocítica em 3,4%, adenoma em 0,9% e neoplasia em 25%. Dentre as citologias laudadas como BII (n=58) 65,5% tiveram DAP de HN e 29,2% de neoplasias; BIII (n=19) 63,2% eram HN e 15,8% neoplasias; BIV (n=37) 40,5% eram HN e 48,6% neoplasias; BV (n=9) 22,2% eram HN e 77,8% neoplasias; BVI (n=35) 5,7% eram HN e 94,3% neoplasias.CONCLUSÕES: Numericamente, o perfil do paciente com patologia de tireoide no HUB tem sexo feminino, 44 anos, sendo respectivamente as patologias benigna e maligna mais frequentes a HN e o CP. A tireoidectomia total foi realizada não somente em lesões com DC de malignidade mas também nos bócios volumosos, ressaltando que em 25% destes foi detectada lesão maligna no DAP. Embora dentre os casos de BII tenhamos encontrado 29% de neoplasias vemos que quanto mais alto o Bethesda maior a incidência de lesão maligna.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2473

TÍTULO DO TRABALHO: Perfil epidemiológico dos pacientes com hiperparatireoidismo primário submetidos a paratireoidectomia em um serviço terciário universitário

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: THATIANA GUERRIERI; LARISSA IZUMI FUJII; ADRIANA TERUMI SHIMOZONO; JOÃO HENRIQUE ZANOTELLI DOS SANTOS; MARIANA JUNQUEIRA REIS ENOUT; RODRIGO OLIVEIRA SANTOS; MURILO CATAFESTA DAS NEVES. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

Introdução: O hiperparatireoidismo primário (HPP) é a terceira endocrinopatia mais comum, decorrente da hiperfunção autônoma de uma ou mais glândulas paratireoides. O resultado dessa anormalidade é a hipercalcemia com secreção elevada ou inapropriadamente normal do paratohormônio (PTH), levando a uma variedade de consequências clínicas.Objetivo: Avaliar o perfil epidemiológico dos pacientes com hiperparatireoidismo primário em um serviço terciário.Métodos: Realizado um estudo retrospectivo, através da análise de prontuários, de 144 pacientes com diagnóstico de hiperparatireoidismo primário que foram submetidos a paratireoidectomia no período de abril de 1999 à novembro de 2016 em uma instituição universitária.Resultados: No período de 17 anos, 144 pacientes foram avaliados, os quais 83,3% eram mulheres e 16,6% homens. A idade variou entre 12 à 85 anos com uma média de 45 anos. Os pacientes sintomáticos corresponderam a 75% sendo o acometimento ósseo isolado foi o mais frequente, responsável por 28,4%, seguido de ambas apresentações (renal e ósseo) em 26,3% e renal isolado em 20,1%. Em 25% os casos foram assintomáticos. Nos exames laboratoriais pré-operatório, encontramos uma média do valor do cálcio total de 11,9mg/dl, cálcio iônico 1,55 e PTH de 442. Em 110 pacientes foi realizado USG cervical com o achado da glândula paratireoide aumentada de tamanho em 64 deles. Em 127 pacientes realizou-se cintilografia com sestamibi com positividade em 99 dos casos. A paratireoidectomia cursou com exploração focal em 19 pacientes, unilateral em 43 e bilateral em 83 casos. Foram ressecadas no total de 170 glândulas paratireoides, em que a mais frequentemente acometida era a paratireoide inferior direita em 31,7%, seguida da inferior esquerda em 24,7%, superior esquerda em 22,3%, superior direita em 20,5% e 0,5% o achado de glândula ectópica (mediastino superior). Em 107 pacientes dosou-se o iPTH, e os valores foram separados de acordo com porcentagem de queda. Em 58 dos casos houve queda de >80%, em 42 declínio entre 50-80% e em 7 casos Conclusão: Em nossa casuística os pacientes com hiperparatireoidismo primário submetidos a paratireoidectomia são predominantemente mulheres com média de idade de 45 anos, e com a doença sintomática ainda sendo a mais prevalente.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2894

TÍTULO DO TRABALHO: Preservação da margem cirúrgica e locais de extensão extratireoidiana em pacientes com carcinoma papilífero de tireoide submetidos a tireoidectomia em hospital do interior do Ceará.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MIKAELLE LOPES RODRIGUES; CARLOS ALEFE SOUSA NASCIMENTO; DINA ANDRESSA MARTINS MONTEIRO; LUCAS TADEU ROCHA SANTOS; TALLYS DE SOUZA FURTADO; DANIEL HARDY MELO; LEILA CARLA DA CUNHA SILVA MAGALHÃES. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL, SOBRAL - CE - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: Verificar a ocorrência de comprometimento da margem cirúrgica e os principais locais de extensão extratireoidiana em tireoidectomias totais e parciais realizadas em hospital do interior do Ceará. Método: Estudo do tipo pesquisa documental realizado no setor de Patologia da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, envolvendo laudos histopatológicos de tireoidectomias totais ou parciais realizadas entre os anos de 2015 e 2016. A amostra foi composta por laudos de 84 pacientes, sendo 5 excluídos por prestarem informações incompletas. Os dados foram transcritos em formulário de coleta de dados e tabulados no software Excel. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú sob o número 61077916.0.0000.5053 e recebeu apoio institucional do Departamento de Ensino, Pesquisa e Extensão da Santa Casa de Misericórdia de Sobral. Resultados: Dos 79 pacientes analisados, 33 (47,1%) apresentaram diagnóstico de neoplasias malignas da tireoide. A neoplasia predominante foi o carcinoma papilífero de tireoide (CPT) e suas variantes, em 93,9% dos casos. Nesse universo, a preservação da margem ocorreu em 87,8% dos casos. Apenas 4 (12,2%) das peças apresentaram ocorrência de comprometimento da margem cirúrgica. Sete pacientes (21,2%) apresentavam extensão extratireoidiana das lesões, dos quais 6 (85,7%) possuíam CPT. Nesses, 4 (66,6%) possuíam uma extensão mínima e 2 (33,4%) apresentaram uma extensão considerada grande. Em relação aos locais de extensão, 33,3% das lesões apresentaram invasão para os vasos adjacentes, 16,7% para linfonodos cervicais e outros 50% não forneceram dados suficientes. Conclusões: Apesar de o CPT ser uma doença indolente e com bom prognóstico quando completamente ressecada, este tem um início insidioso, o que dificulta sua identificação precoce[1]. Nessa situação, os parâmetros clínico-patológicos podem revelar, em parte, ocorrência de piores desfechos, sendo dois deles: sinais de invasão extratireoidiana e presença de metástases linfonodais cervicais[1]. Desse modo, este estudo revela a expressividade desses critérios, mostrando a relevância clínica da observação de tais variáveis na abordagem cirúrgica dos pacientes. Bibliografia: [1]Girardi, F. M. Análise do padrão de ocorrência do carcinoma de tireoide no Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre: 2000 - 2010, Repositório institucional UFCSPA, 2014, Acesso em 13 de fevereiro de 2017.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1909

TÍTULO DO TRABALHO: Prevalência da associação de hiperparatireoidismo primário e doença tireoidiana em um serviço terciário

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LARISSA IZUMI FUJII; THATIANA GUERRIERI; ADRIANA TERUMI SHIMOZONO; JOÃO HENRIQUE ZANOTELLI DOS SANTOS; MARIANA JUNQUEIRA REIS ENOUT; RODRIGO OLIVEIRA SANTOS; MURILO CATAFESTA DAS NEVES. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

Introdução: O hiperparatireoidismo primário (HPTP) é um estado hipercalcêmico decorrente de uma hiperfunção de uma ou mais glândulas paratireoides. Sua frequência aumentou após a dosagem rotineira de cálcio sérico, sendo encontrada principalmente em mulheres na pós-menopausa. Outra patologia comum na prática clínica é o nódulo tireoideano, chegando a uma prevalência ao exame ultrassonagráfico de até 68%. Por essa frequência aumentada, a associação destas duas anormalidades representa um desafio na tomada de decisão clínica e cirúrgica. Objetivo: Avaliar a prevalência da associação de HPTP e doenças tireoideanas, assim como suas características, em um Serviço Universitário Terciário. Métodos: Estudo de coorte retrospectivo onde foram analisados 214 prontuários de pacientes com HPTP submetidos a paratireoidectomia em um período de 17 anos. Resultados: Dos 214 pacientes 172 eram mulheres e 42 homens, com uma média de idade de 56,9 anos. Em 87 casos houve necessidade de abordagem cirúrgica da tireóide. O resultado anatomopatológico evidenciou o bócio em 47 dos doentes (22%) seguido pelo carcinoma papilífero em 24 (11,2%), tecido tireoideano normal em 15 (7%) e 1 (1%) caso de hiperplasia das células C. Dos diagnosticados com carcinoma papilífero 21 eram microcarcinomas, representando 9,8%. Conclusão: A concomitância de HPTP e doença tireoidiana apresenta alta prevalência e, apesar da doença benigna ser a mais frequente, o câncer de tireoide pode estar presente em até 10% dos casos. Por isso recomendamos que durante a avaliação do HPTP atenção também seja dada a glândula tireoide, para melhor planejamento cirúrgico e terapêutico.Bibliografia:1. Wilhelm SM, Wang TS, Ruan DT, et al. The American Association of Endocrine Surgeons Guidelines for Definitive Management of Primary Hyperparathyroidism. JAMA Surg 2016;151(10):958-9682. Bandeira L and Bilezikian J. Primary Hyperparathyroidism. F1000Research 2016 5(F1000 Faculty Rev):1

CODIGO DO TRABALHO: 1061

TÍTULO DO TRABALHO: RESSECÇÃO CRANIOFACIAL DE TUMORES DA BASE DO CRANIO - EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO DA UFC

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JONATAS CATUNDA DE FREITAS; ANA CAROLINA MONTES RIBEIRO; LIANDRA RAYANNE DE SOUSA BARBOSA; RAFAELA JUCÁ LINHARES; FRANCIEUDO JUSTINO ROLIM; MARCOS RABELO DE FREITAS; DANIEL FREIRE DE FIGUEIREDO; MÁRCIO RIBEIRO STUDART DA FONSECA. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:

INTRODUÇÃO: As ressecções craniofaciais são abordagens cirúrgicas multidisciplinares para tratamento de tumores benignos ou malignos que se originam na base do crânio. A variedade de condições patológicas e a baixa freqüência desses tumores tornam difícil o estabelecimento de comparações entre as diversas séries. OBJETIVO: O objetivo do estudo é definir os aspectos clínicos e epidemiológicos dos pacientes, analisar o tipo de tratamento realizado, o tipo de reconstrução e os índices de complicação, a sobrevida livre de doença, específica e a global de todos os pacientes portadores de neoplasia maligna de cabeça e pescoço submetidos à cirurgia craniofacial e acompanhados pelo Serviço. CASUÍSTICA E MÉTODO: Estudo longitudinal de caráter retrospectivo, descritivo, em que foram incluídos todos os pacientes portadores de neoplasia maligna acometendo a base do crânio submetidos a ressecção craniofacial no período de março de 2002 à março de 2012. Os casos em que não foi possível encontrar todos os dados do paciente foram excluídos. A ressecção foi considerada craniofacial quando houve pelo menos exposição da Duramáter. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUWC UFC. RESULTADOS / CONCLUSÕES: No período analisado, foram realizadas 53 cirurgias em 51 pacientes. O follow up médio foi de 31 meses. 74,5% dos pacientes eram do sexo masculino, a idade média foi 57 anos, mínima de 12 e máxima de 86. 72,5% das lesões eram de pele e 11,8% do seio maxilar. 58,8% das lesões acometiam a fossa anterior do crânio e 33,3% o osso Temporal. Quanto ao tipo histológico, o mais prevalente foi o CBC, responsável por 41,2% dos casos, e o CEC por 33,3%. 45,1% dos pacientes (23 casos), realizaram tratamento prévio, 17 deles cirurgia e 6 radioterapia. A sobrevida global em 5 anos foi 48%, e os fatores prognósticos estatisticamente significativos (p

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1287

TÍTULO DO TRABALHO: TRAQUEOSTOMIA CONVENCIONAL FORA DO CENTRO CIRÚRGICO: EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARIANNE Y. NAKAI; ANTONIO JOSE GONÇALVES; WILLIAM KIKUCHI; ANTONIO AUGUSTO TUPINAMBA BERTELLI; ALEXANDRE BABÁ SUEHARA; NORBERTO KODI KAVABATA; MARCELO BENEDITO MENEZES. SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

OBJETIVODescrever a experiência do serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Santa Casa de São Paulo com traqueostomias convencionais realizadas fora do ambiente de centro cirúrgico de 2013 a 2016.MÉTODOEstudo retrospectivo em que foram analisados, no período de janeiro de 2013 a outubro de 2016, o banco de dados de 541 pacientes do Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Irmandade da Santa Casa de São Paulo, que foram submetidos à traqueostomia cirúrgica, à beira do leito em Unidade de Terapia Intensiva e leitos de pronto socorro.A técnica realizada foi traqueostomia subtireoidiana aberta, com incisão na traqueia na segunda ou terceira membrana traqueal sob anestesia e sedação.RESULTADOSFoi obtida uma amostra de 534 pacientes. A média de idade da população estudada foi de 55,7 anos, com predomínio do sexo masculino (62%). A principal indicação de traqueostomia foi intubação orotraqueal prolongada (99,4%). Apenas nove sofreram complicações (1,66%), sendo descritos 6 indivíduos com sangramento, um paciente com decanulação acidental, um com lesão traqueal e um óbito (por instabilidade hemodinâmica durante o procedimento).CONCLUSÃOA traqueostomia cirúrgica realizada à beira do leito é uma opção viável, segura e de menor custo, inclusive no ambiente de Terapia Intensiva, desde que se respeite requisitos mínimos para materiais, segurança e padronização da técnica cirúrgica.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 589

TÍTULO DO TRABALHO: UTILIZAÇÃO DA TIREOIDECTOMIA TOTAL NO TRATAMENTO DAS DOENÇAS BENIGNAS DA TIREÓIDE

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FRANKLIN VIEIRA DE ALMEIDA; RAFAEL RIBEIRO BARCELOS; THIAGO DE AGUIAR VALLADÃO; LIA ROQUE ASSUMPCAO; MIGUEL DE MIRANDA GONCALVES; MARIA CRISTINA ARAUJO MAYA; MARCO ANTONIO CORREA GUIMARAES FO. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: As patologias benignas da tireóide são muito prevalentes e a melhor estratégia de manejo cirúrgico varia em função da experiência do Serviço e do perfil dos pacientes. A tireoidectomia total é reservada, classicamente, para o tratamento das neoplasias malignas da tireóide, mas em casos de extenso acometimento da glândula indica-se, no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Pedro Ernesto - UERJ (HUPE), a realização de tireoidectomia total. O objetivo é avaliar o resultado do emprego da tireoidectomia total no tratamento das patologias benignas da tireóide. Método: Estudo retrospectivo através de revisão de prontuários dos pacientes submetidos a tireoidectomia total para tratamento de doenças benignas da tireóide no HUPE, no período de 2012 a 2016. Foram avaliados gênero, laudos histopatológicos, complicações intra operatórias, hipocalcemia no pós operatório imediato, hematoma, necessidade de traqueostomia, disfonia e infecção de ferida operatória. Resultados: Foram avaliados 96 pacientes no total, sendo a maioria do sexo feminino (85,54%). As patologias mais prevalentes foram hiperplasia nodular (83,33%) e Adenoma Folicular (8,33%). Não houve nenhuma complicação intra operatória significativa (0%). Com relação às complicações pós operatórias, foram identificados um caso de hematoma (1,04%), um caso de traqueostomia (1,04%), um caso de pneumonia por broncoaspiração (1,04%), três casos de disfonia permanente (3,12%), nenhum caso de infecção de ferida operatória (0%), e sessenta e oito casos de hipocalcemia transitória (70,84%). Conclusões: A tireoidectomia total mostrou-se um procedimento seguro e eficaz no tratamento de casos selecionados de pacientes que apresentam patologia benigna da tireóide em que haja acometimento de quase toda a glândula.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1503

TÍTULO DO TRABALHO: A INFLUÊNCIA DA DIMENSÃO DA ANASTOMOSE GASTROENTÉRICA DO BYPASS GÁSTRICO NO TRATAMENTO DOS PACIENTES OBESOS MÓRBIDOS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: THIAGO PICOLLI MORSCH1; ALEXANDRE VONTOBEL PADOIN1; CLAUDIO CORA MOTTIN1; LANA BECKER MICHELETTO1; LETICIA MANOEL DEBON2; MARINA SENGER NIEWIEROWSKI3; RODRIGO PETERSEN SAADI1. 1. PUCRS, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 2. PUCRS, CAXIAS DO SUL - RS - BRASIL; 3. PUCRS, SAPUCAIA DO SUL - RS - BRASIL.

RESUMO:

Introducao: A informação da dimensão da anastomose gastroentérica de pacientes submetidos ao bypass gástrico é descrita rotineiramente por endoscopistas experientes e anastomoses grandes estão associadas a perda insuficiente de peso, apesar da escassez de altos níveis de evidência sobre o assunto.Objetivo: Avaliar a influência da dimensão da anastomose gastroentérica do bypass gástrico no tratamento dos pacientes obesos mórbidos.Material e método: Os dados coletados foram inseridos em um banco criado no Excel, o qual continha outras informações dos pacientes como IMC, idade, sexo e perda de peso após 1 ano da cirurgia. Todos os pacientes foram submetidos a endoscoia 1 ano após a cirurgia bariátrica, sendo que a medida do diâmetro da anastomose é realizada rotineiramente. Para efeito de análise foram criadas duas categorias: 1) anastomoses com até 2cm de diâmetro; 2) anastomoses com mais de 2cm de diâmetro. Os dados foram analisados no SPSS. Cabe ressaltar que o projeto foi aprovado pelo CEP desta Instituição. Resultados: Foram avaliados 456 pacientes, sendo 361 (79,2%) mulheres, média de idade de 37 anos, IMC 46,7 kg/m2, cintura 130cm, % perda do excesso de peso 79%. Para evitar vieses de sexo e IMC, os pacientes foram divididos em grupo por sexo e IMC (ponto de corte em 50kg/m2) para fins de avaliação. Foi observada diferença significativa no % de perda do excesso de peso apenas entre mulheres com IMC 2. A perda foi maior (89%) no grupo com a anastomose mais ampla quando comparada à anastomose mais estreita 83% - P=0,008. Nos demais grupos não se observou diferença significativa (P>0,05).Conclusões: Os dados deste estudo sugerem que anastomoses amplas não estão associadas a menor perda de peso. Ao contrário do que se imaginava, a anastomose ampla esteve associada a uma maior perda de peso em um grupo de pacientes.Bibliografia:1: Cottam DR, Fisher B, Sridhar V, Atkinson J, Dallal R. The effect of stoma size on weight loss after laparoscopic gastric bypass surgery: results of a blinded randomized controlled trial. Obes Surg. 2009;19(1):13-7.2: Villar L. Endocrinologia Clínica. 5ª edição ed2013.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1726

TÍTULO DO TRABALHO: Análise da Função Sexual de Mulheres Submetidas à Cirurgia Bariátrica.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ALICE FERNANDES DE ALMEIDA OLIVEIRA1; GABRIELA OLIVEIRA BAGANO1; CLAUDIA FERNANDES DE ALMEIDA OLIVEIRA2; HOSANNAH LEITE FILHO2; ERIVAN BARBOSA LIMA JUNIOR2; PAULO OLIVEIRA2; REINALDO ATAIDE DE OLIVEIRA3; UBIRAJARA BARROSO JUNIOR1. 1. ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, SALVADOR - BA - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA (UEFS), FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL; 3. ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL.

RESUMO:

OBJETIVO: Analisar a melhora da função sexual de mulheres submetidas a cirurgia bariátrica. METODOLOGIA: Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e analítico, do tipo corte transversal, quasi-experimental, realizado com uma amostra de conveniência composta por 62 pacientes operadas de Fobi-Capella em um centro de referência de cirurgia bariátrica em Feira de Santana ? BA, entre abril de 2015 e abril de 2016. Foram incluídas pacientes que, necessariamente, tenham obesidade mórbida e tenham comparecido às consultas pré-operatórias, realizado a cirurgia bariátrica no serviço-sede da pesquisa e aceitado responder aos questionários propostos, após assinatura do TCLE, no período de abril 2015 a abril 2016. Os critérios de exclusão foram: a recusa em participar da pesquisa, submissão a cirurgias e/ou radioterapia pélvica prévia ou em curso, histórico de doenças neurológicas, inatividade sexual nos últimos seis meses ou a não adesão ao seguimento por pelo menos 6 meses pós-operatórios. Para os selecionados, aplicou-se o questionário FSFI, validado internacionalmente, em regime ambulatorial antes e 6 meses após a cirurgia. Este trabalho é parte de um estudo maior sobre a relação entre obesidade e função sexual em pacientes de cirurgia bariátrica em Feira de Santana ? BA. RESULTADOS: A média do escore total do FSFI obtida no pré-operatório foi de 22,8, traduzindo o quadro de disfunção sexual. Após seis meses de operação, observou-se uma ascensão do escore a 27,2, que já se configura uma melhora da função sexual (p

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 3080

TÍTULO DO TRABALHO: ANÁLISE DAS REOPERAÇÕES DA CIRURGIA DENOMINADA DERIVAÇÃO INTESTINAL SELETIVA (DIS) UTILIZADA PARA O TRATAMENTO DA OBESIDADE

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LEONARDO EMILIO DA SILVA; RAFAEL BEZE SOUZA; MAXLEY MARTINS ALVES; GUILHERME SERONNI; CAIO CASTRO MENDANHA BARROS; LUDMILLA DA SILVA BATISTA; ISABELA SUAVINHA JAYME; PHELIPE GONÇALVES MENDES PIMENTEL. ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS, GOIANIA - GO - BRASIL.

RESUMO:

Introdução - A operação chamada de DIS consiste numa anastomose latero-lateral no intestino delgado, com a intenção de criar dois trajetos para os nutrientes: um mais curto, com trânsito rápido, e outro mais lento (?hipo-funcionante?) por um estreitamento criado pela colocação de um anel de silicone logo após a anastomose.Objetivos - analisar as reoperações realizadas em nosso serviço avaliando a causa e a morbi mortalidade da reoperação. Métodos: Ao longo de 19 anos de experiência na área de cirurgia metabólica e para o tratamento da obesidade tivemos a oportunidade de reoperar 18 doentes submetidos à derivação intestinal seletiva em outros serviços de cirurgia. Avaliamos retrospectivamente a causa da reoperação; morbi/mortalidade da reoperação assim como a evolução do doentes.Resultados: A média de idade dos doentes foi de 36 + 6 anos. Dos 18 doentes reoperados, 12 o foram por desnutrição protéico-calórica grave (albumina Conclusão: A cirurgia de DIS para o tratamento da obesidade ainda que seja uma cirurgia não padronizada continua a ser realizada e suas complicações são graves demandando grande período de internação e elevado custo hospitalar com grave ameaça a vida dos doentes.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 3091

TÍTULO DO TRABALHO: AVALIAÇÃO TARDIA (15 ANOS) DE 1452 DOENTES SUBMETIDOS À MINIGASTRIC BYPASS COM NISSEN ASSOCIADO COMO CIRURGIA METABÓLICA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LEONARDO EMILIO DA SILVA; FELIPE ARAÚJO LACERDA; ALEX BESSA; CAIO CASTRO MENDANHA BARROS; MAXLEY MARTINS ALVES; PATRÍCIA ALINE DE ANDRADE RODRIGUES; THIAGO HAYASHIDA TELES DE CARVALHO; ISABELA SUAVINHA JAYME. ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS, GOIANIA - GO - BRASIL.

RESUMO:

O objetivo deste estudo foi avaliar retrospectivamente a incidência de refluxo e alterações endoscópicas no pós-operatório de MGBN após 5 anos; entre 5 a 10 anos pós-operatório; entre 10 a 15 anos pós-operatório.Método: Os critérios de inclusão pré-operatórios para MGBN foram: (1) esofagite erosiva; e/ou (2) hérnia hiatal por deslizamento > 3cm; e/ou (3) hipotonia do esfíncter inferior do esôfago (LES).Os dados de pacientes obesos mórbidos submetidos a MGBN pela mesma equipe em dois Hospitais diferentes de 1999 a 2016 foram coletados retrospectivamente. Durante este período 2135 pacientes foram submetidos a MGBN. Chamamos todos os 2135 pacientes por meio de e-mail; Telefone celular e redes sociais. No entanto, apenas 1452 doentes (68%) responderam à chamada. Dividimos esses 1452 pacientes em três grupos. Grupo 1: Pacientes submetidos a MGBN até 5 anos de pós-operatório; Grupo 2 de 5 a 10 anos no pós-operatório e Grupo 3 de 10 a 15 anos no pós-operatório. Avaliamos a mortalidade; Morbidade; GERD sintomas; Achados da endoscopia alta; Achados histológicos após biópsia endoscópica; Perda de peso e resolução T2DM.A idade média foi de 42. O IMC foi de 44 ± 4,5. Nenhuma conversão para cirurgia aberta. A mortalidade global foi de 0,2%. A morbidade perioperatória foi de 0,8%. O tempo médio de operação foi de 92 ± 4 minutos. Nenhum vazamento foi observado. % EWL foi de 88 ± 4,4% aos 5 anos; 81 ± 2,1% e 79 ± 1,2% aos 15 anos. Barret`s foi de 0,8%. Nenhum câncer ou displasia foram encontrados. A doença de refluxo não erosiva foi de 12% e a doença de refluxo erosiva foi de 5%.O incidente T2DM (46,8%) foi curado em 81,2% (glicemia Existem algumas limitações neste estudo. Em primeiro lugar, não foi avaliada a avaliação funcional do refluxo gastroesofágico por monitorização do pH de 24 horas e / ou alterações da pressão do esfíncter esofágico inferior pré e / ou pós-operatório. Em segundo lugar, a resposta clínica foi determinada pelo uso de IPPs após LSCNG, e nenhuma outra avaliação / escala clínica prospectiva foi utilizada.Conclusão: Este estudo de longo prazo demonstrou que o MGBN é um procedimento seguro, simples e eficaz para tratar pacientes obesos graves.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 3085

TÍTULO DO TRABALHO: CONVERSÃO DE SLEEVE GÁSTRICO EM MINIGASTRIC BYPASS COMO CIRURGIA REVISIONAL

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LEONARDO EMILIO DA SILVA; PATRÍCIA ALINE DE ANDRADE RODRIGUES; FELIPE ARAÚJO LACERDA; PHELIPE GONÇALVES MENDES PIMENTEL; CAIO CASTRO MENDANHA BARROS; GUILHERME SERONNI; MAXLEY MARTINS ALVES; ISABELA SUAVINHA JAYME. ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS, GOIANIA - GO - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo - avaliar a perda ponderal, melhora ou remissão do diabetes tipo 2 (T2DM), doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) e hipertensão arterial em pacientes submetidos previamente a ?sleeve" gástrico e que não obtiveram sucesso terapêutico nessas variáveis e então foram submetidos à conversão para "minigastric bypass? (MGB).Método - os critérios de inclusão foram pacientes submetidos ao "sleeve" gástrico que não obtiveram sucesso na perda ponderal; e/ou melhora ou remissão do T2DM tipo 2 e/ou melhora ou remissão na hipertensão arterial e/ou apresentaram DRGE de novo e/ou recidivam e/ou tiveram piora clínica DRGE. Em todos os portadores de DRGE foi realizada a crurorrafia sistemática junto com o MGB. Foram excluídos pacientes que estavam em uso de bebida alcoólica e/ou tabagistas; usuários de drogas ilícitas; pacientes que não aceitaram se submeter ao acompanhamento nutricional e psicológico pré-operatório por um período mínimo de 6 meses. Os pacientes foram acompanhados até 10 anos de pós-operatório com avaliação de IMC; %EWL; HbA1c; Glicemia de jejum e níveis pressóricos de pressão arterial. Foram considerados como completa remissão do T2DM aqueles com HbA1cResultados - 62 doentes foram submetidos à conversão entre Janeiro/2006 a Janeiro/2017 sendo 53/85% do sexo masculino. A maioria dos pacientes (48/77%) foram incluídos por falha na perda ponderal. Destes doentes 16/33% não melhoraram T2DM e 7/15% recidivaram T2DM após reganho de peso. 100% dos doentes reoperados apresentavam algum grau de DRGE na reoperação. Destes, 22/35% aprestavam DRGE de novo; 100% estavam em uso de IBP; 41/66% apresentaram hérnia hiatal. 18/29% pacientes hipertensos (HAS) não melhoram suas pressões arteriais e mantiveram as medicações e todos estavam no grupo que reganharam peso ou não perderam peso adequadamente, e assim foram também reoperados. Dos 48 que foram operados por insucesso na perda ponderal apenas 2 doentes não atingiram a perda ponderal completa. Quanto ao T2DM dos 23 doentes incluídos apenas 3 não curaram a doença. A DRGE foi curada em 100% dos pacientes. Na analise da HAS apenas 5 não curaram a HAS. A mortalidade foi zero.Conclusão - a conversão de sleeve em MGB em pacientes que não obtiveram sucesso no tratamento da obesidade; T2DM; DRGE e HAS é um método factível, eficaz e seguro.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1866

TÍTULO DO TRABALHO: Diabetes Mellitus tipo 2 e parâmetros simples do metabolismo glicídico são preditores mais significativos de Doença Hepática Gordurosa não-Alcoólica do que os marcadores de resistência insulínica HOMA, TyG and TG/HDL em indivíduos submetidos à cirurgia ba

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: EVERTON CAZZO1; LAISA SIMAKAWA JIMENEZ2; MARTINHO ANTONIO GESTIC1; MURILLO PIMENTEL UTRINI1; FELIPE DAVID MENDONCA CHAIM1; FÁBIO HENRIQUE MENDOÇA CHAIM1; ELINTON ADAMI CHAIM1. 1. HOSPITAL CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL CLÍNICAS UNIVERSIDADE ESTADUAL CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL.

RESUMO:

Introdução: A detecção da doença hepática gordurosa não-alcoólica (DHGNA) por meio de métodos não-invasivos tornou-se um tema relevante.Objetivo: Investigar a correlação entre a DHGNA em indivíduos obesos e os marcadores: modelo de avaliação homeostático de resistência insulínica (HOMA), produto de triglicérides e glicose (índice TyG), e razão triglicerídeo/HDL colesterol (TG/ HDL).Métodos: Estudo transversal com 89 indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica. DHGNA foi avaliada através do exame histológico de biópsias hepáticas e correlacionada com valores de HOMA, TyG, e TG/HDL e os seus respectivos valores de corte para resistência insulínica (RI).Resultados: A prevalência de esteatose foi de 68,5%; os indivíduos afetados apresentaram níveis de glicemia de jejum (p=0,00112) e hemoglobina glicada (HbA1c) (p=0,00758), e prevalência de diabetes mellitus tipo 2 (DM-2) (p=0,000103). Fibrose ocorreu em 66,3% dos indivíduos e associou-se com maiores níveis de HbA1c (p=0,03236) e prevalência maior de DM-2 (p=0,038776). Esteato-hepatite ocorreu em 64% dos indivíduos e associou-se com idade elevada (p=0,03318), níveis elevados de glicemia de jejum (p=0,01428) e prevalência maior de DM-2 (p=0,000968). Conclusão: DM-2 foi um preditor significativo DHGNA entre indivíduos submetidos a cirurgia bariátrica; altos níveis de glicose foram associados com esteatose e esteato-hepatite, enquanto HbA1c elevada correlacionou-se com esteatose e fibrose. HOMA, TyG e índice TG/HDL-c não apresentaram associações significativas com DHGNA assim como a RI avaliada pelos três métodos.Bibliografia:1. Cazzo E, Jimenez LS, Gallo Fde F et al. Influence of type 2 diabetes mellitus on liver histology among morbidly obese individuals. A cross-sectional study. Sao Paulo Med J. 2016 Jan-Feb;134(1):79-83. 2. Zhang S, Du T, Zhang J et al. The triglyceride and glucose index (TyG) is an effective biomarker to identify nonalcoholic fatty liver disease. Lipids Health Dis. 2017 Jan 19;16(1):15.3. Wu KT, Kuo PL, Su SB et al. Nonalcoholic fatty liver disease severity is associated with the ratios of total cholesterol and triglycerides to high-density lipoprotein cholesterol. J Clin Lipidol. 2016 Mar-Apr;10(2):420-5.e1.4. Fukuda Y, Hashimoto Y, Hamaguchi M et al. Triglycerides to high-density lipoprotein cholesterol ratio is an independent predictor of incident fatty liver; a population-based cohort study. Liver Int. 2016 May;36(5):713-20.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 3077

TÍTULO DO TRABALHO: ESTUDO COMPARATIVO ENTRE OS RESULTADOS 15 ANOS APÓS BYPASS GÁSTRICO EM Y DE ROUX (RGBY), MINIGASTRIC BYPAS (MGB) E MINIGASTRIC BYPASS COM CIRURGIA DE NISSEN (MGBN)

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LEONARDO EMILIO DA SILVA; FELIPE ARAÚJO LACERDA; LARA SILVA PAIXÃO; THIAGO HAYASHIDA TELES DE CARVALHO; RAFAEL BEZE SOUZA; PATRÍCIA ALINE DE ANDRADE RODRIGUES; GABRIEL ALVES CARRIÃO; ISABELA SUAVINHA JAYME. ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS, GOIANIA - GO - BRASIL.

RESUMO:

Introdução - Este estudo apresenta os resultados de todos procedimentos cirúrgicos realizados em nosso serviço para o tratamento da obesidade durante um período de 15 anos. São apresentados de forma evolutiva ao longo do tempo. Objetivos - comparar RYGBP, MGB e MGBN na (1) perda de peso; (2) sintomas de refluxo e (3) achados endoscópicos 15 anos depois. Métodos: O RYGBP teve 2 períodos de tempo em nossa prática. Primeiro, em 1998 começamos com a técnica de Wittgrove com uma gastrojejunostomia circular mecânica de 21mm e uma alça alimentar de 75cm. Depois disso, evoluímos para uma bolsa vertical regular e a alça do Roux mediu 150cm. No MGB, o estômago foi seccionado na incisura angularis e iniciamos a confecção de um coto longo e estreito para 36-Fr em direção ao ângulo de His. Em seguida, foi realizada uma gastroenterostomia manual terminolateral de 200cm distal ao Treitz. No MGBN após a gastroenterostomia, a crura foi aproximada posteriormente com suturas permanentes. Em seguida, a parede posterior do fundo foi passado por trás do esôfago da esquerda para a direita. A vávula de Nissen foi criada com um comprimento de 3 a 4 cm o suficiente para cobrir a mais proximal e mais crítica linha de grampeamento do tubo gástrico. O total de doentes estudados foram 298 e foram assim divididos: grupo RYGB 158 doentes sendo 62 pela técnica de Wittgrove; grupo MGB 81 doentes e grupo MGBN 59 doentes. Resultados: A taxa de seguimento geral de 15 anos foi de 60,7%. Aos 15 anos, diminuições significativas e similares foram relatadas no IMC médio em todos os grupos. 86,25% em MGBN estavam livres de sintomas significativos de refluxo; 10,2% tinham esofagite erosiva (EE) e 8,5% tinham hérnia hiatal (HH) na endoscopia; 53,1%; 22,2% e 29,6%, respectivamente, no MGB, e 60,8%, 25,9% e 32,3%, respectivamente, no RYGBP. O esôfago de Barret foi similar em MGB (4) e RYGBP (3) (média 2,9%) e nenhum em MGBN. Nenhum câncer ou displasia foi observado nos esôfagos avaliados. A perda do excesso de peso (%EWL) em 15 anos foi 34, 62, 79 e 78% nos respectivos grupos Wittgrove; RYGB; MGB e MGBN. Houve uma diferença significativa entre os grupos RYGB e MGB/MGBN (p

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1959

TÍTULO DO TRABALHO: Estudo da Evolução da Função Sexual em Homens Operados de Cirurgia Bariátrica

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GABRIELA OLIVEIRA BAGANO1; CLAUDIA FERNANDES DE ALMEIDA OLIVEIRA2; PAULO OLIVEIRA2; ALICE FERNANDES DE ALMEIDA OLIVEIRA3; HOSANNAH LEITE FILHO2; ERIVAN BARBOSA LIMA JUNIOR2; UBIRAJARA BARROSO JUNIOR3. 1. ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAUDE PUBLICA (EBMSP), SALVADOR - BA - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA (UEFS), FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL; 3. ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA (EBMSP), SALVADOR - BA - BRASIL.

RESUMO:

OBJETIVO: Avaliar o efeito da cirurgia bariátrica na evolução da função sexual de pacientes obesos operados. METODOLOGIA: Este trabalho é um estudo quantitativo, descritivo e analítico, do tipo corte transversal, quasi-experimental, para o qual foram selecionados pacientes do sexo masculino operados de Fobi-Capella por uma equipe de cirurgia bariátrica de Feira de Santana ? BA, entre abril de 2015 e abril de 2016, dos quais foram incluídos 10 pacientes que, necessariamente, tivessem comparecido às consultas de acompanhamento e aceitado responder aos questionários aplicados. Foram excluídos pacientes submetidos a cirurgia pélvica ou radioterapia prévia ou em curso, com histórico de doenças neurológicas ou inatividade sexual nos últimos seis meses. Procedemos com uma análise em dois tempos - no pré e pós-operatórios ? mediante aplicação do validado internacionalmente IIEF (The International Index of Erectile Function). No planejamento estatístico, foi utilizado o programa SPSS versão Windows 21.0. Para as variáveis contínuas, analisamos a normalidade através da estatística descritiva e pelo teste de Shapiro Wilk. Este trabalho é parte de um estudo maior sobre a relação entre obesidade e função sexual em pacientes de cirurgia bariátrica em Feira de Santana ? BA. RESULTADOS: A média do escore total do questionário IIEF melhorou de 57,5 (47,8-60,5) no pré-operatório para 64 (61-70,5) no pós-operatório (p=0,032). O aumento dos escores isolados dos domínios, por sua vez, foi de 60% em função erétil, 60% em orgasmo, 90% em desejo sexual, 80% em satisfação no intercurso e 90% em satisfação sexual geral. CONCLUSÃO: A cirurgia bariátrica constitui um tratamento efetivo no sentido de melhorar a qualidade de vida sexual de homens obesos. Verificou-se evolução expressiva da função e do desempenho sexuais dos pacientes seis meses após a operação. Destarte, observa-se que a perda de peso se reflete positivamente não somente nas comorbidades, mas também na função sexual, quer seja pelo ganho da autoestima, pela melhora da autoimagem, pela recuperação do balanço hormonal ou pelo aumento da desenvoltura física. BIBLIOGRAFIA: 1.Fried, M., et al. (2013). "Interdisciplinary European Guidelines on metabolic and bariatric surgery." Obes Facts6(5): 449-468. 2.Colquitt, J. L., et al. (2014). "Surgery for weight loss in adults." Cochrane Database of Systematic Reviews(8).

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2195

TÍTULO DO TRABALHO: GRAVIDEZ APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA: AVALIAÇÃO DO DESFECHO REPRODUTIVO E DO CRESCIMENTO FETAL.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GUSTAVO PEIXOTO SOARES MIGUEL1; CAROLINE GRAVEL1; PAULO ROBERTO MERÇON DE VARGAS1; LORAINE ENTRINGER FALQUETO2; ISAAC WALKER DE ABREU3; PAULO HENRIQUE OLIVEIRA DE SOUZA1; HENRIQUE MOURA BRAGA1; GABRIELE CASTIGLIONI GAROZE4. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO, VITÓRIA - ES - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 3. HOSPITAL MERIDIONAL, CARIACICA - ES - BRASIL; 4. HOSPITAL ESTADUAL DR JAYME SANTOS NEVES, SERRA - ES - BRASIL.

RESUMO:

Objetivos: Avaliar o desfecho reprodutivo e o crescimento fetal em gestações após cirurgia bariátrica.Métodos: Foram incluídas pacientes que engravidaram após cirurgia bariátrica no período de 2004 a 2015 com informação sobre o desfecho reprodutivo e o peso-fetal (PF). O PF foi categorizado como baixo peso (BPN, 4000g) e a adequação para a IG em pequeno (PIG), adequado (AIG) e grande (GIG), definidos por escore z/IG menor, entre ou maior que ±1,28. A proporção observada foi contrastada com a proporção da distribuição esperada e expressa como relação observado esperado (OER), considerando-se uma OER >1,2 como critério de magnitude significativa.Resultados: 100 pacientes satisfizeram os critérios de inclusão, mas somente 75/100 (75%) possuíam informação sobre a IG. A cirurgia realizada foi o Bypass gástrico em Y de Roux em 97% dos casos e a gastrectomia vertical em 3,0%. Após um ano de cirurgia, a porcentagem média de perda do excesso de peso foi 81,0% (mediana 78,4; IQR 65,7 a 94,3). Dentre as 95 pacientes com índice obstétrico conhecido, 49 (51,6%) eram nulíparas. 46 eram multíparas, totalizando 80 gestações prévias e destas 18 (22,5%) terminaram em abortamento. Nas gestações pós-bariátricas, foram observados somente 3 casos de diabetes mellitus gestacional, 5 de doença hipertensiva específica da gravidez, um caso de malformação maior com morte neonatal e não houve nenhum caso de abortamento. Nenhum recém-nascido apresentou índice de Apgar menor que 7 no quinto minuto de vida e nenhuma macrossomia foi observada. BPN foi observado em 19/100 (19,0%), peso fetal PIG em 15/75 (20,0%; OER 2,0), AIG em 51/75 (68%; OER 0,85) e GIG em 9/75 (12%; OER 1,2).Conclusão: Os resultados indicam maior sucesso reprodutivo, com aumento da fertilidade, baixa prevalência de comorbidades associadas à obesidade e ausência de macrossomia fetal. Todavia, a frequência de restrição de crescimento fetal ainda é maior que os 10% esperados.Nós planejamos ampliar a casuística e o escopo do estudo para identificar quais os determinantes dos distúrbios do crescimento fetal nas gestações após cirurgia bariátrica.Bibliografia:Johansson K, Cnattingius S, Nslund I, et al. Outcomes of Pregnancy after Bariactric Surgery. N Engl J Med. 2015;372:814-24. Willis K, Sheiner E. Bariatric surgery and pregnancy: the magical solution? J Perinat Med. 2013;41(2):133-40.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2312

TÍTULO DO TRABALHO: Otimização perioperatória baseada em protocolos Fast Track em Cirurgia Bariátrica

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CAROLINA TRANCOSO DE ALMEIDA; MARCOS CAMPOS WANDERLEY REIS; DIEGO PEREIRA ZILLE; HENRIQUE DE ANDRADE FERREIRA PINTO; PEDRO CORRADI SANDER; ADRIANO GUIMARAES FRANCO; LUCAS FERNANDES ANDRADE; SUYANNE THYERINE DA SILVA LOPES; MAÍRA AMORIM SILVEIRA E SANTOS. HOSPITAL DA BALEIA - FUNDAÇÃO BENJAMIM GUIMARÃES, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:

Introdução: A cirurgia bariátrica é apontada como o único tratamento eficaz baseado em evidências para a obesidade mórbida. O aumento da demanda por esse procedimento torna necessária a busca por meios de otimizar os cuidados perioperatórios dos pacientes operados. O surgimento de programas de cuidados multimodais peroperatórios, também chamados de protocolos fast-track, possibilitou a melhoria dos desfechos para os pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos. Assim, através de protocolos com o ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) e o projeto ACERTO (Acelerando a Recuperação Total Pós-operatória), vários centros conseguiram reduzir o tempo de hospitalização e as taxas de complicações cirúrgicas. Objetivo: descrever os dados dos pacientes submetidos à gastroplastia videolaparoscópica em um hospital de grande porte de Belo Horizonte, após implementação de medidas que vão ao encontro de protocolos fast-track. Método: Foram analisados os prontuários de 261 pacientes submetidos à gastroplastia videolaparoscópica entre janeiro de 2015 e dezembro de 2016, com levantamento de dados demográficos, técnica cirúrgica utilizada, intercorrências peroperatórias, tempos para início da dieta, da deambulação, complicações e reinternações. Resultados: entre os 261 pacientes incluídos no estudo, 81,2% eram mulheres. A média de idade foi de 35,76 anos. 70,3% dos pacienes eram grau III. Quanto às comorbidades, estavam presentes em 71,2%. Foram realizadas 152 cirurgias utilizando a técnica de bypass e 99 pela técnica de Sleeve, sendo que 97,91% das cirurgias não tiveram intercorrências peroperatórias. No pós-operatório, 87% dos pacientes deambularam e tiveram a dieta reintroduzida com menos que 12 hora. Dos 261 pacientes, 94,56% evoluíram sem complicações pós-operatórias. Apenas 2,51% apresentaram complicações maiores, e 2,93% complicações menores. Houveram 5 reinternações e nenhum óbito. Conclusão: as medidas baseadas em protocolos fast-track foram eficazes para reduzir o tempo de internação e acelerar a recuperação pós-operatória dos pacientes submetidos à gastroplastia, mantendo reduzidas taxas de complicações decorrentes da cirurgia e baixa incidência de necessidade de reinternaçao, sendo uma proposta atraente para otimizar os custos nosocomiais.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 496

TÍTULO DO TRABALHO: Percepções psicossociais da imagem corporal em pacientes pré-operados em Cirurgia Bariátrica

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ALESSANDRA REGGIO FREIRE1; ELINTON ADAMI CHAIM2; EVERTON CAZZO2; FELIPE DAVID MENDONCA CHAIM1; ANA MARIA NEDER DE ALMEIDA2; ELAINE CRISTINA CANDIDO2; MARTINHO ANTONIO GESTIC2; MURILLO PIMENTEL UTRINI2. 1. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP, CAMPINAS - SP - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: Avaliar a percepção da imagem corporal em adultos obesos pré-operados em cirurgia bariátrica mensurando aspectos de adequação social, satisfação e distorção da imagem corporal. Métodos: Realizado no Ambulatório de Obesidade da Clínica Cirúrgica localizado no 2º andar do HC- UNICAMP, foram incluídos no estudo 75 (setenta e cinco) adultos com média de 39,61 anos (DP=11,23), obesos grau I,II e III com IMC médio 37,97 (DP=3,7), variando entre 32 a 49, acompanhados no Programa multidisciplinar de preparo pré-operatório para cirurgia bariátrica. Estes foram informados sobre os objetivos do estudo, conforme explícito em termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) realizando três testes de imagem corporal: Escala de Silhuetas (Soresen e Stunkard, 1991) Questionário de Imagem corporal (BSQ-Body Shape Questionary, Di Pietro, 2001) e Questionário de Evitação da Imagem Corporal (BIAQ - Body Image Avoidance Questionnaire, Rosen et. Al, 1991. Adaptado e traduzido por Campana, 2007) bem como uma ficha de identificação. Resultados: No teste de BSQ notou-se que 33% dos pacientes possuem graves distorções da imagem corporal, apresentando média geral de 132 (DP=58,44. Pontuação mínima=34, máxima=204), o que representa distorção moderada. O teste de silhuetas de Stunkard demonstrou que, dos 75 entrevistados, apenas 18 percebem sua imagem corporal de acordo realidade. Quanto ao BIAQ, a média dos pacientes quase sempre evitam situações sociais que possam o constranger devido a ao peso (Média=4,26/DP=1,73/min=1, máx=6). Conclusões: Pacientes obesos em condições pré-operatórias apresentam distorções e impressões negativas acerca de sua imagem corporal, bem como dificuldade em manter relações sociais saudáveis. Bibliografia: Apovian CM. Obesity: definition, comorbidities, causes and burden. Revista Am J Manag Care, 2016; 22(1):176-185. Haslam DW, Le Roux SC (Org.). Controversies in Obesity. London:Springer; 2014. Ribeiro GANA, Giampietro HB, Belarmino LB, Salgado-Junior W. Perfil psicológico de pacientes candidatos à cirurgia bariátrica. Revista Arq Bras Cir Dig, 2016; 29(1):27-30.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 308

TÍTULO DO TRABALHO: ANÁLISE COMPARATIVA DA FUNÇÃO RENAL POR RENOGRAMA NO TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ESTENOSE DA JUNÇÃO PIELO-URETERAL

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PEDIÁTRICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: AMILCAR ALVES ASSIS1; EDEVARD JOSÉ DE ARAÚJO1; CAROLINA OLIVEIRA PARANAGUÁ DE CASTRO2; OSVALDO DE ALCÂNTARA BRAGA AIDAR2. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, FLORIANÓPOLIS - SC - BRASIL; 2. HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA, BRASÍLIA - DF - BRASIL.

RESUMO:

Introdução: A estenose da Junção Ureteropiélica (JUP) é a principal causa de hidronefrose em lactentes e crianças, sendo o Renograma, com obtenção da função renal através da cintilografia por DMSA, o exame que têm se destacado na decisão terapêutica destes casos. Porém a literatura ainda não tem uma clara definição acerca do efeito da correção cirúrgica (pieloplastia) na função renal pós-operatória destas crianças.Objetivos: Avaliar a variação da função renal pré e pós Pieloplastia, por meio da Cintilografia Renal, nos pacientes operados no Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG) e no Hospital Maternidade Santa Helena(HMSH).Métodos: Observacional, transversal e retrospectivo de 82 pacientes submetidos à Pieloplastia no HIJG e no HMSM, entre 1990 e 2013.Resultados: Dos 82 pacientes estudados, 48 eram do sexo masculino e 34 do sexo feminino, sendo a faixa etária mais prevalente a dos Lactentes (54%). A maioria foi diagnosticada ainda no período pré-natal, através do exame ultrassonográfico. O grau da hidronefrose mais prevalente foi o III (52%). A média da função renal relativa pré-operatória do lado acometido pela hidronefrose, verificada pelo DMSA, foi de 40,7% e no pós-operatório de 42,4%. Uma variação na função renal pré e pós-operatória menor que 5% tanto para mais como para menos, considerada neste estudo não significativa ocorreu em 38 pacientes (48%); diminuição maior que 5% em 13 pacientes (16%) e aumento maior que 5% em 28 pacientes (36%).Conclusão: Há evidência estatisticamente significativa de pequeno ganho na função renal quando observados todos os dados. Quando analisado o fator Faixa Etária, os Lactentes (<2 anos) tem uma tendência estatisticamente significativa de apresentar ganhos mais pronunciados na função renal.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1955

TÍTULO DO TRABALHO: Preparação cirúrgica pediátrica: Presença dos pais na indução anestésica e recuperação imediata

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PEDIÁTRICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: WANESSA FERNANDES VELOSO1; KARLOS JENNYSSON SOUSA SOARES2; ANA LETÍCIA ARGENTINO BONONI1; EDUARDO HENRIQUE SOARES ALMEIDA1; RONAN REGINATTO1. 1. FACULDADES INTEGRADAS DA UNIÃO EDUCACIONAL DO PLANALTO CENTRAL, BRASÍLIA - DF - BRASIL; 2. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL/UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, SOBRAL - CE - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: A intervenção cirúrgica representa uma circunstância crítica que gera uma crise vital, discutiremos a importância de uma correta preparação do ponto de vista biopsicosocial, buscando um consenso sobre a importância da presença dos pais durante a indução anestésica e no pós-operatório imediato. Metodologia e fontes dos dados:Revisão de literatura contendo a descrição e análise crítica de bibliografias publicadas, dando-se preferência para aquelas datadas dos últimos cinco anos, abordando o preparo da criança e família para procedimentos cirúrgicos, bem como aspectos prós e contras a presença efetiva dos pais no centro cirúrgico antes do início da operação e no pós operatório imediato. Discussão: Em relação às vantagens podemos citar: redução da necessidade de sedativos pré-operatórios, a diminuição do medo e da ansiedade que acompanham a separação dos pais, menor necessidade de restrição física, melhor relação família-equipe de saúde. Além disso, durante a indução anestésica a criança pode ficar agitada aumentando o risco de apnéia e laringoespasmo.Por outro lado, alguns pesquisadores afirmam que a presença dos pais pode alterar a rotina do centro cirúrgico, aumentar o número de pessoas na sala. Além disso, a ansiedade dos pais pode piorar a ansiedade da criança, prolongar o tempo de indução e promover estresse adicional no anestesiologista e no restante da equipe.A recuperação imediata também é uma situação crítica para o paciente pediátrico. A frequente agitação pós-operatória, denominada emergence delirium, caracterizado por confusão mental, irritabilidade, desorientação, choro inconsolável pode ocasionar um prolongamento do tempo de recuperação na sala de recuperação pós-anestésica, pode levar à perda de cateteres intravenosos, desconexão de cabos e instrumentos de monitorização.Cabe ressaltar que legislação vigente, incluindo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), embora garanta o direito de um tratamento diferenciado de saúde para estas faixas etárias, não obriga a permanência de pais em nenhum momento durante a realização de procedimentos médicos invasivos ou mais especializados.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2802

TÍTULO DO TRABALHO: Alternativas de tratamento para os siliconomas ? experiência no HUGG

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: EDUARDO COSTA TEIXEIRA1; VLADIMIR SANCHEZ JIMENEZ1; NAZLY GARCES MURILLO1; LEIDY CATHERINE PINZON MURILLO1; PABLO JORDÃO1; EDGAR MARTIN ROSARIO ABREU1; KARINE REIS DE MIRANDA2. 1. DEPARTAMENTO DE CIRURGIA GERAL E ESPECIALIZADA - EMC/UNIRIO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; 2. DEPARTAMENTO DE CIRURGIA GERAL E ESPECIALIZADA - EMC/UNIRIODEPARTAMENTO DE CIRURGIA GERAL E ESPECIAL, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:

INTRODUÇÃO ? A injeção ilegal de silicone líquido industrial em tecidos moles, notadamente em região glútea e membros inferiores, para aumento de volume com fins supostamente estéticos tem se configurado um problema de saúde pública em nosso meio, bem como em outros países. A desinformação a respeito do procedimento, muitas vezes confundido com técnicas e substâncias reconhecidas no meio médico, contribui para a disseminação da prática criminosa, trazendo aos consultórios médicos um número crescente de complicações e seqüelas. O objetivo deste trabalho é revisar as condutas adotadas pela equipe do Departamento de Cirurgia Geral e Especializada da Escola de Medicina e Cirurgia da Universidade Federaldo Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO para corrigir ou minimizar as seqüelas decorrentes do implante de silicone industrial. MÉTODO ? Foram estudados 23 casos de pacientes, que procuraram o ambulatório do HUGG apresentando seqüelas importantes após a injeção de silicone industrial em mamas, região glútea e/ou membros inferiores. Foram analisadas descritivamente as técnicas empregadas para a correção e a minimização das complicações e seqüelas apresentadas pelos pacientes, bem como a sua efetividade na melhora dos quadros tratados. RESULTADOS ? Dos pacientes tratados, 18 eram do sexo feminino e 5 do masculino. Na maioria dos casos, a conduta consistiu na drenagem e aspiração de parte do silicone industrial através do uso de cânulas de lipoaspiração, com melhora do processo inflamatório local. Em 4 casos foram necessárias intervenções mais amplas, com ressecção de tecidos (incluindo segmentos de pele) ou cicatrizes secundárias a ulcerações. Em todos os casos os pacientes referiram melhora com os tratamentos realizados. CONCLUSÃO ? Embora seja sabidamente impossível a retirada completa do silicone industrial injetado em tecidos moles, a alta incidência e as potenciais seqüelas decorrentes deste tratamento ensejam as tentativas de tratamento cirúrgico que possam reduzir estas complicações. As condutas empregadas pelos autores se mostraram efetivas nesta redução, trazendo melhora a qualidade de vida dos pacientes.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1327

TÍTULO DO TRABALHO: AVALIACAO COMPARATIVA DOS PACIENTE INTERNADOS POR QUEIMADURA NO ESTADO DE SÃO PAULO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: NICOLA FIORINO BIANCARDI1; THAÍS MATHIAS AGUIAR DA SILVA1; LUCIANA SILVA POMBO1; MARINA FIORINO BIANCARDI1; FLÁVIA SILVA MOREIRA1; SULAMITA SHIZUKO OKAYAMA2; LUMA GUARESCHI3; MARCIO MENDES MANENTE4. 1. HOSPITAL DAS CLINICAS DE TERESÓPOLIS CONTANTINO OTAVIANO, TERESÓPOLIS - RJ - BRASIL; 2. INCA, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL-HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO, PASSO FUNDO - RS - BRASIL; 4. HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:

OBJETIVOTraçar perfil epidemiológico dos pacientes internados por queimaduras e corrosões no estado de São PauloMETODOLOGIATrata-se de um estudo descritivo transversal dos pacientes internados por queimaduras e corrosões no estado de São Paulo .Os dados foram obtidos mediante consulta ao banco de dados do DATASUS, nos anos de 2010-2015. Foram analisados: o numero de internações , a idade e sexo dos pacientes, bem como o tempo médio de internação .RESULTADOSNo período da pesquisa foram internados 13.961 pacientes por queimaduras e corrosões , sendo no ano de 2010: 3.179 casos; 2011:2.592 casos; 2012: 2.374 casos;2013:2146 casos; 2014: 1969 casos , e 2015:1701 casos. O número de pacientes internados por faixa etária , no período , foi: na faixa etária de menores de 1 ano :269pacientes; 1-4 anos : 1973 pacientes; 5-9 anos: 973 pacientes; 10-14 anos: 874 pacientes; 15-19 anos: 739 pacientes; 20-29 anos: 2270 pacientes; 30-39 anos : 2278 pacientes; 40-49 anos: 1977 pacientes; 50-59 anos: 1345; 60-69 anos:695 pacientes; 70-79 anos : 351 pacientes ; e acima de 80 anos :213 pacientes. Quanto ao sexo, nos 5 anos da pesquisa, 9183 eram do sexo masculino , e 4778 eram do sexo feminino. O tempo médio de internação foi de 8,5 dias . DISCUSSAOO ano com maior numero de casos notificados e o ano de 2010, correspondendo a 22,7%, seguido do anos de 2011, com 18,5% dos casos notificados. Avaliando o numero de casos por idade, temos na população pediátrica e herbiatrica(menores de 1 ano ? 19 anos), a faixa etária de 1-4 anos com 14 %, seguido da de 5-9 anos, com 7%. Na população adulta, observa-se a população na faixa etária de 20-29 anos e 30-39 anos , ambos com 16% dos casos. Quando ao sexo dos pacientes , observa-se predomínio do sexo masculino sobre o feminino.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2389

TÍTULO DO TRABALHO: Avaliação da extração do Foliculo Piloso Para Transplante

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANTONIO ARCANJO BATUIRA TOURNIEUX1; TATIANA TOURINHO TOURNIEUX2; WANESSA DA COSTA LIMA2. 1. CIRURGIA PLASTICA CIENTIFICA SAO PAUO, SAO PAULO - SP - BRASIL; 2. CIRURGIA PLASTICA CIENTIFICA SAO PAULO, SAO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

AVALIAÇAO DA EXTRAÇÃO DO FOLICULO PILOSO PARA TRANSPLANTEAUTORES ANTONIO ARCANJO BATUIRA TOURNIEUXTATIANA TOURINHO TOURNIEUXFUGÊNCIO COSTA RAMOSWANESSA DA COSTA LIMA INTRODUÇÃO VÁRIOS MÉTODOS USADOS PARA EXTRAÇÃO DO FOLÍCULO PILOSO, TIVERAM A PREOCUPAÇÃO DE CRIAR E UTILIZAR VÁRIOS INSTRUMENTOS E TÁTICAS DIVERSAS PARA FACILITAR. PORÉM A REGIÃO DOADORA E O SENTIDO DA HASTE NO AFLORAMENTO DO FOLÍCULO ORIENTOU O MANUSEIO DO MESMO, PERMITINDO CADA VEZ MAIS O APRIMORAMENTO. NO BRASL O PRIMEIRO RELATO DO TRATAMENTO DA CALVICIE COM RETALHO E COM TRANSPLANTE DO FOLÍCULO, FOI DE MUNIR CURI, MAS FOI NORMAM ORENTRAICH NOS ESTADOS UNIDOS DA AMERICA, QUE PROPORCIONOU A GRANDE DESCOBERTA DO EVENTO TRANSPLANTE COM MINIENXERTIA. OS AVANÇOS DA CIRURGIA DA CALVÍCIE, TEVE O OBJETIVO DE CONSEGUIRDENTRO DO POSSÍVEL RESULTADO COURO CABELUDO NORMAL. TÉCNICAS OPERATÓRIAS E OBSERVAÇÕES VAMOS NOS REPORTAR AO TRATAMENTO COM MINIENXERTIA(COM DOIS OU MAIS FOLÍCULOS), ATÉ OS DE UNIDADE CAPILAR, ESSAS TÉCNICAS FORAM DESCRITAS PELOS AUTORES BRASILEIROS. AS TÉCNICAS (FUT) FOLICULAR UNIT TRANSPLANTATION E A (FUE) FOLICULAR UNIT EXTRACTION, COMPREENDE O APERFEIÇOAMENTO DO TRATAMENTO. NOS MINIENXERTOS, BASEADOS EM ESTUDO HISTOLÓGICOS, PODEMOSCONFIRMAR QUE O "COMPLEXO CAPILAR", PODE APRESENTAR FOLÍCULO FASE TERMINAL (TELÓGENA)E FOLÍCULO NO PRIMEIRA FASE (ANÁGENA), ESTES DOIS FOLÍCULOS DENTRO DESTE FRAGMENTO PARA ENXERTIA, PASSA TER IMPORTÂNCIA NA CONFECÇÃO, POIS APENAS, O FOLÍCULO DA ÚLTIMA FASE PARTICIPA DO CICLO FOLICULAR. OS FOLICULOS DA ÚLTIMA FASE APRESENTAM ASPECTO HIPOTRÓFICO, ESPAÇOS VAZIOS E ESCAPE MELÂNICO. COMENTÁRIOS E CONCLUSÕES DEPOIS DE UMA LONGA EVOLUÇÃO ENTRE DIVERSAS TÉCNICAS E TÁTICASACREDITAMOS TER ENCONTRADO UM PROGRAMA QUE ATENDE SATISFATORIAMENTE A ESSE DESIDERATO, TANTO AO PROFISSIONAL E O PACIENTE

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2861

TÍTULO DO TRABALHO: Avaliação da mobilidade do tronco após cirurgias plásticas do abdome

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RODRIGO DEL PINO SILVA1; VICTOR ARAUJO FELZEMBURGH2; LUCAS RIOS ROCHA2; RODRIGO FERREIRA DA ROCHA2; REBECA FERNANDES DE CARVALHO2; BEATRIZ MOURA COSTA E COSTA1; PEDRO MORAES DÓREA1; DARLAN RODRIGUES TORRES3; JOSÉ VALBER LIMA MENESES2. 1. UNIFACS, SALVADOR - BA - BRASIL; 2. UFBA, SALVADOR - BA - BRASIL; 3. FTC, SALVADOR - BA - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: Comparar a mobilidade da parede abdominal após dermolipectomia clássica e pós-bariátrica com uso do progrmama CvMob. Método: Estudo observacional, transversal, realizado no serviço de cirurgia plástica do hospital universitário de referência. Foram incluídos pacientes operados neste hospital no período de 2008 a 2016, submetidos a dermolipectomia clássica e dermolipectomia pós-bariátrica. Do grupo amostral identificados como elegíveis para participar do projeto de pesquisa, 26 (22,6%) pacientes foram incluídos por conveniência de uma amostra de 115, grupo que aceitou participar do projeto. Foram coletado dados dos prontuários e convidados para consulta e dados do exame físico. Foi realizada a filmagem dos movimentos dos pacientes conforme protocolo previamente estabelecido medindo a trajetória de rotação do abdome, ângulo de extensão, trajetória do movimento e inclinação lateral do abdome de maneira padronizada. Os dados foram analisados pelo programa CVMOB, que utiliza a análise dos fluxos de pixel em vídeos. Resultados: Foi observado que o perfil dos pacientes estudados após dermolipectomia pós bariatrica apresentou médias de 1,62m de altura, 86,36 kg de peso, Hb de 12,3, tempo cirúrgico médio (TCM) de 4h 54min, 49,5 anos de idade e cicatriz horizontal (CH) de 57,8 cm. Já o grupo da dermolipectomia clássica apresentou altura de 1,59m, peso de 64,3kg, Hb de 12 e TCM de 3h 54min, idade de 48 anos e CH de 44,9 cm. Dados da trajetória revelaram deslocamento lateral de 16 e 17 cm, trajetória da rotação 13,4 cm e 13,5 cm; e ângulo de hiperextensão 30,7º e 25,2º nos grupos pós-bariátrico e clássico, respectivamente. Conclusões: Existiu diferença no perfil dos grupos estudados entre cirurgia clássica e pós-bariátrica não havendo repercussão no movimento de trajetória de rotação e inclinação e uma diferença no grau de extensão do abdome. Uso do Cvmob como ferramenta de inovação e tecnologia mostrou-se reprodutível e de baixo custo. 1. García-García ML, Martín-Lorenzo JG, Campillo-Soto A, Torralba-Martínez JA, Lirón-Ruiz R, Miguel-Perelló J, Mengual-Ballester M, Aguayo-Albasini JL. Complications and level of satisfaction after dermolipectomy and abdominoplasty post-bariatric surgery. Cir Esp. 2014 Apr;92(4):254-60. 2.Poodt IG, van Dijk MM, Klein S, Hoogbergen MM. Complications of Lower Body Lift Surgery in Postbariatric Patients. Plast Reconstr Surg Glob Open. 2016 Sep 29;4(9).

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1191

TÍTULO DO TRABALHO: Avaliação epidemiológica e anatomopatológica dos pacientes submetidos à ressecção cirúrgica por tumores cutâneos em face no Município de Teresópolis-RJ

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: NICOLA FIORINO BIANCARDI1; THAÍS MATHIAS AGUIAR DA SILVA1; LUCIANA SILVA POMBO1; FLÁVIA SILVA MOREIRA1; DOMINGOS LOPES DO AMARAL JUNIOR2; LUMA GUARESCHI3; MARCIO MENDES MANENTE4; SULAMITA SHIZUKO OKAYAMA5. 1. HOSPITAL DAS CLINICAS DE TERESÓPOLIS CONTANTINO OTAVIANO, TERESÓPOLIS - RJ - BRASIL; 2. EMESCAM, VITÓRIA - ES - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO, PASSO FUNDO - RS - BRASIL; 4. HOSPITAL SERVIDORES DO ESTADO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; 5. INCA, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:

OBJETIVOAvaliar perfil dos pacientes internados para ressecção de tumores cutâneos em face, e analise anatomopatológica das peças ressecadas.METODOEstudo epidemiológico do tipo observacional com delineamento transversal, baseado na análise de laudos anatomopatológicos dos pacientes submetidos à ressecção cirúrgica de tumores cutâneos em face. O estudo avaliou indivíduos internados para cirurgia plástica, no período de janeiro-dezembro de 2013, no Hospital das Clínicas de Teresópolis Constantino Ottaviano, no município de Teresópolis-RJ. Foram analisados: idade, sexo, local das lesões, margem de segurança oncológica, e resultados anatomopatológicos .RESULTADOSNo período do estudo foram submetidos a ressecção cirúrgica por tumores cutâneos em face 20 pacientes, sendo que um dos casos apresentava duas lesões oncológicas em face. Quanto ao sexo dos pacientes, temos: 55% do sexo feminino e 45% do sexo masculino. Quanto a idade dos pacientes, observa-se: 9% na faixa etária dos 40-50 anos; 23% dos 51-60 anos; 27% na faixa de 61-70 anos; 18% de 71-80 anos e 23% nos pacientes com idade acima de 80 anos.Analisando a área da face acometida, temos: 20% de acometimento em região de orelha, tanto esquerda quanto direita; 10% em lábios; 35% em nariz, sendo desse total 14% em ponta de nariz e 86% em asa nasal ; 5% em sulco naso geniano e 30% em região malar.O resultado da ressecção cirúrgica, atingiu-se 100% dos tumores ressecados com margem cirúrgica livre. A análise anatomopatológica, temos: 86% de carcinoma basocelular(CBC) e 14 % de carcinoma espinocelular(CEC).DISCUSSAONo estudo observamos ligeiro predomínio do sexo masculino sobre o feminino, porem a proporção de 2:1 apresentada nos estudos para CBC..A faixa etária predominante é semelhante à encontrada na literatura, sendo as faixas de 61-70 anos com maior numero.No estudo, a região nasal foi identificada com predominância dos casos, principalmente as asas nasais.O predomínio maiorde casos de CBC sobre o CEC e melamona, mantem-se preservada. Observa-se no CBC o subgrupo nodular sendo o mais frequentePara o CBC e CEC a exérese cirurgica deve ser feita com margem adequada.CONCLUSAODe acordo com dados comparativos apresentados, segundo literatura médica confiável e índices internacionais, os dados apresentados nesse estudos se assemelham no perfil epidemiológico dos pacientes.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1331

TÍTULO DO TRABALHO: Avaliação histopatológica e imunohistoquímica das queimaduras de 2º grau superficial em dorso de ratos tratadas com curativo de celulose bacteriana

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GUILHERME FREDERICO FERRO ALVES; GUSTAVO MEIRELLES DOS SANTOS; TALES BARIONE REGINALDO; DECIO LUIS PORTELLA. FCMS-PUC-SP, SOROCABA - SP - BRASIL.

RESUMO:

INTRODUÇÃO: Queimaduras são lesões frequentes na populaç?o, com altos gastos no Sistema Único de Saúde. Frequentemente são causadas por escaldo, gerando feridas de 2º grau de pequena a média extensão. Contudo, ainda não há um consenso sobre o uso de curativos. Recentemente curativos com celulose bacteriana(CB) estão sendo utilizados como coberturas para tratamento de queimaduras e representam grande avanço na área de biomateriais.OBJETIVOS: Necessidade de elucidação sobre os aspectos cicatriciais e de epitelização das queimaduras tratadas com CB, justificando avaliação histológica e imunohistoquímica de queimaduras de 2º grau tratadas por esse curativo.MÉTODOLOGIA: Foram provocadas queimaduras de 2º grau por escaldo em ratos Wistar sp. tratados com CB Bionext® ou solução fisiológica 0,9%, de acordo com o grupo. Posteriormente foi realizada aferição da espessura de epiderme e avaliação imunohistoquímica com os marcadores ?-actina e Fator de VonWillebrand.DISCUSSÃO E RESULTADOS: As avaliações imunohistoquímica e histológica não evidenciaram diferença significativa em relação à presença de miofibroblastos p=0,7816, neovascularizacão p=0,7465, espessura epidérmica p=0,5849, infiltrado inflamatório p=0,6495, cicatriz p=0,5889 e colágeno p=0,8864 entre os grupos tratados com CB e solução fisiológica 0,9%. Diferem do estudo de Kwak et al, que relatou aumento de neoangiogênese no grupo tratado com celulose bacteriana.CONCLUSÃO: as avaliações imunohistoquímica e histológica não evidenciaram diferença significativa em relação à presença de miofibroblastos, neovascularizacão e espessura epidérmica.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 381

TÍTULO DO TRABALHO: AVALIAÇÃO OBJETIVA DA SEPTOPLASTIA ABERTA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FELIPPE GRISARD1; STEFANY GOUDZENKO HERNANDEZ1; FELIPE OLIVEIRA DUARTE2. 1. UNISUL, FLORIANOPOLIS - SC - BRASIL; 2. POLIGENE CLINICA MEDICA, FLORIANOPOLIS - SC - BRASIL.

RESUMO:

OBJETIVOAvaliar os resultados de uma casuística de 15 casos de septoplastia abertaMÉTODOforam avaliados 15 casos de pacientes submetidos à septoplastia aberta, no período 01/01/2008 a 01/11/2010, considerando casos de desvios septais graves. Foram avaliadas as seguintes variáveis: tempo cirúrgico, complicações nas primeiras 24 horas, complicações após 3 meses.Técnica de acesso: Dorso nasal: feita pela rinoplastia abertaTécnica de correção da cartilagem septal: Realizado a sutura septal: sutura em colchoeiro, onde os pontos são dados em "U", importando mucosa, pericôndrio e cartilagem, usando fio catgut 3.0.Técnicas adcionais: em todos pacientes também foi utilizada a colocação de enxertos cartilaginosos expansores na válvula interna e colocação de enxerto tipo estaca para sustentação da ponta nasal.RESULTADOSEm relação ao tempo cirúrgico, este foi de em média 50 minutos. Nas complicações imediatas (primeiras 24 horas) 1 paciente apresentou sangramento na narina esquerda 5 horas após o encerramento do ato cirúrgico. Este sangramento foi controlado com tamponamento nasal anterior da narina esquerda por 48 horas. Em relação a hemostasia, em nenhum caso foi usado tampão nasal no pós operatório imediato, em 2 casos foram utilizados splints.Em relação as complicações tardias, foi necessario fazer uma revisão cirúrgica em uma paciente onde na cirugia inicial se associou a septoplastia com a rinoplastia estética, por queixa de giba dorso nasal e ponta nasal sem projeção. A revisão foi feita no oitavo mês de ós operatório não por queixa funcional, mas sim por uma giba óssea residual no dorso. A correção foi feita por endorrinoplastia onde foi realizado apenas a raspagem da gibaóssea residual.CONCLUSÃOO surgimento de novas abordagens como a septoplastia por rinoplastia abertaq, mostra que a septoplastia apesar de bastante sistematizada, ainda, se apresenta em evolução técnicaBIBLIOGRAFIA1. BERNARDO, MT; ALVES, S. Septoplastia com ou sem tamponamento pós operatório? Estudo prospectivo. 2013. Braz. J. Otorhinolarygol. vol 79. no.4 São Paulo. June/aug.20132. SEVIK ELICORA, S; ERDEM,D; Difficult septal deviation cases: is it open or closed technique? 2016. Brazz.J, Otorhinolaryngol. Apr.29

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2102

TÍTULO DO TRABALHO: Centros de Tratamento de Queimaduras: uma necessidade nacional

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANDRÉ JOSÉ YABAR ALFARO1; SILVIA IRLA ALFARO YABAR2; NURIA ALFARO YABAR3. 1. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ, LONDRINA - PR - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, LONDRINA - PR - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE DO OESTE PAULISTA, PRESIDENTE PRUDENTE - SP - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: Quantificar os Centros de Tratamento de Queimaduras (CTQ) habilitados no Brasil e correlacioná-los com a quantidade de pacientes queimados no território nacional no ano de 2016.Método: Verificou-se os CTQs habilitados no Brasil a partir do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde. Os dados referentes ao número de pacientes com queimaduras foram obtidos a partir do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, considerou-se todo paciente com Autorização de Internação Hospitalar (AIH) desde pequenas queimaduras até tratamento de urgência de grandes queimados.Resultados: O Ministério da Saúde habilita 45 unidades de CTQs sendo duas de Média Complexidade e 42 de Alta Complexidade. Dessas unidades há 38 CTQ com Unidades de Terapia Intensiva para queimados, totalizando 178 leitos pelo Sistema Único Saúde (SUS). É estimado 1 milhão de acidentes por queimaduras por ano no Brasil e 2500 irão falecer. Em 2016 houve 17.389 AIH na rede pública do SUS que geraram 144.107 dias de permanência em leitos.Conclusão: Se considerarmos a quantidade de vítimas de queimadura no país vemos a necessidade de mais CTQs para uma cobertura nacional e homogênea. Muitos estados ainda não possuem nenhum centro, principalmente na região Norte e Nordeste. As duas regiões apresentam apenas 9 unidades e possuíram em 2016 40,3% das AIH. Ao compararmos com os Estados Unidos há 159 CTQs, uma média de um centro para 2 milhões de habitantes, contra um centro para 4,5 milhões de habitantes no Brasil. Existe uma dificuldade enfrentada pelos CTQ nos diversos sistemas de saúde, os Estados Unidos sofrem uma retração nas unidades e o Brasil apresenta dificuldade na implementações de novos centros. Cabe ressaltar a importância dos CTQs no cenário nacional, uma vez que permitem um atendimento integral ao paciente queimado a partir de sua equipe multiprofissional, assim, é necessário incentivar novas implementações, principalmente nos estados desprovidos de nenhum centro especializado.Bibliografia: Ferreira MC, Gomes DS. Tratado de cirurgia plástica, volume II: queimaduras. São Paulo: Atheneu, 2013.Brasil. Ministério da Saúde [homepage na Internet]. Departamento de Informática do SUS ? Datasus [acesso 3 de fevereiro de 2017]. Disponível em http://www.datasus.gov.br.Poovey B. Hospitals are shutting down burn centers. Washington Post Journal [acesso 3 de feveiro de 2017]. Disponível em http://www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2007/08/08/AR2007080800272.html.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1944

TÍTULO DO TRABALHO: CIRURGIA "WIDE AWAKE" NA DESCOMPRESSÃO DO TÚNEL DO CARPO: A PERSPECTIVA DO PACIENTE

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BIANCA ZANETTE DE ALBUQUERQUE; RAFAEL CANANI SOMMER; MARCOS RICARDO DE OLIVEIRA JAEGER; JEFFERSON LUIS BRAGA SILVA. PUCRS, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: O tratamento cirúrgico da Síndrome do Túnel do Carpo (STC), patologia prevalente em até 5% da população, representa importante alternativa na diminuição da pressão intratúnel e consequente alívio sintomático. Técnicas mais simples, econômicas e com resultados semelhantes devem ser buscadas em benefício dos médicos, dos pacientes e da saúde pública. O objetivo deste estudo é comparar, quanto à satisfação dos pacientes, a técnica wide awake local anestesia no tourniquet (WALANT) ? que consiste em anestesiar localmente o paciente com lidocaína e epinefrina ? com outros tipos de anestesias utilizadas na cirurgia de Descompressão do Túnel do Carpo (DTC), já que o uso da epinefrina se mostrou seguro na cirurgia da mão.Métodos: Uma revisão da literatura foi feita nas databases Embase e Pubmed; os artigos foram selecionados por dois pesquisadores independentes.Resultados: Recentemente a técnica WALANT, que dispensa o uso de torniquete, de sala cirúrgica convencional e de anestesia geral, surge como uma nova opção na cirurgia de DTC. Braithwaite, em um estudo controlado randomizado, comparou o conforto e hemostasia de pacientes com STC bilateral, demonstrando a eficiência hemostática da WALANT. Além disso, 73% dos pacientes relataram maior desconforto com o torniquete. Koegst et al. analisou, por questionários, pacientes submetidos a WALANT. 90% dos pacientes relataram sentir-se extremamente bem ou bem. Em 2013 Davison comparou pacientes submetidos a WALANT com outros submetidos a DTC com sedação, anestesia local e torniquete. Os dois grupos mostraram-se igualmente satisfeitos. Contudo, o grupo submetido a WALANT reduziu tempo de internação, realizou menos exames e relatou menor ansiedade pré-operatória. Teo, em 2013, avaliou pacientes submetidos a cirurgias wide awake e 91% descreveram a dor como menor que a de um procedimento odontológico e 86% gostariam de usar a mesma anestesia se fosse necessário repetir o procedimento. Hustedt, em um estudo com 27.041 pacientes sugere que evitar anestesia geral pode reduzir o risco de complicações pós-operatórias. Rhee et al. em 2016 constatou que a cirurgia de DTC realizada por WALANT impactou em uma redução de 85% no custo do procedimento.Conclusões: Nossa revisão aponta que WALANT para DTC é um procedimento seguro, econômico e efetivo. Somado ao fato de ser um procedimento ambulatorial, com menores custos em exames, medicações e internações, acreditamos que a cirurgia wide awake seja o futuro da cirurgia de DTC.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2388

TÍTULO DO TRABALHO: Comparativo do perfil de pacientes submetidos a cirurgia plástica pós-bariátrica em Hospital Universitário e DATASUS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LUCAS RIOS ROCHA1; VICTOR ARAUJO FELZEMBURGH1; RODRIGO FERREIRA DA ROCHA1; PEDRO MORAES DÓREA2; RODRIGO DEL PINO SILVA2; GUSTAVO VIANA CONCEIÇÃO2; BEATRIZ MOURA COSTA E COSTA2; JOSÉ VALBER LIMA MENESES1. 1. UFBA, SALVADOR - BA - BRASIL; 2. UNIFACS, SALVADOR - BA - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: Avaliar o perfil dos pacientes submetidos a abdominoplastia pós-bariátrica em um hospital universitário de cirurgia plástica no período de 2008-2015 e comparar dados dos prontuários com dados disponibilizados pelo DATASUS. Método: O estudo observacional, transversal realizado em Hospital Universitário. Após seleção dos pacientes os dados foram coletados dos prontuários e instrumentos de avaliação padronizados foram aplicados durante avaliação no ambulatório. Foi realizada ainda coleta de dados e estudo de série temporal com dados agregados e secundários oriundos do sistema DATASUS e do Sistema de Informações Hospitalares/SIH. Foram analisadas todas cirurgias bariátricas e pós bariátricas realizadas no estado da Bahia no mesmo período de coleta do hospital universitário no período de 2008 a 2015. Resultados: O peso no período da dermolipectomia variou entre 55,4 e 111,8 kg (média de 86,361 Kg) apresentando cerca de 50 kg a menos que antes da gastroplastia. Na avaliação pós-operatória no ambulatório foi constatado uma média de idade de 49 anos, A altura da cicatriz com relação ao púbis foi de 9,1 cm e foi observado uma pequena assimetria entre a distância entre as extremidades da cicatriz e o eixo central variando de 0 a 6 cm. A média do comprimento da cicatriz horizontal foi de 57,8 cm. Conclusões: Identificou-se uma demanda muito grande de pacientes que necessitam de tratamento pós gastroplastias. As pacientes são operadas com idades diferentes das esperadas para a indicação das gastroplastias. Houve pouco ganho de peso no pós-operatório tardio, mesmo em pacientes com IMC prévio elevado. Foi identificado o uso de códigos de dermolipectomias não estéticas quando poderia ser usado o de cirurgia pós-bariátrica, onerando o hospital. Referências: 1. Massabki LHP, Sewaybricker LE, Nakamura KH, Mendes RT, Barros FAA, Monteiro MARG et al . Bariatric surgery: is it reasonable before the age of 16?. Rev. Col. Bras. Cir. 2016 Oct; 43(5): 360-367 2. Pierpont YN, Dinh TP, Salas RE, Johnson EL, Wright TG, Robson MC, Payne WG. Obesity and Surgical Wound Healing: A Current Review. ISRN Obes. 2014. 3. Mattioli WM et al.. Importância e análise da estabilização ponderal nos pacientes submetidos a cirurgia bariátrica candidatos à cirurgia plástica. Rev. Bras. Plást. 2012; 27(supl): 1-102.4. 4. Grieco M, et al. Analysis of Complications in Postbariatric Abdominoplasty: Our Experience. Plast Surg Int. 2015.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 687

TÍTULO DO TRABALHO: DESCRIÇÃO DA TÉCNICA DE RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA PÓS MASTECTOMIA TOTAL UTILIZADA NO SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA DO HOSPITAL DE CÂNCER NAPOLEÃO LAUREANO, EM JOÃO PESSOA ? PB

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: IGOR CHAVES GOMES LUNA; JÉSSICA MONTENEGRO PONTES; ERNESTO DE SOUZA DINIZ NETO; JOSANN FREDERICO RIBEIRO; GABRIELLA SANCHO LEITE; ARTHUR GONÇALVES DE LIMA FRANÇA; KAROLINE RODRIGUES COSTA ARAÚJO. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: Em função da relevância do câncer de mama na saúde feminina, este trabalho objetiva demonstrar a técnica cirúrgica de reconstrução mamária pós mastectomia utilizada no Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital de Câncer Napoleão Laureano, em João Pessoa-PB. Método: Foi descrita a técnica de reconstrução mamária utilizando o retalho miocutâneo do músculo grande dorsal com incorporação da fáscia gordurosa inferior e lateral ao retalho no Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Napoleão Laureano, em João Pessoa-PB, no período de maio de 2015 a maio de 2016, englobando 54 reconstruções com a técnica descrita e avaliação das complicações pós-operatórias. A cirurgia consiste em utilizar o retalho do músculo grande dorsal com inclusão da fáscia gordurosa adjacente para preenchimento dos polos superior e medial da neomama, baseando-se na técnica elaborada por Bailey (2010) e modificada pelo nosso serviço por também incluir a extensão lateral da fáscia gordurosa, que fica sobre o músculo serrátil anterior, permitindo um melhor preenchimento dos polos superior e medial da mama reconstruída. Além disso, nossa técnica permite que a paciente permaneça todo o tempo operatório em decúbito lateral, sem necessidade de mudança de decúbito. Resultados: Das 54 reconstruções foram observados: 04 infecções de sítio operatório, 02 retiradas de implante, 03 seromas, nenhuma perda de retalho, tromboembolismo pulmonar, trombose venosa profunda ou óbito. Foi observado que a técnica de preenchimento dos polos superior e medial é simples e fácil de reproduzir, não aumenta o índice de complicações, diminui ou anula a necessidade de refinamentos secundários, como lipoenxertia, e melhora o contorno do flanco/região lombar. A cirurgia em decúbito único, através de uma sequência uniforme de dissecção, permite otimização e redução do tempo cirúrgico, reduzindo as complicações tempo-dependentes (hematoma, infecção e tromboembolia). Conclusão: O câncer de mama é a neoplasia que mais afeta a mulher, com consequências estéticas e psicossociais. Por isso a importância da reconstrução mamária no sentido de resgatar a autoestima e a qualidade de vida da mulher. A técnica cirúrgica em decúbito único, por diminuir o tempo operatório, diminui os riscos de complicações. A incorporação da fáscia gordurosa inferior e lateral ao músculo grande dorsal permite uma neomama de contornos melhor preenchidos, com diminuição da necessidade de refinamentos cirúrgicos posteriores, como a lipoenxertia.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 397

TÍTULO DO TRABALHO: DRENAGEM LINFÁTICA DOS MEMBROS INFERIORES EM SEQUELAS DE DESENLUVAMENTOS CIRCUNFERENCIAIS - AVALIAÇÃO LINFOCINTILOGRÁFICA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DANIEL FRANCISCO MELLO; AMERICO HELENE JR; JOSE CESAR ASSEF. SANTA CASA/SP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

INTRODUÇÃOAs formas secundárias de linfedema são as mais frequentes, podendo ocorrer em consequência de tumores, cirurgias, radioterapia, traumas e infecções. Em formas graves e infrequentes de trauma dos membros, como nos desenluvamentos, forças que determinam compressão, estiramento e fricção dos tecidos, causam avulsão entre a pele e tecido subcutâneo com o plano da fáscia muscular, com consequente lesão do sistema linfático.OBJETIVOAvaliar as sequelas e alterações na drenagem linfática nos pacientes vítimas de desenluvamentos circunferenciais nos membros inferiores, a partir da linfocintilografia.PACIENTES E MÉTODOSAnálise retrospectiva dos casos atendidos no período de 2007 a 2013. Foram incluídos os casos com acometimento segmentar, circunferencial e unilateral em membros inferiores, que tenham sido tratados através de desbridamentos dos tecidos traumatizados, preparo do leito e enxertia de pele. A linfocintilografia foi realizada após um intervalo mínimo de 12 meses após o término do tratamento. O membro inferior não traumatizado foi utilizado como controle.RESULTADOSForam avaliados 15 pacientes, sendo 5 do gênero feminino e 10 do masculino. A média de idade foi de 33,6 anos. Foi observado a existência de segmento traumatizado circunferencial de no mínimo 15 cm, em espessura total, incluindo todo o tecido subcutâneo até segmentos da fáscia muscular. O segmento traumatizado apresentou variações de 5 a 12 % da superfície corporal. Todos os pacientes foram submetidos a enxertia de pele parcial. A linfocintilografia foi realizada após intervalo de 12 a 17 meses após o término do tratamento. Foram observadas alterações no exame linfocintilográfico em onze pacientes - 5 em nível grave, 3 em nível moderado e 3 alterações leves. Nos casos mais graves foram observados a presença de vasos múltiplos e colaterais, tortuosidades e refluxo dérmico.CONCLUSÃOAs alterações na circulação linfática são significativas nos casos de sequelas de desenluvamentos circunferenciais em membros inferiores e podem evoluir com piora progressiva e desenvolvimento de linfedema, se não houver o tratamento adequado e precoce.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS1 - Mello DF, Assef JC, Solda SC, Helene Jr A. Desenluvamento de tronco e membros: comparação dos resultados da avaliação precoce ou tardia pela cirurgia plástica. Rev Col Bras Cir (2015); 42(3): 143-48.2 - Murdaca G, Cagnati P, Puppo F. Current views on diagnostic approach and treatment of lymphedema. Am J Med (2012); 125: 134-140.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1373

TÍTULO DO TRABALHO: EFEITO DA NICOTINA NA INDUÇÃO DE ISQUEMIA EM RETALHOS: ESTUDO UTILIZANDO MODELO ANIMAL

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RENATO DA SILVA FREITAS; ANA LUISA BETTEGA; MARCO ANTONIO FACCIO; FELIPE SANTOS XAVIER. UFPR, CURITIBA - PR - BRASIL.

RESUMO:

Introdução: O tabagismo influencia negativamente no processo de cicatrização,induzindo vasoconstricção e isquemia. Parar de fumar diminui os riscosperioperatórios e melhora os resultados a longo prazo. O uso da terapia dereposição de nicotina (TRN) é uma forma de evitar a abstinência em pacientes comdesejo de parar o tabagismo. No entanto, não há dados da literatura quedemonstrem com clareza os efeitos do uso da TRN no processo de cicatrização eindução de isquemia. Objetivo: Analisar os efeitos da nicotina na indução deisquemia em retalhos no dorso de ratos. Material e métodos: É um estudoexperimental, longitudinal, controlado e randomizado. Foi utilizada uma amostra de30 ratos adultos, machos, da linhagem Wistar. Os ratos foram distribuídos, ao acaso,em três grupos: controle (GC), nicotina (GN, expostos a nicotina 2mg/kg em duasaplicações SC diárias, duas semanas antes da elevação do retalho) e fumaça decigarro (GF, expostos a fumaça de cigarro, dois cigarros, duas vezes ao dia, durante duas semanas antes da elevação do retalho). Foi feita a elevação do retalho cutâneodorsal de base cranial e subsequente reposto em seu leito original, através depontos separados de fio de náilon monofilamentado 3-0. A quantificação da área denecrose dos retalhos cutâneos se deu através das análises das imagens, geradasapós eutanásia no 14º dia de pós-operatório, através de escalas padronizadas peloprograma ImageJ®. Foi retirada toda a área do retalho, após a eutanásia, eencaminhada para a análise histológica. Resultados: A avaliação da porcentagemda área de necrose do retalho mostrou menor taxa de necrose no GC (35%),seguido pelo GN (50,3%) e pelo GF (59,8%) (p = 0,05). Os dados histológicosmostraram que o GN teve score de inflamação semelhante ao GF e maior do que oGC (p=0,009). Foi observado que o GF possuiu mais neovascularização, seguidopelo GN e pelo GC. Conclusão: A utilização do modelo animal para pesquisa dosefeitos isquêmicos do cigarro e nicotina em retalhos foi adequado. Os dadosapresentados sugerem que o tabagismo possui efeito isquêmico mais intenso que anicotina isolada. No entanto, os índices de necrose do grupo nicotina foram maioresque o grupo controle. Portanto, pacientes em uso de terapia de reposição denicotina, mesmo com a interrupção do tabagismo, apresentam risco maior denecrose se submetidos a cirurgias que necessitem de retalhos.Bibliografia: Pluvy I et. al., 2015. Barnes PJ.et. al. 2015. Gazzalle A, et.al. 2014. Selçuk CT, et al. 2016

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 682

TÍTULO DO TRABALHO: Efeito de modulador seletivo do receptor de estrogênio na integração da lipoenxertia autóloga ? um estudo experimental

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FELIPE HAUPENTHAL; ANDRÉ D`AVANÇO DE MORAIS; ANA PAULA MARTINS SEBASTIÃO; APAGAR REGISTRO. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR), CURITIBA - PR - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: Há muito tempo tem-se usado enxerto de gordura autóloga tanto para benefícios estéticos como para fins reconstrutivos, como em procedimentos de simetrização das mamas. Entretanto, o grau de reabsorção é imprevisível e alguns autores calculam que cerca de 20% a 90% do volume injetado são perdidos depois do primeiro procedimento. Com isso, muitas vezes há a necessidade de recorrer a várias sessões para a obtenção do resultado estético desejado. O objetivo deste estudo foi analisar o efeito do Tamoxifeno, medicamento comumente prescrito para pacientes com câncer de mama, como uma possível alternativa para reduzir as taxas de reabsorção do enxerto de gordura autóloga.Método: O coxim gorduroso da região inguinal de 16 ratos adultos fêmeas da linhagem Wistar foi retirado e então autoenxertado, sob volume padrão de 0,2 mL, em plano subfascial da região dorsal. Os animais foram randomizados em grupo-controle e grupo de estudo, sendo administrados, durante 21 dias, 20 mg/kg/dia de Citrato de Tamoxifeno para o grupo de estudo, via gavagem. Ao final do experimento, os animais foram eutanasiados e os enxertos analisados quanto à morfologia e histopatologia.Resultados: Os ratos submetidos ao tratamento com Tamoxifeno (grupo de estudo) apresentaram valores mais elevados em relação ao peso e ao volume dos enxertos quando comparados aos valores iniciais e ao grupo-controle. A análise histológica mostrou que a resolução do processo inflamatório foi mais rápida no grupo-controle e maior área e porcentagens superiores de colágeno imaturo predominaram nas lâminas do grupo de estudo.Conclusões: O uso do medicamento Tamoxifeno reduziu as taxas de reabsorção e de fibrose da lipoenxertia, resultando em maior integração do enxerto de gordura autóloga. Bibliografia:1. BAEK, R.M., PARK, S.O., JEONG, E.C., OH, H.S., KIM, S.W., MINN, K.W., LEE, S.Y. The effect of botulinum toxin A on fat Graft survival. Aesthetic Plastic Surgery, Seul, v. 36, n. 1, p. 680?686, 2012.2. BEZERRA, F.J.F., MOURA, R.M.G, NETO, J.D.M. Lipoenxertia em reconstrução mamária. Revista Brasileira de Cirurgia Plástica, Fortaleza, v. 28, n. 2, p. 241-246, 2013. 3. FU, S., LUAN, J., XIN, M., WANG, Q., XIAO, R., GAO, Y. Fate of adipose-derived stromal vascular fraction cells after co-implantation with fat grafts: evidence of cell survival and differentiation in ischemic adipose tissue. Plastic Reconstructive Surgery, Pequim, v. 132, n. 2, p. 363-373, 2013.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 500

TÍTULO DO TRABALHO: Estudo comparativo entre o método USP de terapia por pressão negativa e o sistema V.A.C.® no tratamento de feridas traumáticas [Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo;

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FABIO KAMAMOTO. FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

A terapia de tratamento de feridas por pressão negativa (TPN) não é nova. Foi aprovada nos Estados Unidos da América em 1996 e desde então, tem sido amplamente utilizada em uma grande variedade de ferimentos. Ela tem aplicação no tratamento de feridas agudas e crônicas, e trouxe conforto para pacientes, cuidadores e profissionais da área da saúde. Uma das indicações desta terapia é no tratamento de feridas decorrentes de trauma. Pode ser utilizada como uma ?ponte? entre o surgimento da lesão inicial e a cirurgia de fechamento definitivo da ferida, naqueles casos em que o fechamento primário não é possível. O grande obstáculo para democratização desse procedimento é o custo. Ele se mantém alto, principalmente nos pacientes que necessitam de um uso prolongado do método. Na tentativa de contornar esse problema, o Hospital Universitário da USP desenvolveu em 2007 uma TPN de baixo custo baseada em uma válvula estabilizadora de pressão (Curavac VX 200®, Ventrix Health Innovation, Brasil) conectada à fonte de vácuo da parede do hospital e a uma cobertura de ferida com gaze estéril selada por filme plástico adesivo. Este estudo comparou essa terapia de baixo custo (grupo USP) com a terapia padrão no Mercado (VAC system®, KCI, San Antonio ? Texas) ? Grupo VAC em um desenho prospectivo, randomizado, no formato de não inferioridade. Ou seja, o objetivo primário era verificar se o tempo necessário para a ferida estar apta para cirurgia de fechamento definitivo era equivalente nos dois métodos propostos. Foram estudadas, a velocidade de crescimento do tecido de granulação e as mudanças na área da ferida, além do custo de cada tratamento. Em relação ao tempo necessário para ferida estar apta para a cirurgia de retalho, o Grupo USP apresentou um resultado de 9,6±4,5 dias. O Grupo VAC apresentou 12,8±8,6 dias. A diferença não foi estatisticamente significante (p=0,379). Em relação ao aumento de tecido de granulação por dia de tratamento, os dois métodos apresentaram resultados semelhantes: USP= 5,79 ± 2,93% e VAC 5,06 ±5,15% (p=0,408). Em relação à variação de área, os dois grupos apresentaram um aumento: USP 1,13 ±0,80% e VAC 1,12 ± 0,80% (p=0,934). Foi observada uma importante diferença entre os custos do tratamento. O tratamento no Grupo USP custou, em média, R$ 47,89; enquanto o tratamento no grupo VAC, R$ 2.757,40. A terapia USP de tratamento de feridas por pressão negativa não é inferior à terapia VAC system® no tratamento de feridas complexas de origem traumática.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1569

TÍTULO DO TRABALHO: Ligamentos retentores da face: estudo anatômico na população baiana

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DANILO PINHEIRO NUNES; JOSÉ VALBER LIMA MENESES; RODRIGO DEL PINO SILVA; REBECA FERNANDES DE CARVALHO; JACQUELINE SALES BRANDÃO RIOS; PEDRO MORAES DÓREA; JULIANA VIEIRA PINTO TRAVASSOS; TAUANE BAHIA MODESTO. UFBA, SALVADOR - BA - BRASIL.

RESUMO:

Os ligamentos retentores da face permitem o suporte dos tecidos faciais moles na sua posição anatômica normal. Com a frouxidão desses ligamentos, que servem de pontos de ancoragem para o SMAS e a derme até a fáscia pronfunda e periósteo, as gorduras faciais descem ao plano entre as fáscias superficial e profunda, criando estigmas do envelhecimento facial. Para cirurgia faciais, reconstrutivas ou estéticas, a obtenção de um avanço e reposicionamento adequado dos tecidos faciais é necessária e a transecção e fixação dos ligamentos retentores ás estruturas fixas subjacentes permite resultados mais seguros Objetivo:Estudar anatomia dos ligamentos da face (medidas, localização e suas rela ções com estruturas faciais adjacentes) possibilitando comparações entre nossa população e dados já existentes Metodologia:Dissecados 08 cadáveres não reclamados do IML Nina Rodrigues total 12 hemifaces, excluídos cadáveres com cicatrizes ou deformidades. Parâmetros fixos (porção anterior do tragus e rebordo orbitário inferior) e medidas em planos horizontal e vertical a partir desses marcos Resultados:Na totalidade foi observado os ligamentos zigomático e pré-auricular, tendo distâncias médias do tragus de 49,3 e 12,475 mm, respectivamente. Largura do zigomático foi de 22,36 mm, média. O massetérico foi observado em 9 casos com distância média do tragus de 41,032 mm. O mandibular foi observado em 9 hemifaces, com distância média de 63,877 mm a partir do ângulo da man díbula Discussão:Em média os valores encontrados foram semelhantes ao da literatura existente, não havendo dados na literatura acerca do ligamento mandibular. Em geral, pequenas variações observadas quando relacionando com estudos anteriores podem ser atribuídas a diferenças antropométricas na população estudada, considerando predominância de cadáveres negros na população estudada Conclusão:Os ligamentos retentores da face são estruturas essenciais no entendimento do envelhecimento e estrutura facial e apresentam características anatômicas constantes Bibliografia:1.Wong CH,Mendelson BC. Facial soft-tissue spaces and retaining ligaments of the midcheek: defining the premaxillary space. Plast Reconstr Surg2013;132:49-56. 2.Mendelson BC. Anatomic study of the retaining ligaments of the face and applications for Facial Rejuvenation. Aesthetic Plastic Surgery.2013; 37:513-515.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 3009

TÍTULO DO TRABALHO: O USO DA COLA DE FIBRINA NA PREVENÇÃO DE HEMATOMAS EM RITIDECTOMIAS: UMA REVISÃO DA LITERATURA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCOS VINÍCIUS MENDES DE OLIVEIRA1; TICIANO CESAR TEIXEIRA CLO2; CARLOS FREDERICO DUAYER PICARDI1; FELIPE XAVIER CLÓ1; LEONARDO MOURÃO LACERDA1; MARLON HEBERT DE AQUINO1; MATHEUS TAVARES TÔRRES MIRANDA1; RICCARDO CASAROTTI1. 1. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS, BETIM - MG - BRASIL; 2. CLÍNICA PREMIER BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:

Introdução: A cola de fibrina (CF) é um composto derivado de plasma sanguíneo humano, utilizado como um selante tecidual em diversos tipos de cirurgia, como em ritidectomias, ou ?face liftings? (FL). Essa consiste em um descolamento tecidual entre o subcutâneo e a aponeurose muscular da face e o uso da CF poderia ser útil no processo de readesão dos tecidos e na prevenção de complicações pós-operatórias, principalmente hematomas (HT).Objetivos: Analisar se o uso da CF realmente possui desfechos estéticos que justifiquem o seu custo/riscos e expor a importância da prevenção de HTs em FL.Metodologia: Buscamos artigos nas bases de dados PubMed, Scielo e LiLacs, utilizando os Descritores em Ciências da Saúde ?rhytidectomy?; ?face-lift?; ?fibrin glue?; ?tissue sealant?; ?complications?; ?hematoma?, com uso do operador booleano ?AND?. Selecionamos dez artigos levando em consideração sua qualidade e objetivos propostos.Resultados/Discussão: O FL consiste na diminuição de linhas de marcação entre as regiões da face, visando melhora estética. A pele é separada da aponeurose muscular em nível subcutâneo criando um espaço intertecidual naturalmente inexistente (espaço morto) e sua presença facilita a ocorrência de HTs pela falta de uma pressão contrária. O HT é a principal complicação desta cirurgia (75%) e pode levar à diminuição do aporte vascular ao retalho de pele, aumentando o tempo de cicatrização e as chances de necrose na região, sendo essencial a sua prevenção. A CF promove uma adesão entre o retalho de pele e o tecido subcutâneo, diminuindo o espaço morto e previnindo formação de HTs. O seu uso é discutido, pois existem artigos que demonstram sua eficácia, e outros que demonstram não haver vantagens estéticas e de custo quando comparado a outras medidas preventivas. Alguns estudos afirmam que o uso da CF traz riscos (raros) de transmitir doenças como HIV e Hepatite B. Além disso, possui custos elevados para uma prevenção de HTs pouco significativa estatisticamente. Outros autores afirmam que seu uso é seguro e eficaz, sendo importante para um desfecho estético satisfatório e para uma redução de complicações.Conclusão: Tornam-se controversos os estudos da CF pelo fato de não existir um padrão técnico para realizar o FL: cada cirurgião possui uma técnica que pode influenciar no resultado final. Ademais, a maioria dos estudos possui caráter retrospectivo, havendo perda de dados (padrões anestésicos, complicações, comorbidades e exames complementares).

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1699

TÍTULO DO TRABALHO: Perfil das Cirurgias Realizadas em Pacientes Internados no Centro de Tratamento de Queimados do Hospital Geral do Estado da Bahia: Estudo Inicial

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCUS VINICIUS VIANA DA SILVA BARROSO; PAULO PLESSIM DE ALMEIDA FILHO; NILMAR GALDINO BANDEIRA; OSVALDO FERREIRA DE JESUS; TAMYRES SOUZA BARROS; ADSON ANDRADE DE FIGUEREDO. HOSPITAL GERAL DO ESTADO, SALVADOR - BA - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: Verificar o perfil dos pacientes internados no Centro de Tratamento de Queimados do Hospital Geral do Estado da Bahia submetidos a cirurgia, assim como os tipos de cirurgias realizadas. Metodologia: Trata-se de um estudo de corte transversal, realizado em pacientes admitidos no Centro de Tratamento de Queimados do Hospital Geral do Estado da Bahia, no período de 04/11/2016 a 02/02/2017. Os prontuários dos pacientes internados foram revisados e analisados quanto aos seguintes aspectos: sexo, idade, etiologia da queimadura, superfície corpórea queimada (calculada pela tabela de Lund-Browder), cirurgia realizada (enxerto, retalho, enxerto e retalho ou desbridamento), caráter eletivo ou urgência e agente causal. Foi analisada a quantidade total de procedimentos e a média mensal. Foram excluídos os procedimentos em que as informações sobre os aspectos analisados não constavam em prontuário. Resultados: Do total de 149 procedimentos, foram selecionados 99 para o presente estudo, com média de 33 procedimentos por mês. A idade mínima variou de 1 a 66 anos, média de 25,29 anos. Corresponderam ao sexo masculino 68 pacientes e 31 ao sexo feminino. A superfície corpórea queimada variou de 1,5% a 60% com média de 23,31%. Dos 99 procedimentos, 87 foram realizados em caráter eletivo e 12 em regime de urgência. Quanto ao tipo de cirurgia, foram realizados 65 enxertos de pele, 9 retalhos, 8 enxertos associados a retalhos e 17 desbridamentos cirúrgicos. Como agente causal, foram observados 84 casos por queimadura térmica, 14 casos por queimadura elétrica e 4 casos por queimadura química. Conclusão: Apesar da recente inauguração do serviço, há 04 meses, já se observa amostragem semelhante aos dados da literatura mundial referente à distribuição epidemiológica da população atendida. Queimaduras por agentes térmicos, em homens, tratados com enxertia de pele representa o cenário de maior prevalência deste serviço. Bibliografia: 1- Smolle C, Cambiaso-Daniel J, Forbes AA, Wurzer P, Hundeshagen G, Branski LK, Huss F, Kamolz LP. Recent trends in burn epidemiology worldwide: A systematic review. Journal of the International Society for Burn Injuries. 2016 http://dx.doi.org/10.1016/j.burns.2016.08.013 2-Pavoni V, Gianesello L, Paparella L, Buoninsegni LT, Barboni E. Outcome predictors and quality of life of severe burn patients admitted to intensive care unit. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine. 2010;18:24.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2593

TÍTULO DO TRABALHO: Perfil de úlceras crônicas em membros inferiores nos portadores de anemia falciforme tratados com células tronco

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LUCAS RIOS ROCHA1; VICTOR ARAUJO FELZEMBURGH1; RODRIGO FERREIRA DA ROCHA1; BRUNA MUCCINI DE ALMEIDA2; CIRO PIRES VENTURA AZEVEDO2; RODRIGO DEL PINO SILVA3; PEDRO MORAES DÓREA3; JOSÉ VALBER LIMA MENESES1. 1. UFBA, SALVADOR - BA - BRASIL; 2. EBMSP, SALVADOR - BA - BRASIL; 3. UNIFACS, SALVADOR - BA - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: Descrever a qualidade de vida, a dor e a sensibilidade em pacientes portadores de anemia falciforme e com úlceras crônicas em membros inferiores tratados com células tronco. Método: Trata-se de um estudo de corte transversal baseado na aplicação de questionário de qualidade de vida SF-36, do teste dos monofilamentos de Semmes-Weinstein, da caracterização quantitativa e qualitativa da dor e de perguntas semi-estruturadas. O grupo amostral foi composto pelos pacientes portadores de anemia falciforme com presença de úlceras crônicas em membros inferiores e tratados com enxertias de pele e células tronco, sendo incluídos os pacientes com recidiva da úlcera, e que atualmente estão sendo atendidos no Serviço de Cirurgia Plástica. Resultados: Todos os pacientes foram submetidos à enxertia de pele com utilização de células tronco com fechamento completo após o procedimento e recidiva das úlceras após o período máximo de 1 mês, à exceção de 1 paciente, que obteve o fechamento completo da úlcera com recidiva após 2 anos. A média dos diferentes domínios do SF-36 revelou valor mínimo de 32,1 e máximo 57,7 representados por limitação por aspectos físicos e saúde mental, respectivamente. Uma análise detalhada revelou maior capacidade funcional e menor dor nos pacientes mais jovens, enquanto que as melhores pontuações nos domínios de estado geral de saúde, aspectos sociais e vitalidade foram predominantes nos pacientes com número médio da idade. O teste de sensibilidade revelou maior prevalência de sensibilidade protetora reduzida nos nervos tibial posterior, fibular e sural. Em um único paciente constatou-se a perda da sensibilidade protetora unilateral na região dos respectivos nervos. Todos os pacientes deste estudo referiram que o uso de tratamento com enxertia com células-tronco significou em melhoria de suas queixas clínicas, referindo necessidade de continuar a terapia. Resultados: O perfil dos pacientes portadores de anemia falciforme com úlceras crônicas em membros inferiores revela grande frequência de sensação de prurido e pontada, perda de sensibilidade protetora e pior qualidade de vida em pacientes mais jovens. Sendo assim, é fundamental que exista continuidade do tratamento neste perfil de pacientes, com o desenvolvimento de novas terapias e estudos. Referências: 1: Nguyen VT, Nassar D, Batteux F, Raymond K, Tharaux PL, Aractingi S. Delayed Healing of Sickle Cell Ulcers Is due to Impaired Angiogenesis and CXCL12 Secretion in Skin Wounds.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 811

TÍTULO DO TRABALHO: Plasma rico em plaquetas no tratamento de queimaduras

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BÁRBARA NARCISO DUARTE; MARCUS VINICIUS CARNEIRO TORRES DE PAULA; ARTUR DE SOUSA LEITE JÚNIOR; CLEANTO HENRIQUE MEDEIROS DE SOUSA TÔRRES; ANDREZA LUIZA DE SOUSA LOBATO; JÔNATAS PONTE VASCONCELOS; ALISOM MICHEL CAMPOS AZEVEDO; KAROLINE MICHELLE MAIA CORREIA. UNIVERSIDADE POTIGUAR, NATAL - RN - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: Revisar os principais resultados obtidos pela utilização do plasma rico em plaquetas (PRP) como adjuvante no tratamento de queimaduras e registrar os resultados dessa técnica. Métodos: Realizou-se uma revisão de literatura sobre o tema nas bases de dados internacionais MEDLINE e Scielo, utilizando como descritores: ?platelet-rich plasma? e ?burn? ou ?termal injury?. Foram incluídos artigos na língua inglesa publicados entre 2011 e 2016. Resultados: As queimaduras fazem cerca de 1 milhão de vítimas por ano no Brasil. Mesmo com avanços na medicina, as complicações, como contraturas e perda de sensibilidade, ainda permanecem frequentes. O uso adjuvante do PRP tem se mostrado eficaz no manejo desses pacientes. Esta abordagem está mais estabelecida no tratamento de queimaduras oculares moderadas e severas, onde ocorre uma reepitelização mais rápida. Em queimaduras elétricas, foi observado um encurtamento no período de hospitalização e de tratamento cirúrgico e farmacológico, assim como redução das zonas de isquemia. Enxertos dermo-epidérmicos, utilizados no tratamento de queimaduras de 2º e 3º grau, também foram beneficiados com o uso adjunto do PRP. Nestes, o período de internamento também foi abreviado, e o número de complicações, como infecção, foi menor que o usual. Além disso, a qualidade final do enxerto foi melhor, proporcionando bons resultados no aspecto estético, funcional e psicológico. Conclusão: Portanto, apesar de não existirem muitos trabalhos sobre o uso do PRP em queimaduras, a maioria dos estudos mostram resultados positivos. Dentre os benefícios encontrados, podemos citar: cicatrização mais rápida, redução do tempo de internação hospitalar e complicações. Bibliografia: PICARD, Frédéric et al. Should we use platelet-rich plasma as an adjunct therapy to treat ?acute wounds,? ?burns,? and ?laser therapies?: A review and a proposal of a quality criteria checklist for further studies. Wound Repair And Regeneration, [s.l.], v. 23, n. 2, p.163-170, mar. 2015. Wiley-Blackwell. http://dx.doi.org/10.1111/wrr.12266. MARCK, Rose E.; MIDDELKOOP, Esther; BREEDERVELD, Roelf S.. Considerations on the Use of Platelet-Rich Plasma, Specifically for Burn Treatment. Journal Of Burn Care & Research, [s.l.], v. 35, n. 3, p.219-227, 2014. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). http://dx.doi.org/10.1097/bcr.0b013e31829b334e.

CODIGO DO TRABALHO: 2403

TÍTULO DO TRABALHO: Qualidade de Vida após Cirurgia Plástica do Abdome

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PEDRO MORAES DÓREA1; VICTOR ARAUJO FELZEMBURGH2; LUCAS RIOS ROCHA2; RODRIGO DEL PINO SILVA1; RODRIGO FERREIRA DA ROCHA2; CIRO PIRES VENTURA AZEVEDO3; PRISCILA BOMFIM NERI1; JOSÉ VALBER LIMA MENESES2. 1. UNIVERSIDADE SALVADOR, SALVADOR - BA - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, SALVADOR - BA - BRASIL; 3. ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, SALVADOR - BA - BRASIL.

RESUMO:

OBJETIVO: Avaliar o perfil da qualidade de vida, autoestima e imagem corporal dos pacientes submetidos à dermolipectomia abdominal. MÉTODOS: Trata-se de um estudo observacional de corte transversal, realizado com uma amostra de conveniência composta por 26 pacientes operados no serviço de cirurgia plástica do hospital universitário de referência em Salvador-BA. Critério de inclusão: pacientes operados neste hospital no período nos últimos 9 anos submetidos a dermolipectomia abdominal que tenham aceitado responder aos questionários propostos, após assinatura do termo de consentimento livre esclarecido (TCLE). Critérios de exclusão: recusa em participar da pesquisa, idade menor que 18 anos e idade maior ou igual à 70 anos. Do grupo amostral foram identificados como elegíveis para participar do projeto de pesquisa 26 pacientes (22,6%). Foram coletado dados dos prontuários dos pacientes relativo a idade e IMC. Os pacientes foram solicitados a comparecer ao ambulatório do serviço de cirurgia plástica, onde foram aplicados os questionários de Qualidade de Vida SF-36, Escala de Auto Estima de EPM/Rosenberg e Imagem Corporal (Body Shape Questionnaire). RESULTADOS: A média do escore total do Body Shape Questionnaire obtida foi de 87,2 traduzindo o quadro de preocupação razoável com a imagem corporal. No SF-36 observou-se melhores escores nos itens: Funcionamento Social (80) e Desempenho Fisico (86,4); e piores escores nos itens: Saúde Geral (65,7), Vitalidade (68,6) e Dor Corporal (69,7). Também foi observado que 84% dos pacientes estão satisfeitos consigo e 45,8% avaliam a saúde com muito boa ou excelente. CONCLUSÃO: Estudos sobre aspectos psicológicos envolvendo pacientes são importante para guiar os protocolos de tratamento e os critérios de seleção dos pacientes para as cirurgias. Este estudo mostrou melhora na qualidade de vida, auto estima e imagem corporal dos pacientes operados.BIBLIOGRAFIA: 1.Singh D, Zahiri HR, Janes LE, Sabino J, Matthews JA, Bell RL, Thomson JG. Mental and Physical Impact of Body Contouring Procedures on Post?Bariatric Surgery Patients. Eplasty. 2012; 12: e47.2. Vilà J, Balibrea JM, Oller B, Alastrué A. Post-bariatric surgery body contouring treatment in the public health system: cost study and perception by patients. Plast Reconstr Surg. 2014 Sep;134(3):448-54. 3. Pinho PR, Chillof CLM, Mendes FH, Leite CVS, Viterbo F. Abordagem psicológica em cirurgia plástica pós-bariátrica. Rev. Bras. Cir. Plást. 2011 Dec; 26(4): 685-690.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1550

TÍTULO DO TRABALHO: Reconstrução de Face com Retalho Microcirúrgico Antero-lateral da Coxa com Anastomose nos Vasos Temporais Superficiais

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: APAGAR REGISTRO; WILLIAM MASSAMI ITIKAWA. HOSPITAL ERASTO GAERTNER, CURITIBA - PR - BRASIL.

RESUMO:

Introdução: As sequelas oriundas das grandes ressecções oncológicas com exanteração de órbita invariavelmente necessitam de reconstrução. Em casos quando há a preservação das pálpebras e musculatura ocular, apenas enxertias de pele são suficientes para a reconstrução da cavidade e adaptação de próteses oculares. No entanto em casos mais extensos há a necessidade de cobertura com retalhos elaborados, dentre eles o retalho antero-lateral da coxa. Neste trabalho apresentamos uma série de casos em que utilizamos o retalho ântero-lateral da coxa microcirúrgico anastomosado nos vasos temporais superficiais (VTS).Objetivo: Demonstrar a efetividade de retalhos microcirúrgicos na cobertura de grandes defeitos orbitais após ressecções complexas. Dando ênfase ao retalho ântero- lateral da coxa anastomosado nos vasos temporais superficiais.Materiais e Métodos: Foram selecionados casos de reconstrução imediata e tardia de pacientes com sequelas de extensas ressecções orbitais. A documentação de cada caso foi realizada através de fotografias previamente autorizadas pelo paciente.Resultados:Obtivemos bons resultados com a utilização dos vasos temporais superficiais, sem perdas totais dos retalhos. Como complicação apresentamos uma fistula cutânea do seio frontal em um paciente que apresentava exposição prévia do seio.Discussão:Usualmente os vasos utilizados como receptores são os vasos faciais devido a sua facilidade de dissecção e anastomose, no entanto alguns autores preconizam a utilização dos VTS como primeira escolha, uma vez que é um pedículo confiável e mais próximo ao terço superior da face1. Em alguns casos a utilização desses vasos receptores foi devido a dificuldade de dissecção dos vasos faciais uma vez que a radioterapia ou dissecção cervical prévia podem gerar intensa fibrose local e inviabilizar a anastomose nos vasos faciais2.Com o conhecimento adequado da anatomia e das técnicas cirúrgicas, os VTS são uma excelente opção de pedículo para a reconstrução de órbita e escalpe3.Conclusão:Assim como exposto neste trabalho, apresentamos casos de reconstrução de face utilizando o antero-lateral da coxa como opção segura e confiável. A utilização dos vasos temporais superficiais é uma opção confiável naqueles pacientes em que há uma intensa fibrose cervical.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 396

TÍTULO DO TRABALHO: RECONSTRUÇÃO ESCROTAL COM RETALHO FÁSCIO-CUTÂNEO SÚPERO-MEDIAL DA COXA ? SÉRIE DE CASOS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DANIEL FRANCISCO MELLO; AMERICO HELENE JR. SANTA CASA/SP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

INTRODUÇÃOA fasceíte necrosante do períneo, também chamada de síndrome ou gangrena de Fournier é uma infecção rara, de elevada morbidade e mortalidade. O tratamento é predominantemente cirúrgico e em caráter emergencial, sendo a antibioticoterapia de amplo espectro uma medida de grande importância. Observa-se com grande frequência nos pacientes do sexo masculino a perda da cobertura cutânea da região escrotal, sendo necessária a reconstrução local, incluindo a utilização de retalhos e enxertos.OBJETIVODescrever a utilização do retalho fáscio-cutâneo súpero-medial da coxa (RFCSMC) para a reconstrução escrotal em áreas cruentas secundárias ao tratamento cirúrgico da fasceíte necrosante do períneo.MÉTODOAnálise retrospectiva de casos atendidos em serviço de cirurgia plástica de hospital de referência, no período de 2009 a 2015.RESULTADOSQuinze pacientes foram submetidos à reconstrução escrotal utilizando o RFCSMC. A média de idade foi de 48,9 anos (28-66). A estimativa de perda cutânea da região escrotal variou de 60 a 100 %. A reconstrução definitiva foi realizada em média 30,6 dias (22-44) após o tratamento cirúrgico inicial. O tempo cirúrgico médio foi de 76 min (65-90) para a realização dos retalhos, bilaterais em todos os casos. O tamanho dos retalhos variou de 10 a 13 cm no sentido longitudinal por 8 a 10 cm no sentido transverso. O índice de complicações observado foi de 26,6% (4 casos), estando principalmente vinculado à deiscências segmentares e parciais.CONCLUSÕESO retalho descrito é uma opção confiável e versátil para a reconstrução de áreas cruentas na região escrotal, apresentando resultados estéticos e funcionais adequados. Observamos que a realização deste retalho não é tecnicamente difícil ou demorada, não apresentando sequelas significativas na área doadora.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS1 - Ferreira PC, Reis JC, Amarante JA, Pinho CJ, Silva PN. Fournier`s Gangrene: A Review of 43 Reconstructive Cases. Plast Reconstr Surg (2007) 119: 175-184.2 - Franco D, Rodrigues C, Tavares Filho JM, Franco T. Reconstrução do escroto após fascite necrosante. Rev Bras Cir Plást 2010; 25(2): 349-54.3 - Mauro V. Retalho fasciocutâneo de região interna de coxa para reconstrução escrotal na síndrome de Fournier. Rev Bras Cir Plást 2011; 26(4): 707-9.4 - Balbinot P, Ascenco AAS, Nasser IJG, Freitas RS. Síndrome de Fournier: Reconstrução de bolsa testicular com retalho fasciocutâneo de região interna de coxa. Rev Bras Cir Plást 2015; 30(2): 329-334.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 833

TÍTULO DO TRABALHO: Reconstrução microcirúrgica em cabeça e pescoço: análise retrospectiva de 30 retalhos livres

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANDRÉ COELHO NEPUCENO1; MARIANA FIDELIS SOLLA2; FERNANDA FRUET1; JOSE LUIS BRAGA DE AQUINO1; LUIS ANTÔNIO BRANDI FILHO3; JOÃO PAULO ZENUM RAMOS1; DIEGO GARDENAL ALCANTARA4; DOUGLAS ALEXANDRE RIZZANTI PEREIRA3. 1. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL; 2. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, SOROCABA - SP - BRASIL; 3. PONTIFICIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL; 4. UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL.

RESUMO:

Introdução: Cirurgia reconstrutiva em cabeça e pescoço representa desafio ao cirurgião plástico e requer amplo arsenal técnico, no qual a microcirurgia figura papel essencial. Objetivo: Analisar retrospectivamente as reconstruções microcirúrgicas em cabeça e pescoço realizadas na PUC-Campinas no período de dois anos. Métodos: Pacientes submetidos à reconstrução microcirúrgica após cirurgia de cabeça e pescoço, entre junho de 2014 e outubro de 2016, tiveram seus prontuários revisados para avaliação do retalho utilizado, comprimento do pedículo vascular, vasos receptores, anastomoses microvasculares, duração da cirurgia, tempo de internação, complicações e índice de sucesso. Resultados: Foram realizadas 30 reconstruções microcirúrgicas com três tipos de retalhos: ântero-lateral da coxa (n=15), antebraquial radial (n=8) e fíbula (n=7). Vasos receptores: artéria facial (70%) e veia facial (50%), sendo que 92,4% das anastomoses microvasculares foram término-terminais. As cirurgias duraram em média 10,1 horas. O tempo médio de internação hospitalar foi de 10,7 dias. Houve perda de dois retalhos por trombose arterial, levando a taxa de sucesso de 93,3%. Conclusões: As reconstruções microcirúrgicas analisadas foram eficazes na reparação dos defeitos complexos, restaurando parcialmente forma e função dos tecidos acometidos. Foram observadas complicações em menos da metade dos casos, porém com morbidade elevada. O índice de sucesso foi semelhante ao de grandes centros de microcirurgia reconstrutiva. A curva de aprendizado é longa, mas tende a melhorar com o treinamento da equipe e aquisição de experiência ao longo do tempo.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 333

TÍTULO DO TRABALHO: Recuperação de membros usando a terapia de feridas por pressão negativa

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GUSTAVO FERIANI1; GUILHERME NUNES SKRIPKA2; DÉLIO RUBENS BELÉM ROSA2; TÁSSYLLA CAROLINE FERREIRA PEREIRA2; HANNA PAULA CAROLAYNE FERREIRA PEREIRA3. 1. HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAÍNA E HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS DE ARAGUAÍNA, ARAGUAINA - TO - BRASIL; 2. ITPAC, ARAGUAINA - TO - BRASIL; 3. ITPAC, ARAGUAÍNA - TO - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: Descrever a importância da terapia de feridas por pressão negativa na recuperação de membros após trauma com dano críticoMétodo: Estudo Coorte Retrospectivo. Foram escolhidos pacientes com sérios danos após trauma e que receberam indicação para amputação. O tratamento começou com a aplicação da terapia de feridas por pressão negativa sobre o membro atingido e terminou com a completa recuperação deste ou recuperação parcial com sequelas ? evitando a amputação. Através dos arquivos do paciente, foi feita uma retrospectiva, analisando os métodos e tempo de tratamento; as evoluções funcional e estética foram documentadas por fotos ao decorrer do tratamento.Resultados: Cinco pacientes foram escolhidos: duas mulheres e três homens. O tempo de tratamento, em média, foi de cinquenta e quatro dias. O tratamento se deu metade no hospital e metade no ambulatório. A terapia de feridas por pressão negativa foi introduzida no início do tratamento, apenas no período em que os pacientes se encontravam no ambiente hospitalar. Enxertos de pele foram feitos nos cinco pacientes. Retalhos musculares foram feitos em apenas um paciente, o qual possuía uma fratura exposta na perna. Todos os cinco pacientes tiveram seus membros mantidos (quatro pés e uma perna). A estética dos membros após a terapia foi aceitável, de modo que todos conseguem usar sapatos, mesmo, em alguns casos, tendo que usar adaptações de silicone. A função dos membros, após fisioterapia, foi mantida, mas não de forma plena. A terapia de feridas por pressão negativa aumentou a granulação, reduziu a área da ferida e facilitou a cirurgia de reconstrução do membro acometido.Conclusão: A terapia de feridas por pressão negativa se mostrou uma boa opção para a gestão de feridas complexas, facilitando o processo de reconstrução cirúrgica.Bibliografia: B. Nie e B. Yue. Biological effects and clinical application of negative pressure wound therapy: a review. Journal of Wound Care. v. 25, n. 11, p.617-626. nov./2016. Disponível em: http://www.magonlinelibrary.com/doi/10.12968/jowc.2016.25.11.617Wang, C.-Y., Chiao, H.-Y., Chou, C.-Y., Wu, C.-J., Chang, C.-K., Chu, T.-S. and Dai, N.-T.. Successful salvage and reconstruction of a finger threatened by Vibrio vulnificus necrotising fasciitis using fenestrated-type artificial dermis and three steps of topical negative pressure wound therapy. International Wound Journal. doi:10.1111/iwj.12711. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1111/iwj.12711

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 331

TÍTULO DO TRABALHO: Reduzindo custos na gestão de feridas complexas

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GUSTAVO FERIANI1; GUILHERME NUNES SKRIPKA2; DÉLIO RUBENS BELÉM ROSA2; TÁSSYLLA CAROLINE FERREIRA PEREIRA2; HANNA PAULA CAROLAYNE FERREIRA PEREIRA3. 1. HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAÍNA E HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS DE ARAGUAÍNA, ARAGUAINA - TO - BRASIL; 2. ITPAC, ARAGUAINA - TO - BRASIL; 3. ITPAC, ARAGUAÍNA - TO - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: Descrever a importância da redução de custos e tempo de internação para pacientes com feridas complexas e crônicas.Método: Estudo observacional analítico transversal. Foram selecionados pacientes com diferentes patologias, nos quais foi usada a terapia de feridas por pressão negativa. Esses foram internados no início do tratamento e depois, após receberem alta, retornaram ao hospital apenas para troca de curativo, ou eventual cirurgia. Através dos dados obtidos durante o tratamento dos pacientes escolhidos, foram feitas comparações com os pacientes antigos, tendo como foco o custo e o tempo de internação.Resultados: Diferentes etiologias foram observadas, como acidentes motociclísticos (principal causa), infecções, doenças tropicais (picadas de cobra, ferroadas de arraia e leishmaniose) e complicações pós cirúrgicas (cirurgias gerais e plásticas). O tempo de hospitalização dos pacientes nos quais não foram utilizados curativos modernos ou terapia de ferida por pressão negativa foi, em média, de sessenta a cento e oitenta dias de internação. Com a introdução do tratamento moderno, associado a cirurgias precoces, houve uma redução de cinquenta por cento desse valor. Além disso, os custos sofreram uma redução de quarenta por cento quando comparados com os do tratamento convencional; nesse, eram usados óleos vegetais com curativos simples, sem muita expectativa que a ferida fosse curada. Pacientes obtiveram mais conforto, menos dor e uma melhor qualidade de vida. A terapia de feridas por pressão negativa provou melhorar a granulação e neovascularização em diversas etiologias.Conclusão: A terapia de feridas por pressão negativa e os curativos modernos promoveram uma melhor qualidade de vida aos enfermos e, ao mesmo tempo, diminuíram os custos e o tempo de hospitalização para aqueles com feridas complexas e crônicas.Bibliografia: Driver, V. R., Eckert, K. A., Carter, M. J. and French, M. A. (2016), Cost-effectiveness of negative pressure wound therapy in patients with many comorbidities and severe wounds of various etiology. Wound Repair and Regeneration. V.24, n.6, p.1041?1058. Nov.2016. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1111/wrr.12483B. Nie e B. Yue. Biological effects and clinical application of negative pressure wound therapy: a review. Journal of Wound Care. v. 25, n. 11, p.617-626. nov./2016. Disponível em: http://www.magonlinelibrary.com/doi/10.12968/jowc.2016.25.11.617

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1604

TÍTULO DO TRABALHO: Risco de Recidiva em Carcinoma Basocelular da Face

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA PLÁSTICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: OLY CAMPOS CORLETA; THAIS VICENTINE XAVIER; HENRIQUE IAHNKE GARBIN; GABRIELLA RICHTER DA NATIVIDADE; BERNARDO SILVEIRA VOLKWEIS; LUIS FERNANDO MOREIRA; BRUNO TISCHER JUNG; MARCELO CASTRO MARÇAL PESSOA. SOUTHERN SURGICAL RESEARCH GROUP, HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, UFRGS, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: O objetivo deste estudo foi investigar as características histológicas e o papel do cirurgião envolvido na recorrência de carcinoma basocelular (CBC) facial quanto às margens de segurança. Pacientes e métodos: Análise multivariada foi realizada em 285 casos de CBCs consecutivos referidos ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Serviços de Cirurgia Geral ou Plástica, entre 1º de Janeiro e 31 de dezembro de 2013 e seguidos a cada 6 meses até 30 de novembro de 2016; média (SD) de 14,7 (11,7) meses. Todos os dados foram analisados em áreas de alto ou baixo-risco, lesão primária ou recorrente e grupos de excisão completa ou incompleta. Resultados: Houve 145 (51%) homens e 140 (49%) mulheres; idade mediana (intervalo) de 67 anos (29 a 85). Cirurgião geral ou plástico operaram 218 (77%) ou 67 (23%) casos de CBCs, respectivamente. A maioria dos CBCs faciais era de área de alto risco (n = 188; 66%); primária (n = 246; 86,3%) principalmente subtipos nodular (195; 68%) ou infiltrativo (n = 57; 20%), com tamanho médio (SD; variação) de 10,6 (8,2; 3-120) mm. Recidiva ocorreu em 19 (7%) casos em uma média (SD) de 18,7 (7,9) meses; 14 (5,7%) e 5 (13%), respectivamente para CBCs primários e recorrentes , sendo 33,9% para ressecções incompletas e apenas 3% para lesões completamente ressecadas. Um risco significativamente aumentado para recidiva foi observado para lesões maior que 10mm [OR = 0,19; 95% CI (0,05 - 0,67); p = 0,01] e para lateral [OR = 7.10; 95% CI (2,70-18.66); p = 0,0001] profundo [OR = 4,92; 95% CI (1,59-15,19); p = 0,005] ou qualquer [OR = 6,75; 95% CI (2,57-17,73); p = 0,0001] margem comprometida (n = 56; 20%). Lesões recorrentes tendem a recidivar novamente [OR = 2,58; 95% CI (0.87 - 7,67); NS]. Não foram observadas diferenças em relação a áreas de alto e baixo-risco, tempo de recidiva ou especialidade do cirurgião. Conclusão: O controle de margem cirúrgica é ainda crucial para recidiva, apesar de áreas de alto ou baixo-risco e da especialidade do cirurgião para CBCs da face.Bibliografia: van Loo E, Mosterd K, Krekels GA, Roozeboom MH, Ostertag JU, Dirksen CD et al. Surgical excision versus Mohs` micrographic surgery for basal cell carcinoma of the face: A randomised clinical trial with 10 year follow-up. Eur J Cancer. 2014; 50(17):3011-20. doi: 10.1016/j.ejca.2014.08.018.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2149

TÍTULO DO TRABALHO: Análise da viabilidade do sangue coletado por toracostomia com drenagem pleural fechada para reinfusão em pacientes com hemotórax traumático, atendidos no Hospital Municipal São José - Joinville SC

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOAO GUILHERME CAVALCANTI KRIEGER1; FELIPE CARLOS DE SOUZA OLIVEIRA1; RAFAEL POMPERMAIER TONIN1; PAULO EDUARDO ZANONI2; CAROLINA KLEINE ALBERS2. 1. HOSPITAL MUNICIPAL SÃO JOSÉ, JOINVILLE - SC - BRASIL; 2. HOSPITAL MUNICIPAL SAO JOSÉ, JOINVILLE - SC - BRASIL.

RESUMO:

INTRODUÇÃOPacientes vítimas de trauma com hemorragias agudas e instáveis hemodinamicamente sem resposta a reposição volêmica com cristalóides, possuem indicação de transfusão sanguínea imediata. A autotransfusão é definida como um método terapêutico que utiliza o sangue do próprio paciente para reintroduzi-lo em suas veias, valorizada por seu beneficio econômico e por sua segurança clínica.METODOLOGIAEstudo de coorte prospectiva, realizado no Hospital Municipal São José, Joinville/SC, com o objetivo de analisar a viabilidade do sangue proveniente de hemotórax traumático para posterior realização de transfusão autóloga. As amostras foram coletas de forma estéril após toracostomia com drenagem pleural fechada e encaminhada para análise bioquímica e cultura, comparado com sangue venoso periférico do próprio paciente. Foram incluídos no estudo maiores de 18 anos, sem suspeita de lesão diafragmática e com menos de 24 horas do trauma. Para análise estatística foi calculado o p valor, através da distribuição t student.RESULTADOS E DISCUSSÃOForam coletados amostras do sangue venoso e do hemotórax de dez pacientes, sendo que nove eram do sexo masculino e um do sexo feminino, com idade entre 18 e 68 anos. Ao compararmos o sangue venoso com o sangue proveniente da toracostomia, a diferença encontrada entre a média dos valores dos eletrólitos não foi significativamente estatística. Quando interpretamos as alterações significativamente estatísticas evidenciadas no hematócrito (p 0.0055), hemoglobina (p 0.0055) e na desidrogenase lática (p 0.0059) pressupomos que houve lise celular. Na literatura, é descrito estudos anteriores com características similares e segundo o autor, esse poderia ser utilizado na ressuscitação aguda, mas com a ressalva de que isso pode expor o paciente a uma grande quantidade de produto de degradação de fibrina. (Salhanick et al. em 2011).Uma cultura obtida do sangue da cavidade pleural, em um trauma torácico aberto, apresentou crescimento de Staphylococcus epidermidis. Em um estudo em pacientes com hemoperitôneo, das amostras de sangue enviadas para cultura, 90% foram positivas, ainda assim reinfundidos e sem aumento de complicações relacionados a infecção. (Bowley et al. em 2006).CONCLUSÃOEm pacientes politraumatizados com choque hipovolêmico, a transfusão autóloga seria uma alternativa na ressuscitação volêmica. O seguimento do estudo pode vir a tornar o método como uma alternativa a ser realizada na emergência do Hospital Municipal São José.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 524

TÍTULO DO TRABALHO: ANÁLISE DOS RESULTADOS TARDIOS DA PNEUMOSTOMIA COMO TRATAMENTO DO ENFISEMA PULMONAR AVANÇADO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ROBERTO SAAD JR; JULIO MOTT ANCONA LOPEZ; MARCIO BOTTER; VICENTE DORGAN NETO; JORGE HENRIQUE RIVABEN; RAUL DOS REIS URURAHY; GUSTAVO YAMIN FERNANDES. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

OBJETIVOO presente estudo pretende descrever a técnica e o manejo cirúrgico da pneumostomia, como tratamento do enfisema pulmonar (EP) avançado, além de demonstrar a evolução clinica de nove pacientes operados, por período de acompanhamento pós-operatório de até nove anos.MÉTODOOs critérios de inclusão no estudo foram: diagnóstico de EP avançado, idade de até 75 anos, invalidez apesar do tratamento clínico máximo por ao menos seis meses, volume expiratório final no primeiro segundo após broncodilatador menor que 40% predito, volume residual maior ou igual a 150% do predito, cessação do tabagismo no mínimo seis meses antes do procedimento e candidatos ao transplante pulmonar ou à cirurgia redutora do volume pulmonar. Os pacientes selecionados foram submetidos a avaliações clínicas nos momentos pré e pós-operatórios e as intervenções desempenhadas no Hospital Central da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo pela mesma equipe de cirurgiões, entre 09/2006 a 04/2009.A pneumostomia apresenta as seguintes características: emprego de anestesia local sem a necessidade de suporte ventilatório ou ventilação monopulmonar, sem ressecção de segmento costal ou sutura de parênquima pulmonar doente, técnica simples e rápida, permite breve internação hospitalar, dispensa a UTI e tem baixo custo.RESULTADOSA sobrevida média dos pacientes foi próxima a 45 meses com desvio padrão de 50 meses. Houve aumento da distância percorrida no teste de caminhada de 6 minutos em 89% dos doentes; não houve diferença estatisticamente significante quanto à espirometria; ao Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey houve diferença significativa nos escores de atividades, impacto e no escore total (pSaint George?s Respiratory Questionnaire houve diferença significativa nos domínios capacidade funcional (p=0,01), limitação por aspectos físicos (p=0,05), estado geral de saúde (p=0,02), vitalidade (p=0,01) e aspectos sociais (p=0,02); no Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status 89% dos pacientes apresentaram melhora funcional, assim como pelo Medical Research Council Scale.CONCLUSÃOA pneumostomia é alternativa cirúrgica para os portadores do EP avançado, pois compõe método tecnicamente simples e que permite melhora na qualidade de vida dos pacientes operados, mesmo a longo prazo. Entretanto, por tratar-se de um estudo com número reduzido de pacientes, tais conclusões devem ser cautelosas e inspiram o seguimento do projeto com maior amostra.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 620

TÍTULO DO TRABALHO: EFEITOS RESULTANTES DA SIMPATECTOMIA LOMBAR POR VIA RETROPERITONIOSCÓPICA EM PACIENTES COM HIPERIDROSE PLANTAR DE 2005 A 2014 NO ESTADO DE SERGIPE

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: STEPHANIE ARAUJO MARQUES; MATHEUS DE SOUZA NOGUEIRA; GABRIELA OLIVEIRA PEIXOTO; GABRIELA LINS LIMA; GUSTAVO HENRIQUE BARBOZA NASCIMENTO; LUNNA OLIVEIRA SANTOS; JÉSSICA SARAH SILVA DOS SANTOS; SONIA OLIVEIRA LIMA. UNIVERSIDADE TIRADENTES, ARACAJU - SE - BRASIL.

RESUMO:

Introdução: Hiperidrose primária (HP) corresponde a uma condição, de origem idiopática, caracterizada pela hipersecreção de suor, principalmente, nas palmas das mãos, plantas dos pés, axilas e face. Os pacientes com tal condição sofrem com as limitações decorrentes dessa transpiração excessiva, as quais são tão significativas ao ponto de interferir no estilo de vida individual e profissional, reduzindo, assim, a qualidade de vida. O tratamento da HP visa reduzir o excesso da transpiração das regiões acometidas. Objetivo: Avaliar os efeitos resultantes da simpatectomia lombar por via retroperitonioscópica em pacientes com hiperidrose plantar de 2005 a 2014 no estado de Sergipe. Método: Estudo retrospectivo de delineamento longitudinal por conveniência com 58 pacientes, os quais buscaram tratamento específico para hiperidrose plantar primária grave no período de outubro de 2005 a outubro de 2014. No pós-operatório imediato (POI) e após pelo menos 12 meses da simpatectomia lombar, foi aplicado um questionário que avaliou o resultado da cirurgia, ocorrência ou aumento de sudorese compensatória e sua intensidade, presença de recidiva e de ejaculação retrógrada. Resultados: Realizou-se 116 simpatectomias lombares em 58 pacientes, sendo 36 do sexo feminino. Destes, em 57 pacientes os resultados alcançados foram efetivos e 26 referiram sudorese compensatória como agravamento. Não houve relato de ejaculação retrógrada e ocorreu apenas uma recidiva. Conclusão: A simpatectomia lombar retroperitonioscópica é um procedimento seguro e eficaz para o tratamento da hiperidrose plantar primária grave em ambos os sexos. Bibliografia: Romero FR, et al. Palmar hyperhidrosis: clinical, pathophysiological, diagnostic and therapeutic aspects. An Bras Dermatol. 2016 Nov-Dec;91(6):716-725.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2352

TÍTULO DO TRABALHO: Implantação da Cirurgia Torácica Minimamente Invasiva por Videotoracoscopia para uma população de idosos, estudo da sua segurança.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JORGE HENRIQUE RIVABEN1; MARCIO BOTTER2; JULIO MOTT ANCONA LOPEZ2; DANIELA CRISTINA ALMEIDA DIAS2; ANDRE MIOTTO2; PEDRO AUGUSTO ANTUNES HONDA2; THIAGO HASSEGAWA2; RAFAEL HENRIQUE ROJA2. 1. INSTITUTO DE ENSINO PREVENT SENIOR, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. INSTITUTO DE ENSINO PREVENT SENIOR, SAO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

Introdução:A população idosa está crescendo bem como a necessidade de investigar doenças da cavidade torácica. A cirurgia torácica minimamente invasiva por videotoracoscopia já se mostrou um método muito seguro para populações em geral. Quando estudada especificamente em população para idosos há poucos trabalhos na literatura sobre a segurança do método. Objetivo: observar se a cirurgia torácica minimamente invasiva por videotoracoscopia é segura numa população de idosos. Método: Estudo observacional para avaliar a demografia de 14 sujeitos envolvidos no método abrangendo o período de 6 meses no segundo semestre de 2017. Resultados: Foram estudos 14 sujeitos operados no segundo semestre de 2017. A média da idade foi de 68 anos em 09 mulheres e 05 homens. A indicação pré-operatória foi devido a 08 sujeitos com nódulo pulmonar; 03 outros com linfonodos mediastinais; 02 pacientes tumores de mediastino posterior e, 01 com bolha pulmonar. Sobre antecedentes oncológicos, 10 sujeitos não haviam relatos, 02 deles haviam tratado câncer de mama; 01 de próstata e, 01 câncer renal. O diagnóstico da anatomia patológica revelou entre os sujeitos: 02 deles com carcinoma pulmonar não pequenas células menores do que 2 cm; 03 outros com linfadenite crônica; 01 com câncer medular de tireoide; 02 metástases de outros sítios extrapulmonar; 01 com tumor neuroendócrino; 02 pacientes com cistos broncogênicos; 02 com granuloma pulmonar e, 01 produto de bulectomia. O tempo médio de intervenção operatória foi de 86 minutos. Em 03 sujeitos foi necessário apenas 01 portal para acesso a cavidade com o auxílio do retrator; outros 04 pacientes houveram a necessidade de 02 portais e 03 pacientes foram operados por 03 portais. O dreno utilizado sempre foi o tubular número 28 FR. O tempo médio de estadia em leito de UTI foi de 18 horas. Apenas 01 paciente apresentou intercorrência na UTI, necessitou de transfusão de plasma para controle de débito hemático pelo dreno um pouco mais elevado (700 ml). O tempo médio de drenagem foi de 49 horas. A média do débito do dreno no primeiro dia de pós-operatório foi de 200 ml, no segundo dia de 120 ml e para 03 sujeitos que ficaram com o dreno até o terceiro dia, de 50 ml. O tempo médio de internação foi de 53 horas, sendo o mínimo de 18 horas e o máximo de 72 horas. Conclusão: A Cirurgia torácica minimamente invasiva por videotoracoscopia foi segura quando aplicada para esses 14 sujeitos idosos.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 895

TÍTULO DO TRABALHO: Relação entre unidade de procedência de pacientes com derrame pleural submetidos a biópsia pleural e apresentação ou não de resultados anatomopatológicos em hospital de referência em Salvador ? BA.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: VINICIUS FERNANDES DE FREITAS1; LIZ TAUANA DE AZEVEDO BARROSO1; CAMILA MATTOS SOUZA2; ANA TERESA MOURA DE SALLES ANDRADE3; LAÍS GOMES SPINOLA1; VANESSA CORREIA FERNANDES BACELAR3; BRENO MACHADO COSTA1; GUILHERME MACEDO SOUZA1. 1. UFBA, SALVADOR - BA - BRASIL; 2. UNIME, SALVADOR - BA - BRASIL; 3. UNIFACS, SALVADOR - BA - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: Os resultados da biópsia pleural são de extrema importância para confirmação diagnóstica e indicação de conduta terapêutica em casos de pacientes com derrame pleural, e, dessa forma, o seu não recebimento acarreta prejuízos ao paciente e raciocínio clínico. É objetivo deste estudo determinar a relação entre a unidade de procedência de pacientes com derrame pleural submetidos à biópsia pleural e a apresentação ou não de resultados anatomopatológicos. Métodos: Trata-se de um estudo observacional retrospectivo, de corte transversal, com amostra de conveniência, no qual foram analisados prontuários de pacientes submetidos a procedimentos de toracocentese e biópsia pleural no HEOM (Hospital Especializado Otávio Mangabeira) em Salvador ? BA, entre janeiro de 2013 e janeiro de 2015. Foram coletados dados referentes à unidade de procedência dos pacientes (regulação, ambulatório ou enfermarias) e à apresentação ou não de resultados anatomopatológicos de biópsia pleural em consulta de seguimento. Resultados: Foram analisados trezentos e oito pacientes, sendo 67,40% oriundos do ambulatório, 20,40% das enfermarias do HEOM e 12% da regulação. Acrescenta-se que os pacientes do sexo masculino equivalem a 55,19% da população em estudo, enquanto o sexo feminino equivale a 44,80% dos pacientes analisados. Além disso, 77,70% dos pacientes provenientes da enfermaria apresentaram resultado anexado ao prontuário, enquanto que 56,70% dos pacientes do ambulatório e 56,70% da regulação apresentaram o mesmo resultado. Houve significância estatística entre a procedência do paciente e a presença do resultado anatomopatológico anexado ao laudo (p=0,009) Conclusão: Após um derrame pleural, sobretudo quando se há suspeita de doença inflamatória, a coleta e posterior análise da anatomia patológica é essencial. Em um país como o Brasil, onde os índices de tuberculose são altos, a falta de informação a respeito da biópsia é extremamente danosa para o paciente. Em pacientes atendidos fora da enfermaria hospitalar, a junção de diversos fatores como demora para se marcar e realizar exames pelo Sistema Único de Saúde, má informação a respeito da importância do diagnóstico, falta de acesso, contribuem para um menor número de laudos, prejudicando a continuidade do tratamento.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2235

TÍTULO DO TRABALHO: Tumores de pulmão: casos tratados entre 2010 e 2014

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PHILLIPE GERALDO T. DE ABREU REIS1; FLAVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASICH1; MASSAKAZU KATO1; LUIZ ANTONIO NEGRÃO DIAS1; VICTOR JOSÉ DORNELAS MELO2; HYGOR TROMBETTA2; DANIELE REZENDE XIMENEZ2; GABRIELA ROMANIELLO2. 1. HOSPITAL ERASTO GAERTNER, CURITIBA - PR - BRASIL; 2. UFPR, CURITIBA - PR - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: Apresentar os dados coletados pelo Registro Hospitalar de Câncer do Hospital Erasto Gaertner no período de 2010 a 2014 referentes aos pacientes portadores de tumores bronco-pulmonares admitidos e tratados na instituição. Estudar as características epidemiológicas tentando definir os fatores de risco para a doença e para o resultado do seu tratamento. Métodos: Os dados foram coletados do prontuário médico junto ao Serviço de Arquivo Médico. A ficha utilizada é baseada no formato padrão do Instituto Nacional do Câncer. As frequências absolutas e relativas foram geradas a partir do sistema SISRHC e tabuladas através do Sistema EpiInfo, versão 7.1. A taxa de sobrevida foi calculada pelo método de Kaplan-Meier. Resultados: Foram admitidos 864 casos de tumores primários de pulmão no período de 2010 a 2014. Sendo a distribuição por sexo 54% homens e 46% mulheres. A procedência foi 70,7% de Curitiba e região metropolitana. A distribuição por idade mostrou prevalência acima dos 50 anos, com predominância entre 65-70 anos nos homens. O tipo histológico mais frequente foi o carcinoma escamocelular com 42,4% dos casos, seguido pelo adenocarcinoma com 36,5%. 58,6% apresentavam história familiar de câncer. 55,4% dos homens apresentaram história de alcoolismo, e 17,6% das mulheres. 90,6% dos homens apresentaram história de tabagismo, 77,8% das mulheres. O estadiamento, baseado no TNM (UICC), apresentou predominância de casos avançados 87,9%. Quanto ao tipo de tratamento, 3,6% dos pacientes foram submetidos à cirurgia, 29,4% a quimioterapia isolada e 8,7% a radioterapia isolada e tratamento combinado em 58,3%. Ao término desta primeira fase do tratamento 73,8% dos pacientes estavam vivos. A sobrevida global em 5 anos foi 17,1%, com alto índice de óbito entre 12 e 24 meses do diagnostico. Conclusões: Houve forte associação com tabagismo, principalmente entre homens. A sobrevida em 5 anos é muito pequena, com poucos pacientes candidatos a tratamento cirúrgico.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2884

TÍTULO DO TRABALHO: Uso ambulatorial de cateteres pleurais no tratamento de pneumotórax - Estudo Piloto

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANDRE MIOTTO; JULIO MOTT ANCONA LOPEZ; PEDRO AUGUSTO ANTUNES HONDA; JORGE HENRIQUE RIVABEN; DANIELA CRISTINA ALMEIDA DIAS; MARCIO BOTTER; RAFAEL HENRIQUE ROJA; THIAGO HASSEGAWA. HOSPITAL SANCTA MAGGIORE, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

Pneumotórax é a denominação dada ao acúmulo de ar entre as pleuras visceral e parietal. Pode ser classificado em primário ou secundário, a depender de sua etiologia. Seu tratamento inicial é baseado na drenagem pleural por cateter, com poucas variações. Por muito tempo, o tratamento com drenos tubulares foi o único disponível, porém, com o advento dos drenos do tipo ?Wayne?, popularmente conhecidos como pigtail, o tratamento passou a ser menos invasivo e doloroso. Já é conduta de rotina de muitos serviços a alta hospitalar após a drenagem pleural, com o dreno, para seguimento ambulatorial, porém a literatura que suporta tal conduta é pobre. Desta forma, realizamos um estudo prospectivo em um serviço de cuidado especializado em idosos, com pacientes que tiveram alta hospitalar e seguimento ambulatorial com dreno pleural do tipo ?Wayne?. Foram avaliados nesse estudo piloto 22 pacientes com idade média de 71,22 anos. Esses pacientes foram submetidos a drenagem pleural em ambiente hospitalar e tiveram alta com dreno, ainda com escape de ar, após compensação de suas comorbidades. As causas de pneumotórax incluíram pneumotórax após acesso venoso ou marcapasso, escape de ar em pós-operatório de cirurgia pulmonar e pneumotórax espontâneos por blebs, bolhas ou neoplasias. O tempo médio de permanência com o dreno foi de 9,00 dias e o tempo médio de internação foi de 2,90 dias. 2 pacientes da série foram submetidos a abordagem cirúrgica por perpetuação do pneumotórax após 7 dias. Nenhum paciente evoluiu com pneumonia ou empiema pleural nesta série. Avaliamos ainda o uso de analgésicos pelos pacientes durante o uso do dreno. 7 (31,8%) pacientes utilizaram analgésicos de forma ocasional e 7 (31,8%) pacientes não utilizaram nenhum analgésico. Concluímos que o dreno pleural do tipo ?Wayne? pode ser utilizado em regime ambulatorial com segurança, eficácia e com baixa taxa de infecção. Um estudo com maior número de casos está em execução para melhor avaliação da população em questão.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1884

TÍTULO DO TRABALHO: Valor diagnóstico da Ecoendoscopia Endobrônquica com punção por agulha fina (EBUSTBNA) nas lesões pulmonares e mediastinais.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: AUGUSTO PINCKE CRUZ CARBONARI; ROBERTO SAAD JR.; LUCIO GIOVANNI BATTISTA ROSSINI; FABIO MARIONI; MARCO ANTONIO RIBEIRO CAMUNHA; FELIPE ZOCATELLI YAMAMOTO; GUILHERME CAVAZZANI VACCAREZZA; VICENTE DORGAN NETO; MARCIO BOTTER. SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: Avaliar o valor diagnóstico da ecoendoscopia endobrônquica com punção por agulha fina (EBUS-FNA) nas lesões pulmonares e mediastinais. Método: coletados os dados prospectivamente de 38 pacientes, submetidos ao procedimento de EBUS-TBNA, no período de Março de 2014 e Junho de 2016, no Serviço de Endoscopia do Hospital da Santa Casa de São Paulo.O trabalho foi aprovado no comitê de ética da Santa Casa de São Paulo. Resultados: Analisados os dados de 38 pacientes, sendo 17 (45%) do sexo masculino e a média de idade foi 62 anos (26-84 anos). O EBUS-TBNA possibilitou um diagnóstico final em 32 pacientes (84%), sendo 22 diagnósticos de neoplasias malignas (57%), 10 diagnósticos negativos para neoplasia maligna (27%) e 3 diagnósticos inconclusivos por material insuficiente (8%). Em 2 pacientes (5%) não foi possível realizar a punção (probe não atingiu a lesão e interposição vascular) e 1 paciente (3%) foi excluido da amostragem por perda de seguimento clínico. Com relação ao diagnóstico histopatológico tivemos: 12 adenocarcinomas, 3 carcinomas de células escamosas, 2 carcinomas de pequenas células, 1 carcinoma neuroendócrino, 1 metástase de carcinoma de glândulas salivares, 1 metástase de adenocarcinoma de ovário, 1 sarcoidose e 1 material positivo para neoplasia maligna. Nenhum paciente apresentou evento adverso. Resultados estatósticos: sensibilidade de 88%; especificidade de 100%; valor preditivo positivo de 100%; valor preditivo negativo de 76,9% e acurácia de 91,4%. Conclusões: a realização do EBUSTBNA apresenta significativo valor diagnóstico, exercendo importante influência na conduta dos pacientes. O exame pode ser considerado seguro e com ótimos resultados estatísticos, conforme demonstrado na literatura. Bibliografia: 1. Yang et. al. Endobronchial ultrasound-guided transbronchial needle biopsy for the diagnosis of intrathoracic lymph node metastases from extrathoracic malignancies: a meta-analysis and systematic review. Respirology. 2014 Aug;19(6):834-41. 2. Dong et.al. Endobronchial ultrasound-guided transbronchial needle aspiration in the mediastinal staging of non-small cell lung cancer: a meta-analysis. Ann Thorac Surg. 2013 Oct;96(4):1502-7. 3. Agarwal et.al. Efficacy and safety of convex probe EBUS-TBNA in sarcoidosis: a systematic review and meta-analysis. Respir Med. 2012 Jun;106(6):883-92.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2229

TÍTULO DO TRABALHO: Prevalência de ansiedade e depressão em pacientes com pé diabético internados no serviço de cirurgia vascular em hospital de referência em Sergipe

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: VINÍCIUS DE OLIVEIRA MENEZES BEZERRA1; OSMAR MAX GONÇALVES NEVES2; JOSÉ ADERVAL ARAGÃO2; CARLOS EDUARDO NUNES1; SIDINÉIA SANTOS DA ROCHA1; MARCUS FELIPE GONÇALVES FEITOSA1; BEATRIZ SANTOS TEIXEIRA2; HIAGO VINÍCIUS DANTAS COSTA2. 1. FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA, ARACAJU - SE - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE, ARACAJU - SE - BRASIL.

RESUMO:

Introdução: O pé diabético é uma infecção, ulceração e ou destruição dos tecidos profundos associadas a anormalidades neurológicas e vários graus de doença vascular periférica nos membros inferiores dos pacientes diabéticos. A limitação funcional sofrida pelo paciente com pé diabético devido dor, neuropatia ou lesões associadas a possíveis amputações prévias pode contribuir para aumento do número de casos de depressão e ansiedade nessa população. Objetivos: Determinar prevalência de ansiedade e depressão em pacientes portadores de pé diabético e identificar possíveis fatores de risco. Método: Estudo descritivo, transversal, por meio de aplicação de questionários (sociodemográfico, HADS) e revisão de prontuários de pacientes internados em hospital terciário durante o período de 18 meses. Resultados: Dos 864 pacientes atendidos no período, 177 atenderam os critérios de inclusão. Destes, 24,9% apresentaram sintomas de depressão e 30,5% apresentaram sintomas de ansiedade. A média de idade foi de 67,2 anos. Pacientes do sexo masculino foram maioria com 54,8%. Com relação à escolaridade, 62,1% cursou até o Ensino Fundamental. A maioria possui renda familiar de até um salário mínimo (66,1%). O diagnóstico de diabetes mellitus com tempo superior a cinco anos foi de 67,2% . O tabagismo esteve presente em 36,7%, a prevalência de hipertensão arterial foi elevada (83%) e 59,9% dos pacientes possuíam história prévia de amputação. A grande maioria (75%), teve pelo menos uma consulta em Unidade Básica de Saúde da Estratégia de Saúde da Família (ESF) nos últimos 12 meses. Conclusão: Verificou-se alta prevalência de ansiedade e depressão em pacientes com diagnóstico de pé diabético atendidos em hospital de referência no estado de Sergipe.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 475

TÍTULO DO TRABALHO: PREVALÊNCIA E FATORES DE RISCO ASSOCIADO A DOENÇA ARTERIAL OBSTRUTIVA PERIFÉRICA (DAOP) NOS PACIENTES ATENDIDOS NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE (USFC) PELO MÉTODO ÍNDICE TORNOZELO BRAQUIAL (ITB)

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RUBENS VOLPATO1; ANDREA VIRMOND EL HOSNI2; CARLOS AUGUSTO DE LIMA2. 1. UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAI, ITAJAÍ - SC - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ, ITAJAÍ - SC - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: Determinar a prevalência e fatores de risco (FR) associados à DAOP nos pacientes atendidos na USFC pelo ITB no período de Abril a Setembro de 2015 em Itajaí-SC, estabelecer o taxa/índice de pacientes com DAOP, identificar os fatores de risco e correlacionar os fatores de risco com o desenvolvimento da DAOP.Método: Os pacientes foram escolhidos de forma aleatória. Utilizamos o ITB como método diagnóstico da DAOP com valores ? 0,9. Utilizado uma ficha de coleta de dados. Os dados foram organizados e analisados no Microsoft Excel 2010Resultados: O estudo apresentou uma amostra final de 45 pacientes. A idade da população variou de 19 a 81 anos, com predomínio de adultos com idade superior a 45 anos e com predomínio de indivíduos do sexo feminino (68,9%).Os tabagistas/ex-tabagistas, corresponderam a 44,4% dos indivíduos.Os hipertensos corresponderam a 57,8% da população estudada, os diabéticos 22,2% e os com doença coronariana 8%.A DAOP ocorreu em 19 (42,2%) dos 45 pacientes avaliados, sendo 13 do sexo feminino (68,4%) e seis do sexo masculino (31,6%).A idade dos portadores de DAOP variou entre 26 e 75 anos, sendo a média de idade de 58,05 anos. Já os pacientes que não apresentaram a doença a média de idade foi de 48,78.A distribuição dos portadores de DAOP por FR evidenciou que idade > 45 anos, hipertensão e tabagismo foram os mais frequentes.A prevalência de DAOP nos tabagistas e ex-tabagistas com carga tabágica menor que 20 anos/maço foi de 33,3%. Já nos pacientes com mais de 20 anos/maço observou-se a ocorrência da doença em 66,7%.Conclusões:Alteração no ITB foi um achado frequente em indivíduos acima dos 45 anos, sendo a maioria assintomáticos, demonstrando que DAOP continua sendo subdiagnosticada e subtratada. Quanto aos FR no pacientes com DAOP, prevaleceu idade acima de 45 anos e HAS, tabagismo e DM, se assemelhando aos estudos realizados previamente.O ITB utilizado como métodos de rastreio acima dos 45 anos em pacientes com FR para doença aterosclerótica na atenção primária seria de grande valia, pois implicaria em detecção precoce dos portadores assintomáticos da doença, os levando a se beneficiar de medidas preventivas para reduzir o risco de IAM, AVC ou outra comorbidade cardiovascular.Bibliografia: FOWKES, F. et al. Comparison of global estimates of prevalence and risk factors for peripheral artery disease in 2000 and 2010: a systematic review and analysis. The Lance, v. 382, n. 9901, p. 1329-1340, 2013.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2378

TÍTULO DO TRABALHO: TRATAMENTO DO TROMBOEMBOLISMO VENOSO SINTOMA?TICO COM RIVAROXABANA EM 400 PACIENTES COM CA?NCER ATIVO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PEDRO HENRIQUE BATISTA SANTINI1; BRUNO ANTUNES1; BRUNO SORIANO PIGNATARO2; KENJI NISHINARI2; GUILHERME YAZBEK2; MARCELO TEIVELIS1; LUCAS LEMBRANÇA PINHEIRO1; NELSON WOLOSKER1. 1. HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. A.C. CAMARGO CANCER CENTER, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: Estudar a segurança e eficacia do rivaroxabana , um um inibidor direto da coagulaçao, uso em pacientes com trombose venosa profunda(TVP) em atividade.Pacientes e Métodos: Estudo retrospective, com 400 pacientes com câncer ativo e TVP associado, definidos como trombose venosa profunda ou embolia pulmonary. Este estudo unicentrico foi desenvolvido de janeiro de 2012 até junho de 2015. O foco desse estudo foi determiner a ecicacia e seguranca, avaliando a incidecncia de recorrenicas de TVP e sangramento maior, com o tratamento de rivaroxaba.Resultados: Dos 400 pacientes estudados 223 (55,8%) eram mulheres. Um total de 362 (90,5%) dos pacientes tinham tumors sólidos e 244 (61%) tinham doença metastática. Quanto ao tratamento, 302 (75,5%) pacientes receberam terapia parenteral inicialmente com enoxarapina (mediana: 3, media de 5,6 e desvio padrao [DP]: 6,4 dias) seguido de rivaroxabana. Noventa e oitos pacientes (24,5) foram tratados com o tratamento com rivaroxaban. As taxas de recorrencias foram de 3,25% com sangramento maior acometendo 5,5% durante a terapia anticoagulante (mediana: 118, media: 164,9, DP: 159,9 dias)Conclusao: Rivaroxaban pode ser uma alternativa atrativa para o tratamento de trombose em pacientes com cancer.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1499

TÍTULO DO TRABALHO: Traumatismos vasculares pediátricos na cidade de Manaus, Amazonas ? Brasil

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CLEINALDO DE ALMEIDA COSTA; ISABELLE NASCIMENTO COSTA. UEA, MANAUS - AM - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: avaliar a incidência de traumatismos vasculares pediátricos em doentes atendidos no Hospital Pronto Socorro da Criança Zona Leste, na cidade de Manaus. Métodos: estudo retrospectivo de doentes pediátricos vítimas de traumatismos vasculares atendidos no período de fevereiro de 2001 a fevereiro de 2012. Resultados: foram estudados 71 doentes com predominância do sexo masculino (78,87%) com média de idade de 7,63 anos. O mecanismo de trauma predominante foi o ferimento por arma branca em 27 pacientes (38,03%). A média de internação foi 10,18 dias, com 16 doentes necessitando de cuidados em unidade de tratamento intensivo com permanência média de 8,81 dias. As principais lesões ocorreram em extremidades, com predomínio do membro superior, com lesões das artérias ulnar em 13 (15,66%) e radial em dez (12,04%). O procedimento mais utilizado foi a exploração vascular 35 (32,4%). Em nove doentes (12,68%) ocorreram complicações. A mortalidade foi 1,4%, em um paciente com lesão da veia ilíaca comum e da veia cava inferior, devido à queda de altura. Conclusão: o traumatismo vascular pediátrico ocorreu predominantemente em extremidades. As dimensões dos vasos lesionados tornaram a correção cirúrgica mais complexa e aumentaram os índices de complicações, particularmente, de amputações.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2907

TÍTULO DO TRABALHO: A influência da idade, do baixo valor de albumina, da localização do tumor e da neoadjuvância sobre o índice de fístula colorretal em pacientes operados por câncer.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JULIANO ALVES FIGUEIREDO1; LUCAS FERNANDES ANDRADE1; FREDERICO FONSECA CAMPOS1; STEPHANOE RAGGI ALBUQUERQUE2; THAIANA DE SOUZA SANCHES2; BRUNA MACEDO2; RAISSA LUIZA PORTO DO VALE2; GUILHERME MAGNO SANTIAGO F. COELHO2. 1. HOSPITAL DA BALEIA, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA - FASEH, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:

Introdução: o câncer colorretal (CCR) é uma doença de alta prevalência. A intervenção cirúrgica constitui a principal modalidade terapêutica. Ainda que haja avanços das técnicas operatórias e anestesiológicas, as complicações anastomóticas pós-operatórias são descritas numa frequência significativa. A fístula anastomótica é, dentre essas complicações, a mais importante.Objetivo: analisar a morbimortalidade de pacientes submetidos ao tratamento do câncer colorretal em um centro único, no periodo de 2008 a 2016.Método: trata-se de um estudo observacional, realizado em instituição única, com única equipe de cirurgiões. Montante total de 288 pacientes operados no período entre janeiro de 2008 a fevereiro de 2016, 254 pacientes foram selecionados neste estudo. Os pacientes apresentaram idade média de 59,3 ± 12,5 anos, sendo 53% do gênero masculino. O tipo histológico mais frenquente de tumor foi o adenocarcinoma (99,1%), e a localização do tumor foi mais frequente foi na porção sigmóide/reto alto (42,6%), seguido das porções reto médio (24,2%), reto baixo (16%), colon ascendente (11%) e colon descendente (6,2%). A prevalência de fístula foi 12% (29).Resultados: a idade superior a 60 anos foi fator de risco independente para maior mortalidade no acompanhamento de 8 anos. Pacientes com hipoalbuminemia (p=0,04), localização do tumor no cólon descendente e pacientes com tumor de reto submetidos a neoadjuvância (p = 0,03) tiveram maior chance de fístula anastomótica. Dos pacientes que fistulizaram, 66% eram homens mas não houve diferença significativa neste trabalho (p=0,06). Os pacientes que fistulizaram tiveram 16,5 vezes maior risco de mortalidade pós-operatória em relação ao grupo que não teve fístula.Conclusão: a fístula anastomótica colorretal é fator independente de aumento de morbimortalidade no seguimento dos pacientes com câncer colorretal. Essa complicação aumenta a chance de estoma definitivo. O câncer de cólon descendente foi a localização mais associada com fístula anastomótica, seguida do câncer de reto com neoadjuvância.

CODIGO DO TRABALHO: 366

TÍTULO DO TRABALHO: AVALIAÇÃO DE NEOLINFANGIOGÊNESE DAS MARGENS DO ADENOCARCINOMA DE CÓLON E RETO POR IMUNOHISTOQÚIMICA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PRISCILA OLIVEIRA CARDOSO1; ANDY PETROIANU1; RAMÃO TAVARES NETO1; MATHEUS SEWASTJANOW SILVA1; ALISSON BARBOSA FERREIRA2; JOICE MARA SANTOS MOURA2. 1. UFMG, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. HOSPITAL SANTA RITA, CONTAGEM - MG - BRASIL.

RESUMO:

OBJETIVO: Analisar a densidade linfática tumoral e peritumoral por meio de estudo imunohistoquímico. MÉTODO: Foram estudados prospectivamente 13 pacientes com diagnóstico de adenocarcinoma na topografia do cólon descendente, sigmóide e reto, submetidos a ressecção cirúrgica. Os pacientes foram submetidos a estadiamento clínico pré-operatório. Depois de retirada, a peça cirúrgica, o tumor e as margens foram medidas em centímetros. Em seguida, avaliou-se a margem tumoral por imuno-histoquímica, com anticorpo anti-D2-40 e quantificou-se a densidade de marcadores de tecido linfático a partir da margem tumoral proximal e distal. RESULTADOS: A densidade linfática é menor no tecido tumoral, aumentando a partir da margem tumoral e mantendo-se com baixa densidade linfática até dois centímetros distais ao tumor e até 1,5 centímetros proximais ao tumor.CONCLUSÕES: Angiogênese e linfangiogênese ocorrem no desenvolvimento de câncer colorretal. A avaliação de neolinfangiogênese peritumoral pode desempenhar um papel potencial no estadiamento patológico. BIBLIOGRAFIA: 1 - MAGUIRE, Aoife; SHEAHAN, Kieran. Controversies in the pathological assessment of colorectal cancer. World journal of gastroenterology: WJG, v. 20, n. 29, p. 9850, 2014. 2 - CACCHI, Claudio et al. Clinical significance of lymph vessel density in T3 colorectal carcinoma. International journal of colorectal disease, v. 27, n. 6, p. 721-726, 2012. 3 - BARRESI, V. et al. Lymphatic vessel density and its prognostic value in stage I colorectal carcinoma. Journal of clinical pathology, v. 64, n. 1, p. 6-12, 2011. 4 - LI, Li-Ren et al. Length of lymphangiogenesis in the rectal tissues distal to rectal cancer. Tumor Biology, v. 31, n. 6, p. 667-671, 2010.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2240

TÍTULO DO TRABALHO: Câncer de cólon e reto: casos tratados no período de 2010 a 2014

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PHILLIPE GERALDO T. DE ABREU REIS1; FLAVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASICH1; FERNANDO H. O. MAURO1; GERARDO CRISTINO GAVARRETE VALLADARES1; CAROLINE LOUISE BALCEWICZ DAL BOSCO2; CARLOS ARAI FILHO2; THATIANE LITENSKI2; GABRIELLA EDUARDA JACOMEL3. 1. HOSPITAL ERASTO GAERTNER, CURITIBA - PR - BRASIL; 2. UP, CURITIBA - PR - BRASIL; 3. PUC-PR, CURITIBA - PR - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: Apresentar dados do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital Erasto Gaertner em 2010 e 2014 referentes aos pacientes portadores de câncer de colón e reto. Estudar as características epidemiológicas tentando definir os fatores de risco para a doença e para o resultado do tratamento. Métodos: Os dados foram coletados do prontuário médico junto ao Serviço de Arquivo Médico. A ficha utilizada é baseada no padrão do Instituto Nacional do Câncer. As frequências absolutas e relativas foram geradas a partir do sistema SISRHC e tabuladas através do Sistema EpiInfo, versão 7.1. A taxa de sobrevida foi calculada pelo método de Kaplan-Meier. Resultados: Foram admitidos 1316 casos de câncer de colorretal no período de 2010 a 2014, sendo 46,5% feminino e 53,5% masculino. A maioria ocorreu acima de 45 anos, predominando entre 60 e 64 anos. O tipo histológico mais freqüente foi o adenocarcinoma (92,9%). 71% eram provenientes da capital e região metropolitana. 60,7% dos homens e 61,2% das mulheres possuíam histórico familiar de câncer, 55,5% dos homens possuíam histórico de alcoolismo, porém somente 13,6% das mulheres. 58,3% dos homens e 40,2% das mulheres apresentavam histórico de tabagismo. 17,1% ocorreram no colón, 48,8% no reto e 9,1% na junção reto-sigmoidea. De acordo com estadiamento TNM (UICC), 41,9% das mulheres e 44,8% dos homens apresentaram estadios iniciais. Quanto ao tipo de tratamento realizado, cirurgia (20,6%) e quimioterapia (17,6%) prevaleceram sobre a radioterapia (1%), sendo 60,9% dos casos submetidos a tratamento combinado. Ao término da primeira fase do tratamento, apenas 9,7% foram a óbito. A sobrevida global em 5 anos foi de 49,5% entre todos os estadios e sexos, variando de 11,6% no EC IV e 72,2% no EC I. Conclusões: Mais da metade dos pacientes apresentam estádios clínicos avançados. Por isso, houve alto número de tratamento adjuvantes e combinados empregados nesta amostra.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1432

TÍTULO DO TRABALHO: CÂNCER DE CÓLON: IMPACTO DO NÚMERO DE LINFONODOS NA SOBREVIDA DE PACIENTES SUBMETIDOS AO TRATAMENTO CIRÚRGICO NA LIGA ? UNIDADE DE REFERÊNCIA CONTRA O CÂNCER NO RIO GRANDE DO NORTE.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARIANA CARLOS DE GÓIS1; FRANCIMAR KÉTSIA SERRA ARAÚJO1; ROMUALDO DA SILVA CORRÊA2; FRANCISCO EDILSON LEITE PINTO JR.2; LUCAS VINÍCIUS SILVA DOS SANTOS3; KARYNNE MARIA OLIVEIRA DA TRINDADE MEDEIROS1. 1. UNIVERSIDADE POTIGUAR, NATAL - RN - BRASIL; 2. HOSPITAL DR. LUIZ ANTÔNIO LIGA NORTERIOGRANDENSE CONTRA O CÂNCER, NATAL - RN - BRASIL; 3. FORÇA AÉREA BRASILEIRA, NATAL - RN - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: Avaliar o impacto do número de linfonodos recuperados na peça cirúrgica na sobrevida global dos pacientes submetidos ao tratamento de câncer de cólon na LIGA. Métodos: Estudo observacional retrospectivo, com 80 pacientes, realizado no período de 2007 a 2014 no hospital Dr. Luiz Antônio. Foram incluídos pacientes com idade maior que 18 anos, com diagnóstico histopatológico de adenocarcioma de cólon, submetido ao tratamento cirúrgico radical com quimioterapia e/ou radioterapia, sendo excluídos outros tipos de câncer. Os dados foram coletados através da revisão de prontuários disponíveis no arquivo, com autorização do comitê de ética em pesquisa. A sobrevida global foi estimada por Kaplan-Meier para os dados de câncer de cólon e Breslow test com o p valor de 0,05.Resultados: Cerca de 47,5% dos pacientes com diagnóstico de câncer cólon prevaleceram entre 50 a 70 anos, sendo 62,5% do sexo feminino e 37,5% do sexo masculino. Observou-se que o cólon direito foi a região mais acometida, com 72,5% e o cólon esquerdo representou 27,5%. Segundo o tratamento instituído, todos foram submetidos à colectomia. No entanto, 30% dos pacientes realizaram apenas o tratamento cirúrgico, 62,4% dos pacientes necessitaram de tratamento adjuvante e somente 3% foram sujeitos à neoadjuvancia. Os pacientes que foram submetidos a retirada de 12 linfonodos ou mais, apresentaram uma melhor sobrevida em relação ao grupo que retirou menos que 12 linfonodos. Em adendo, verificou-se que o tempo médio de sobrevivência para o grupo em destaque foi de 9,4 anos, com o valor p=0,005 ? 0,05. Portanto, houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Durante o seguimento ambulatorial 35% dos pacientes foram a óbito.Conclusão: Sabe-se que de acordo com a literatura vigente, quanto maior o número de linfonodos retirados, maior será a chance de encontrar metástases linfonodais, e em consequência o aumento da taxa de sobrevida destes pacientes. É necessário a detecção precoce da doença, através de campanhas com intuito preventivo e rastreio em pacientes na faixa etária acima de 50 anos.Bibliografia: 1. Torre LA, Bray F, Siegel RL, et al. Global cancer statistics, 2012. CA Cancer J Clin 2015; 65:87.2. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer Statistics, 2017. CA Cancer J Clin 2017; 67:7.3. Singh KE, Taylor TH, Pan CG, et al. Colorectal Cancer Incidence Among Young Adults in California. J Adolesc Young Adult Oncol 2014; 3:176.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1418

TÍTULO DO TRABALHO: CÂNCER DE CÓLON: SOBREVIDA GLOBAL E LIVRE DE DOENÇA DOS PACIENTE NA LIGA ? UNIDADE DE REFERÊNCIA CONTRA O CÂNCER NO RIO GRANDE DO NORTE.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARIANA CARLOS DE GÓIS1; FRANCIMAR KÉTSIA SERRA ARAÚJO1; ROMUALDO DA SILVA CORRÊA2; FRANCISCO EDILSON LEITE PINTO JR.2; LUCAS VINÍCIUS SILVA DOS SANTOS3; KARYNNE MARIA OLIVEIRA DA TRINDADE MEDEIROS1. 1. UNIVERSIDADE POTIGUAR, NATAL - RN - BRASIL; 2. HOSPITAL DR. LUIZ ANTÔNIO LIGA NORTERIOGRANDENSE CONTRA O CÂNCER, NATAL - RN - BRASIL; 3. FORÇA AÉREA BRASILEIRA, NATAL - RN - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: Avaliar a sobrevida global e sobrevida livre de doença dos pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico de câncer de cólon e resultados a longo prazo. Métodos: Estudo observacional retrospectivo, composto por 80 pacientes, realizado no período de 2007 a 2014 no hospital Dr. Luiz Antônio. Foram incluídos pacientes com idade maior que 18 anos, com diagnóstico histopatológico de adenocarcinoma de cólon, submetido ao tratamento cirúrgico radical com quimioterapia e/ou radioterapia, sendo excluídos outros tipos de câncer. Os dados foram coletados através da revisão de prontuários disponíveis no arquivo, com autorização do comitê de ética em pesquisa. A sobrevida foi calculada pelo método não paramétrico de Kaplan-Meier. O teste de Wilcoxon foi usado com intervalo de confiança em 95%.Resultados: Verificamos que 47,5% dos pacientes prevaleceram entre 50 a 70 anos, sendo 62,5% do sexo feminino e 37,5% do sexo masculino. Observou-se que o cólon direito foi a região mais acometida, com 72,5%, e o cólon esquerdo representou 27,5%. Observou-se que a sobrevida global dos pacientes em tratamento para o câncer de cólon foi de 64,4% em 5 anos. A faixa etária de maior taxa de sobrevida estavam entre 50 a 70 anos. Em relação ao tratamento instituído, todos os pacientes foram submetidos à colectomia. No entanto, 30% dos pacientes foram submetidos apenas ao tratamento cirúrgico, outros 62,4% necessitaram de tratamento com adjuvancia e somente 3% foram sujeitos à neoadjuvancia. Observou-se que os pacientes que foram submetidos ao tratamento cirúrgico associada a adjuvancia obtiveram maior taxa de sobrevida, comparada com os pacientes que não realizaram tratamento complementar. Em relação à estimativa média do tempo de sobrevivência do estadiamento III, em anos, foi de 8,9. Após 5 anos da data do diagnostico 83,3% dos pacientes não apresentaram recidiva, entretanto verificou-se que o tempo médio livre de doença foi de 11,4 anos.Conclusões: O atual estudo é condizente com os resultados da literatura vigente, enfatizando a importância do rastreamento a partir dos 50 anos com a colonoscopia, independente do sexo do paciente.Bibliografia: 1. Torre LA, Bray F, Siegel RL, et al. Global cancer statistics, 2012. CA Cancer J Clin 2015; 65:87.2. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer Statistics, 2017. CA Cancer J Clin 2017; 67:7.3. Singh KE, Taylor TH, Pan CG, et al. Colorectal Cancer Incidence Among Young Adults in California. J Adolesc Young Adult Oncol 2014; 3:176.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2016

TÍTULO DO TRABALHO: Complicações pós colonoscopia ? Análise dos pacientes readmitidos na unidade de emergência. Experiência do Hospital Albert Einstein com 8968 pacientes.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ROGER BELTRATI COSER; GUSTAVO FERNANDES DE ALVARENGA; LORRAINE CRISTINA PASSOS MARTINS; CAMILA ALOISE CRUZ; MARCELO BELLINI DALIO; ANTONIO ROCCO IMPERIALE; CARLOS EDUARDO FONSECA PIRES; JOSÉ CARLOS TEIXEIRA JUNIOR. HOSPITAL ALBERT EINSTEIN, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo Avaliar a incidência, as características epidemiológicas, o diagnóstico e a evolução dos pacientes que retornaram às unidades de pronto atendimento do hospital com sinais e sintomas sugestivos de complicações até 30 dias após realização de colonoscopia.MétodoEstudo retrospectivo uni-institucional dentre os pacientes que realizaram colonoscopia no ano de 2014 e retornaram em até 30 dias após o procedimento ao hospital.ResultadosForam realizadas colonoscopias em um total de 8968 pacientes. Destes, 578 (6,44%) retornaram em até 30 dias pelas mais variadas queixas. 95 pacientes (1,06%) tiveram queixa relacionada a possível complicação da colonoscopia.Os pacientes foram avaliados no pronto atendimento: 33,7% deles retornaram em menos de 24 horas e 66,3% deles em mais de 24 horas após a colonoscopia. A taxa de hospitalização foi de 26,3% no primeiro retorno.Não foram observadas evidências de diferenças entre o grupo de pacientes que retornou em até 24h e o grupo que retornou em mais do que 24h quanto aos níveis de leucócitos (p=0,973) de PCR (p=0,069), tipos de procedimentos realizados (p=0,173) e evolução (p=0,218).Foi observada associação do tempo de retorno com o diagnóstico pela colonoscopia (pNão foram observadas diferenças entre o grupo de pacientes sem e com alterações infecciosas quanto às médias de idade dos pacientes (p=0,074), aos níveis de leucócitos (p=0,177) e de PCR (p=0,057), diagnóstico pela colonoscopia (p=0,075), tipos de procedimentos realizados (p=0,898) e evolução (p=0,327).ConclusõesOs dados do presente estudo corroboram a evidência geral de segurança e tolerabilidade da colonoscopia e apontam para redução nos índices de complicações maiores. Estes achados podem estimular o desenvolvimento de novas técnicas terapêuticas baseadas na colonoscopia e aumentar seu uso no rastreamento de câncer colorretal.ReferênciasCHAN, A. O. et al. Predictive factors for colonoscopy complications. Hong Kong Med J, v. 21, n. 1, p. 23-9, Feb 2015.REUMKENS, A. et al. Post-Colonoscopy Complications: A Systematic Review, Time Trends, and Meta-Analysis of Population-Based Studies. Am J Gastroenterol, v. 111, n. 8, p. 1092-101, 2016

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 367

TÍTULO DO TRABALHO: CONTRAÇÃO DA MARGEM DE RESSECÇÃO TUMORAL APÓS CONSERVAÇÃO EM FORMOL TAMPONADO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PRISCILA OLIVEIRA CARDOSO1; ANDY PETROIANU1; RAMÃO TAVARES NETO2; MATHEUS SEWASTJANOW SILVA1; ALISSON BARBOSA FERREIRA3; JOICE MARA SANTOS MOURA3. 1. UFMG, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. CONLAB ANATOMIA PATOLÓGICA LTDA, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 3. HOSPITAL SANTA RITA, CONTAGEM - MG - BRASIL.

RESUMO:

INTRODUÇÃO: A retirada dos tumores com margem livre de câncer é essencial no prognóstico da morbimortalidade, determinando a retirada completa da neoplasia em seu local de origem. A analise anatomopatológica das margens tumorais têm sido cada vez mais adotada. A definição da margem mínima de ressecção ainda é controverso.OBJETIVO: Analisar a contração da margem de ressecção após retirada da peça cirúrgica e conservação em formol tamponado.MÉTODO: Foram estudados prospectivamente 13 pacientes com diagnóstico de adenocarcinoma na topografia do cólon descendente, sigmóide e reto, submetidos a ressecção cirúrgica. Os pacientes foram submetidos a estadiamento clínico pré-operatório. Depois de retirada, a peça foi retificada, sem estiramento, e realizada a medição do tumor e das margens em centímetros. Em seguida, foi fixada a uma placa de isopor em solução de formaldeído tamponado a 10% e enviada ao laboratório de anatomopatologia para permitir a medição das margens livres de doença, após fixação.RESULTADOS: O tamanho médio ± DP das peças cirúrgicas antes da fixação no formadeído 10% foi de 29,56 ± 10,49 cm e após fixação foi de 26,31 ± 6,58 cm, com redução de 10,1% da peça. O tamanho médio ± DP do tumor antes da fixação no formadeído 10% foi de 5,10 ± 1,76 cm e após fixação foi de 4,85 ± 1,53 cm, com redução de 4,9% do tamanho tumoral. O tamanho médio ± DP da margem proximal ao tumor antes da fixação no formadeído 10% foi de 13,44 ± 8,78 cm e após fixação foi de 11,73 ± 7,10 cm, com redução de 12,7% da margem. O tamanho médio ± DP da margem distal ao tumor antes da fixação no formadeído 10% foi de 11,08 ± 4,85 cm e após fixação foi de 9,73 ± 4,02 cm, com redução de 12,2% da margem.CONCLUSÕES: No nosso estudo, houve uma redução de cerca de 10% do tamanho das peças cirúrgicas após fixação em formaldeído 10%.BIBLIOGRAFIA: 1 - STERNBERG, Ahud. Carcinoma of the colon: margins of resection. Journal of surgical oncology, v. 98, n. 8, p. 603-606, 2008. 2 - KARANJIA, N. D. et al. ?Close shave?in anterior resection. British Journal of Surgery, v. 77, n. 5, p. 510-512, 1990. 3 - CROSS, S. S.; BULL, A. D.; SMITH, J. H. Is there any justification for the routine examination of bowel resection margins in colorectal adenocarcinoma?. Journal of clinical pathology, v. 42, n. 10, p. 1040-1042, 1989.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 359

TÍTULO DO TRABALHO: DIMENSIONAMENTO DAS MARGENS HISTOLÓGICAS DE ADENOCARCINOMAS DO CÓLON E RETO POR COLORAÇÃO COM AZUL DE METILENO INJETADO PERITUMORAL

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PRISCILA OLIVEIRA CARDOSO1; ANDY PETROIANU1; RAMÃO TAVARES NETO2; MATHEUS SEWASTJANOW SILVA1; ALISSON BARBOSA FERREIRA3; JOICE MARA SANTOS MOURA3. 1. UFMG, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. CONLAB ANATOMIA PATOLÓGICA LTDA, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 3. HOSPITAL SANTA RITA, CONTAGEM - MG - BRASIL.

RESUMO:

OBJETIVO: Analisar a relação entre a margem microscópica do adenocarcinoma de cólon e a margem de difusão do azul de metileno injetado peritumoral, para avaliar a adequação do método de coloração vital na orientação da retirada do câncer colônico com margens cirúrgicas livres de neoplasia.MÉTODO: Foram estudados prospectivamente 13 pacientes com diagnóstico de adenocarcinoma na topografia do cólon descendente, do cólon sigmoide e do reto, submetidos a ressecção cirúrgica. Os cânceres foram estadiados no pré-operatório. Durante o ato cirúrgico, uma agulha injetora foi introduzida na submucosa através do endoscópio e injetaram-se dois mililitros de azul de metileno estéril na concentração de 1% à distância de um centímetro da margem tumoral proximal e distal. Depois de retirada a peça cirúrgica, mediu-se a distância, em centímetros, da margem corada pelo azul de metileno, tendo ela sido comparada com a distância de invasão neoplásica transmural, verificada por microscopia óptica.RESULTADOS: Não foi constatada presença neoplásica além da margem corada pelo azul de metileno.CONCLUSÕES: O corante azul de metileno injetado na região peritumoral do adenocarcinoma de cólon e reto difundiu-se para uma área maior do que o crescimento transmural do câncer e suspeito de acometimento neoplásico. Portanto, é pertinente supor que a retirada em bloco até a margem corada pelo azul de metileno assegura a ressecção oncológica, com reduzido risco de deixar tecido neoplásico no cólon ou reto.BIBLIOGRAFIA: 1 - ANDREOLA, Salvatore et al. Distal intramural spread in adenocarcinoma of the lower third of the rectum treated with total rectal resection and coloanal anastomosis. Diseases of the colon & rectum, v. 40, n. 1, p. 25-29, 1997. 2 - BARTELS, Sanne AL et al. The effect of colonoscopic tattooing on lymph node retrieval and sentinel lymph node mapping. Gastrointestinal endoscopy, v. 76, n. 4, p. 793-800, 2012. 3 - LI, Li-Ren et al. Length of lymphangiogenesis in the rectal tissues distal to rectal cancer. Tumor Biology, v. 31, n. 6, p. 667-671, 2010. 4 - LIM, Jason Wei-Min et al. Close distal margins do not increase rectal cancer recurrence after sphincter-saving surgery without neoadjuvant therapy. International journal of colorectal disease, v. 27, n. 10, p. 1285-1294, 2012.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2231

TÍTULO DO TRABALHO: EMPREGO DA PROTEINA C REATIVA COMO MARCADOR PRECOCE DE INFECÇÃO EM CIRURGIAS COLORRETAIS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GERALDO CAMILO NETO; LUÍS ROBERTO MANZIONE NADAL; RENATO ARIONI LUPINACCI; JOSE FRANCISCO DE MATTOS FARAH; MARIA BEATRIZ ALVES DO SANTOS MEDRADO; GABRIEL LACERDA ESTEVES; ELLEN TREVELIN; CAMYLLE REIS FIGUEIREDO; YTAUAN BARROS CALHEIROS. IAMSPE, SAO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

OBJETIVOS: avaliar a associação entre os níveis séricos de proteína C reativa (PCR) no pós-operatório (PO) de procedimentos cirúrgicos colorretais e complicações infecciosas, e determinar valores de PCR que permitam, com maior sensibilidade, a previsão de não-complicação infecciosa de pacientes no PO. MÉTODOS: Estudo caso-controle de 80 pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos colorretal eletivos com anastomose primária em um único serviço durante o ano de 2016. Vinte e oito indivíduos (35%) apresentaram complicações infecciosas diversas, sendo em onze deles deiscência da anastomose. Os demais indivíduos compuseram o grupo controle. Foram coletadas amostras diárias de sangue para dosagem de PCR entre o primeiro e quarto dia de PO. Os valores foram comparados levando em consideração a complicação ou não do paciente, com uso de curva ROC (receiver operator characteristic), para determinação de sensibilidade, especificidade e valores preditivos de complicação. RESULTADOS: Em ambos os grupos, o pico de PCR aconteceu no 2º PO, tendendo a declínio a partir de então. Níveis de PCR de até 7,65 mg/dL no 4º PO foram associados à evolução sem complicações infecciosas(sensibilidade 100%), porém valores inferiores a 8,9mg/dL também apresentaram alta sensibilidade (95,5%), com maior especificidade (46.2%). Quando utilizamos o delta entre os valores de PCR de um dia e o seguinte, não obtivemos resultados satisfatórios de classificação de prognóstico. CONCLUSÃO: Em nossa casuística, a PCR abaixo de 8,9mg/L no 4o PO pôde predizer complicações infecciosas, portanto, podendo servir de parâmetro para avaliação de alta nesse dia.REFERÊNCIAS: FACY, O. Diagnostic Accuracy of Inflammatory Markers As Early Predictors of Infection After Elective Colorectal Surgery. Annals of Surgery ? Volume 263, Number 5, May 2016. COUSIN, F. Diagnostic Accuracy of Procalcitonin and C-reactive Protein for the Early Diagnosis of Intra-abdominal Infection After Elective Colorectal Surgery. Annals of Surgery ? Volume XX, Number X, Month 2016.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2755

TÍTULO DO TRABALHO: Heterogeneidade genética intratumoral no Câncer de Reto ? Biópsias únicas representam o tumor completo?

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: AUGUSTO QUARESMA COELHO1; FELIPE ALEXANDRE FERNANDES1; FABIANA BETTONI2; ANGELITA HABR-GAMA2; BRUNA BORBA VAILATI2; GUILHERME PAGIN SÃO JULIÃO2; ANAMARIA A. CAMARGO2; RAFAEL ULYSSES DE AZEVEDO1; RODRIGO OLIVA PEREZ2. 1. FACULDADE DE MEDICINA USP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. INSTITUTO AJ GAMA, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

Introdução: As informações obtidas das biópsias tumorais influenciam de maneira significativa na definição do tratamento. Todavia, levando-se em conta a presença de heterogeneidade genética intratumoral, biópsias únicas podem não ser representativas da totalidade do tumor, limitando a utilidade e confiabilidade da informação fornecida por essas biópsias para a decisão terapêutica. Objetivo: Demonstrar heterogeneidade genética intratumoral em pacientes com neoplasia de reto. Métodos: Três fragmentos de um único tumor de reto (adenocarcinoma) foram escolhidos para sequenciamento genético seguido de análise para identificação de mutações. Cerca de 25Gb sequências mapeadas foram geradas de cada amostra e sequências genéticas mapeadas do genoma humano foram usados como referência para detecção de pontos de mutações somáticos. Resultados: Ao todo, 193 mutações somáticas foram identificadas. Somente 53 (27%) foram compartilhadas entre os três fragmentos, incluindo genes conhecidos das fases iniciais da sequência adenoma-carcinoma (APC). Do total, 115 (59%) mutações estiveram presentes em apenas um desses fragmentos, incluindo mutações em genes drivers (DNAH12). A distância Jaccard mostrou mediana de distância de 0,603 por comparação pareada dos fragmentos indicando significativa heterogeneidade entre eles. Conclusão: Foi evidenciada considerável heterogeneidade genética intratumoral na neoplasia de reto. A maioria dos pontos de mutação detectados foram exclusivos de um único fragmento. Esses achados confirmam que mutações de genes encontradas em um único fragmento de biópsia pré-tratamento não necessariamente serão representativos de todas as mutações presentes no tumor e isso pode limitar a utilidade da informação biológica fornecida por uma única biópsia para a decisão terapêutica.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1905

TÍTULO DO TRABALHO: Influência do parâmetro T na recidiva precoce do tumor de reto distal com resposta clínica inicial completa à quimiorradioterapia

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: AUGUSTO QUARESMA COELHO1; FELIPE ALEXANDRE FERNANDES1; ANGELITA HABR-GAMA2; GUILHERME PAGIN SÃO JULIÃO2; BRUNA BORBA VAILATI2; CINTHIA ORTEGA2; SERGIO EDUARDO ALONSO ARAUJO2; RODRIGO OLIVA PEREZ2. 1. FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. INSTITUTO AJ GAMA, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

Introdução: Pacientes com neoplasia de reto distal submetidos a quimiorradioterapia neoadjuvante (nQRT) com resposta clínica tumoral completa (cCR) são potenciais candidatos a tratamento alternativo à cirurgia radical (protocolo Watch&Wait - W&W). No entanto, aproximadamente 20% desses pacientes irão apresentar recidiva tumoral precoce. A identificação de fatores de risco para a recidiva pode ajudar a selecionar pacientes para seguimento clínico mais rigoroso.Objetivo: O objetivo desse estudo foi investigar a influência da extensão do tumor primário (parâmetro T) nas recidivas precoces de pacientes com cCR seguidas pelo protocolo W&W.Métodos: Foram analisados retrospectivamente pacientes com neoplasia de reto distal (cT2-4N0-2M0) submetidos a regime estendido de nQRT (54Gy + 5FU). A avaliação da resposta tumoral foi realizada pelo menos 10 semanas após o término da radioterapia. Pacientes com resposta clínica completa (radiológica, endoscópica e ao exame físico) foram observados sem cirurgia imediata (W&W). Pacientes que inicialmente apresentaram cCR e desenvolveram recidiva tumoral precoce (Resultados: 91 pacientes com neoplasia de reto distal foram submetidos à nQRT e 61/91 pacientes apresentaram cCR inicial (67%). Pacientes com estadio cT2 apresentaram taxas similares de cCR quando comparados com estadio cT3-T4 (72% vs 63%; p=0,403). Recidivas tumorais precoces foram mais frequentes entre tumores cT3-4 quando comparados com estadio cT2 (30% vs 3%; p=0,007). Não houve diferenças nas taxas de recidivas tardias (p=0,593) ou recidivas sistêmicas (p=0,387). A sobrevida livre de recidiva local foi significativamente melhor para estadio cT2 em 1 ano (96% vs 69%, p=0,009). Não houve diferença significativa na sobrevida livre de doença (85% vs 72%; p=0,479).Conclusão: Pacientes com estadio cT2 que apresentam cCR após nQRT observados pelo protocolo W&W são menos propensos a desenvolver recidiva tumoral precoce quando comparados a pacientes com estadio inicial cT3/4. Pacientes com estadio cT3/4 e cCR após nQRT devem ser submetidos a acompanhamento clínico, radiológico e endoscópico mais rigoroso a fim de se identificar precocemente recidivas tumorais.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 858

TÍTULO DO TRABALHO: LAPAROSCOPIA VERSUS LAPAROTOMIA NO TRATAMENTO DO CÂNCER COLORRETAL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA CONDUTA CIRÚRGICA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCIO RIVISON SILVA CRUZ1; DANIEL QUADROS DE SOUZA JÚNIOR2; GRAZIELA BRITTO DE CARVALHO LOBO SOUSA1; GABRIELA BELLINTANI GAMA1. 1. UNIVERSIDADE SALVADOR, SALVADOR - BA - BRASIL; 2. ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, SALVADOR - BA - BRASIL.

RESUMO:

OBJETIVO: Revisar a literatura quanto aos resultados a curto prazo da laparoscopia em comparação com os da laparotomia no tratamento do câncer colorretal.MÉTODOS: Revisão sistemática descritiva realizada entre 09/2015 e 11/2016, incluiu estudos publicados no período de 2002 a 2015, desenvolvida com produção científica indexada nas seguintes bases eletrônicas de dados: PubMed e Scielo. Foram selecionados para leitura na íntegra os artigos que obedeceram aos critérios de inclusão pré-definidos: trabalhos publicados em inglês, que comparassem os benefícios e limitações da laparotomia e laparoscopia no tratamento do CCR, e que realizassem a análise de, no mínimo, metade das variáveis de desfecho selecionadas para esta pesquisa. Os tipos de estudos incluídos foram caso-controle retrospectivo, coorte retrospectivo, ensaios clínicos randomizados e não randomizados. Foram excluídas as revisões sistemáticas e os trabalhos que não obedeceram aos critérios de inclusão.RESULTADOS: Considerando todos os 11 estudos, as amostras variaram entre 68 a 2011 pacientes, com idade entre 57 e 83 anos. O tempo de seguimento variou entre 4 e 9 anos. O tumor foi encontrado nos diversos segmentos do intestino grosso (cólon ascendente, transverso, descendente, sigmoide e reto), com predominância no reto/sigmoide, seguida do cólon ascendente. Na classificação TNM, o estágio mais frequente foi o II nas duas técnicas cirúrgicas. De modo geral, a laparoscopia esteve associada à menor permanência hospitalar, menor taxa de complicações, reduzido tempo de volta à dieta oral, menos dor no pós-operatório e menor taxa de recidiva. Em contrapartida, o tempo de cirurgia foi menor na laparotomia em todos os estudos. Não houve diferença significativa entre as duas modalidades cirúrgicas em relação ao uso de terapia adjuvante e número de linfonodos retirados.CONCLUSÃO: A abordagem videolaparoscópica foi tão eficaz quanto a laparotômica no tratamento do câncer colorretal e esteve associada à menor permanência hospitalar, reduzido tempo de volta à dieta oral, menos dor no pós operatório, menor taxa de recidiva, menor taxa de complicações.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2771

TÍTULO DO TRABALHO: Obtendo o espécime cirúrgico perfeito no câncer colorretal durante a amputação abdominoperineal ? devemos ressecar o cóccix rotineiramente?

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: AUGUSTO QUARESMA COELHO1; FELIPE ALEXANDRE FERNANDES1; ANGELITA HABR-GAMA2; GUILHERME PAGIN SÃO JULIÃO2; RAFAEL ULYSSES DE AZEVEDO1; BRUNA BORBA VAILATI2; CINTHIA ORTEGA2; FRANCISCO COUTINHO2; RODRIGO OLIVA PEREZ2. 1. FACULDADE DE MEDICINA USP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. INSTITUTO AJ GAMA, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

Introdução: A excisão mesorreto de modo cilíndrico com margens intactas é essencial no manejo cirúrgico do câncer colorretal durante a amputação abdomino-perineal (AAP) para minimizar o risco de margens radiais positivas. A amputação de reto extra elevador, em posição prona e a ressecção do cóccix foram associados com melhor qualidade do espécime cirúrgico durante a AAP. A ressecção rotineira do cóccix pode promover melhor visibilidade no acesso cirúrgico, particularmente durante a dissecção da parede retal anterior. Objetivo: Estimar o ganho de visibilidade cirúrgica após a ressecção do cóccix em pacientes com neoplasia de reto.Método: 29 pacientes com câncer colorretal foram estudados prospectivamente. Todos foram submetidos a Ressonância magnética (RM) de alta resolução no estadiamento inicial. Utilizando cortes sagitais em T2, foi estimado o ângulo sólido determinado pela margem de dissecção anterior (interface entre a parede retal e a próstata/vagina), e a ponta do cóccix (sem ressecção do cóccix) ou a ponta da última vértebra sacral (com a ressecção do cóccix). O ângulo sólido estima a superfície tridimensional de uma determinada área provida pelo ângulo original (ângulo sólido = ?sen2?), sendo a melhor estimativa da visibilidade cirúrgica em determinado ponto crítico de escolha (neste caso a parede retal anterior). A porcentagem de ganho de campo cirúrgico foi calculada comparando o ângulo sólido com e sem a retirada do cóccix em imagens de RM para cada paciente. Um ganho maior do que 30% foi considerado significativo. Idade, gênero e IMC foram comparados entre pacientes com e sem ganhos significativos após a remoção do cóccix.Resultados: a remoção cirúrgica rotineira do cóccix determina um ganho médio de 42% (95% IC 27-57%) em visibilidade de campo cirúrgico para a parede retal anterior ao nível da próstata/vagina. 19 pacientes (65%) obtiveram ganho estimado ?20% pela remoção do cóccix enquanto 15 (51%) obtiveram ganho estimado ?30%. Não houve associação de ganho de campo após remoção de cóccix com IMC, gênero ou idade.Conclusão: A ressecção rotineira do cóccix durante a AAP pode resultar no ganho médio de 42% em campo cirúrgico durante a disseção da parede retal anterior. No entanto, nem todos os pacientes apresentam o ganho desejável em campo cirúrgico após a ressecção. A estimativa precisa do ganho de remoção do cóccix pode ser predita por séries sagitais de RM de forma individualizada, auxiliando o cirurgião na decisão da ressecção do cóccix.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 997

TÍTULO DO TRABALHO: POLIPECTOMIAS ENDOSCÓPICAS ? ESTUDO HISTOPATOLÓGICO E COMPARATIVO HISTÓRICO.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GUILHERME CÉSAR BARBOSA DA ROSA1; MARISTELA GOMES DE ALMEIDA1; DESIDERIO ROBERTO KISS1; ANTÔNIO CARLOS BARAVIERA1; ANDRE LUIS CORTEZ MINCHILLO1; CLARISSA MARIA GOMES DE ALMEIDA2; FAUZE CAMARGO MALUF2; GIOVANA MOREIRA MINCHILLO2. 1. HOSPITAL EDMUNDO VASCONCELOS, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA DO ABC, SANTO ANDRÉ - SP - BRASIL.

RESUMO:

O câncer colorretal (CCR) é a lesão maligna do aparelho digestivo mais frequente nos países desenvolvidos e, atualmente, é provável que a colonoscopia seja o ato médico mais efetivo na prevenção de neoplasias malignas na raça humana. O trabalho objetivou a avaliação do perfil histopatológico das polipectomias colonoscópicas no Complexo Hospitalar Edmundo Vasconcelos no período de 1 ano em comparação com estudo prévio realizado há 13 anos na mesma instituição, que contemplou 7 anos. Para tanto, realizou-se um estudo retrospectivo de corte transversal, observacional, descritivo e comparativo que avaliou o perfil dos exames com pólipos e/ou lesões plano-elevadas colorretais diagnosticadas no serviço de colonoscopia do Hospital. Em estudo anterior (1996-2002) foram realizadas 2227 colonoscopias ? com 543 polipectomias em 379 pacientes ? enquanto que no atual estudo (junho de 2015 a outubro de 2016) realizaram-se 2637 colonoscopias ? com 797 polipectomias em 600 destes exames. Um aumento de 4,8 vezes em número de exames anuais. Dentre os neoplásicos (576; 72,27%), diagnosticou-se 424 (73,61%) adenomas tubulares, 90 (15,63%) adenomas túbulo-vilosos, 10 (1,74%) vilosos e 13 (2,26%) serrilhados com destaque para 39 (6,77%) polipectomias com diagnóstico de adenocarcinoma em 38 pacientes. Em comparação histórica, o diagnóstico de adenocarcinoma cresceu 2,27 vezes. Juntamente com o significativo aumento do número de exames e diagnósticos de neoplasia maligna, constatou-se também uma maior incidência de pólipos do lado direito do cólon, de 60 (11,1%) para 203 (25%) ? sendo 127 localizados no cólon ascendente e 65 no ceco. O limite do estudo deve-se ao caráter retrospectivo da análise e a não abrangência dos motivos dos exames e da idade dos pacientes. Sabe-se que a colonoscopia ainda é o padrão-ouro para detecção e tratamento precoce dos pólipos intestinais. Portanto ressalta-se que a prevenção do câncer de cólon avançado está diretamente ligada a frequência da colonoscopia. É provável que o expressivo aumento no número de exames correlaciona-se com a promoção preventiva do método. Paralelamente, os diagnósticos de adenocarcinomas também sofreram um aumento global. Destaca-se ainda uma tendência mundial de aumento na detecção de pólipos do lado direito do cólon, o que também foi demonstrado no presente estudo.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1781

TÍTULO DO TRABALHO: RASTREAMENTO DO CÂNCER COLORRETAL ATRAVÉS DA PESQUISA DE SANGUE OCULTO FECAL ? UM ESTUDO DE BASE POPULACIONAL

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOÃO AUGUSTO DOS REIS GUERRA1; DENIS CONCI BRAGA1; JÉSSE BATISTA CORRÊA JÚNIOR1; ORLANDO ALBERTON NETO1; LEONARDO GETÚLIO PIOVESAN2; NEUDY JULIANO QUADROS1. 1. UNOESC - UNIVERSIDADE DO OESTE DE SANTA CATARINA, JOAÇABA - SC - BRASIL; 2. UNIVALI - UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ, ITAJAÍ - SC - BRASIL.

RESUMO:

Introdução: O câncer colorretal (CCR) é um problema mundial, com uma incidência anual de cerca de um milhão de casos e uma mortalidade anual de mais de 500.000. O rastreamento leva a um diagnóstico precoce, sendo uma forma eficaz de diminuir a mortalidade. A pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF) consiste na identificação de hemoglobina nas fezes e tem sido usada como rastreamento desta neoplasia. Objetivo: O objetivo do presente estudo é verificar, a partir da positividade do exame de PSOF, a prevalência de alterações em exames de colonoscopia. Ainda, objetiva-se avaliar a sensibilidade do método de PSOF para rastreamento do câncer colorretal em um município do meio-oeste de Santa Catarina. Metodologia: Trata-se de um estudo transversal descritivo e exploratório de base populacional. Utilizou-se uma amostra populacional constituída por indivíduos com idade mínima de 50 anos que procuraram a Estratégia Saúde da Família (ESF) do município para consulta médica no período de agosto de 2014 a maio de 2015. Para o rastreamento do CCR considerou-se como método de escolha a PSOF, realizada por método de guaiaco e/ou imunohistoquímico. Resultados: A amostra foi constituída por 438 indivíduos, dos quais 90,87% (n= 398) tiveram seu exame de PSOF negativo. Dentre aqueles com exame positivo (n 40; 9,13%), 55% (n= 22) eram do sexo feminino. Em ambos os grupos predominaram os indivíduos cuja cor da pele autorreferida era branca, não tabagistas, que não faziam uso de AINES ou de AAS, que não tinham diagnóstico de anemia no último hemograma realizado e cuja história pregressa de neoplasia e doença inflamatória intestinal, bem como a história familiar de pólipo intestinal ou câncer colorretal eram negativas. Dentre os principais achados naqueles que realizaram o exame de colonoscopia por apresentarem a PSOF positiva, verificou-se uma maior prevalência de adenomas tubulares com displasia e de pólipos hiperplásicos, com 22,5% (n= 9), cada. Os adenocarcinomas foram observados em 3 indivíduos, correspondendo a 7,5% daqueles com PSOF positivo. Conclusões: Os autores concluem que o investimento em diagnóstico precoce e no rastreamento de CCR na população considerada de risco para a doença é fundamental, uma vez que representa um importante problema de saúde pública em Santa Catarina, dada a tendência de aumento na mortalidade.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1332

TÍTULO DO TRABALHO: TRATAMENTO DE FÍSTULA ANORRETAL: COMPARAÇÃO ENTRE TRATAMENTO CONVENCIONAL E NOVAS TÉCNICAS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOSE HENRIQUE MIRANDA BORDUCCHI; DANIELLE YUMI AKAISHI; PEDRO AUGUSTO SOFNER CARDOSO; FLÁVIA YUMI ATAKA; BARBARA CRISTINA JARDIM MIRANDA; CAUÊ FEDRIGO LOYOLA BATISTA; AFONSO OETTING JUNIOR; SANDRA DI FELICE BORATTO. FACULDADE DE MEDICINA DO ABC, SANTO ANDRÉ - SP - BRASIL.

RESUMO:

OBJETIVOO objetivo deste estudo retrospectivo é comparar o resultado do tratamento convencional de fístula anorretal (fistulotomia anal em um ou dois tempos com uso de sedenho) realizado no serviço da cirurgia coloproctológica do Centro Hospitalar do Município de Santo André (CHMSA) e outros métodos de tratamento, como laser, cola de fibrina, avanço endorretal, LIFT e VAAFT. Até os dias atuais, o manejo da fístula anorretal é um tópico controverso e desafiador1, tornando-se ainda mais polêmico com o surgimento de novas técnicas de tratamento2. Apesar disso, o método tradicional (fistulotomia anal) ainda é o mais acessível, simples e com menor custo nos serviços públicos. A motivação deste estudo foi, então, comparar os diferentes tratamentos e avaliar a relação custo/benefício dos procedimentos.MÉTODOSO estudo analisou 28 homens e mulheres que realizaram fistulotomia no serviço do CHMSA durante os anos de 2014 e 2016. Os parâmetros avaliados foram sexo, cor, doenças associadas, tipo de técnica cirúrgica, tempo de internação, intercorrências pós-operatórias, ocorrência e tempo de recidiva e satisfação do paciente, em uma avaliação subjetiva, de nota 1 a 5. Pacientes com fístula anorretal por Doença de Crohn foram excluídos. Esses dados foram então comparados com resultados existentes na literatura.RESULTADOSA maioria dos pacientes do estudo realizaram fistulotomia (89,3%), enquanto o restante realizou cirurgia combinada de fistulotomia e plicomectomia ou hemorroidectomia.O estudo constatou uma alta taxa de cura (89,3%) e pequenas taxas de intercorrências. Três pacientes tiveram recidiva da fístula (10,7%), um paciente com retardo na cicatrização, um apresentou dor intensa associada a sangramento regional. Não houve casos de incontinência. Por fim, os 12 pacientes que avaliaram o serviço forneceram nota máxima ao seu tratamento.CONCLUSÕESO serviço de coloproctologia do CHMSA mostrou-se efetivo no tratamento da fístula anorretal, apresentando alta taxa de cura, baixa taxa de recidiva, nenhuma presença de incontinência e de grande satisfação pelos pacientes. Além disso, por ser um método simples e de baixo custo, poderia ser ideal para o sistema público de saúde, que visa eficiência e diminuição de gastos.BIBLIOGRAFIAWilliams JG et al. The treatment of anal fistula: ACPGBI position statement. Colorectal Dis 2007; 9 Suppl 4:18. Rizzo JA et al. Anorectal abscess and fistula-in-ano: evidence-based management. Surg Clin North Am 2010; 90:45.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2763

TÍTULO DO TRABALHO: Volumetria por PET-CT sequencial para avaliar a resposta completa pós quimiorradioterapia no tumor de reto: Olhando o mesmo exame com outros olhos!

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FELIPE ALEXANDRE FERNANDES1; AUGUSTO QUARESMA COELHO1; DALTON A. DOS ANJOS2; RODRIGO OLIVA PEREZ2; ANGELITA HABR-GAMA2; GUILHERME PAGIN SÃO JULIÃO2; RAFAEL ULYSSES DE AZEVEDO1; BRUNA BORBA VAILATI2; CARLOS A. BUCHPIGUEL2. 1. FACULDADE DE MEDICINA USP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. INSTITUTO AJ GAMA, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

Introdução: Estudos com PET/CT não obtiveram êxito em identificar com precisão respostas completas (cCR) pós quimiorradioterapia neoadjuvante (nQRT) em pacientes com tumor de reto distal. O uso de parâmetros metabólicos genéricos ou imprecisos na avaliação dos volumes tumorais residuais podem ter contribuído para esses resultados inconclusivos. Objetivo: O objetivo desse estudo foi determinar a acurácia da identificação de resposta completa em tumores de reto pós nQRT através do uso de PET/CT sequencial com análise do decréscimo do metabolismo tumoral e de volume usando o volume tumoral e limiar de SUV de forma individualizada. Métodos: Ao todo, 90 pacientes com neoplasia de reto distal (cT2-4N0-2M0) foram submetidos a PET/CT no estadiamento inicial e 12 semanas após a nQRT. Para a análise metabólica quantitativa foram avaliados o SUVmax (standart uptake value máximo) e SUVmédio, também foram avaliados o volume metabólico tumoral e uma estimativa de atividade metabólica tumoral utilizando volume e SUV (glicólise total da lesão - TLG). Esses parâmetros foram comparados para a avaliação da resposta a nQRT usando curva ROC (receiver operator characteristic curve). Foi definido para cada paciente um limiar de SUV que permitisse um delineamento mais preciso do tumor. Resultados: A variação do TLG entre o exame inicial e 12 semanas após nQRT foi associada com a melhor área abaixo da curva quando comparada com SUV ou volume metabólico do tumor para a identificação de resposta completa. Pacientes com decréscimo ? 92% no TLG entre o exame inicial e 12 semanas pós nQRT tem 90% de chance de ter obtido resposta completa pós nQRT. Conclusão: A utilização de volume e estimativas metabólicas no PET/CT com definição de limiares individuais de SUV para determinação do volume tumoral pode ser uma ferramenta mais precisa para predizer resposta completa pós nQRT em pacientes com tumor de reto distal.

CODIGO DO TRABALHO: 2522

TÍTULO DO TRABALHO: A TÉCNICA DE THAL-HATAFUKU COMO OPÇÃO TERAPÊUTICA PARA O MEGAESÔFAGO AVANÇADO: UMA AVALIAÇÃO RETROSPECTIVA.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESÔFAGO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FERNANDA CAMILO MADRUGA DE OLIVEIRA LIMA1; GERALDO CAMILO NETO2; MARCELLE BRAGANTE FERNANDES PIMENTA1; ROMILDO MARTINS REZENDE3; ALEXANDRE CHARTUNI PEREIRA TEIXEIRA4; PEDRO PINHEIRO DE LEMOS NETO2; ELLEN TREVELIN2; GABRIEL LACERDA ESTEVES2. 1. FAMENE, JOAO PESSOA - PB - BRASIL; 2. IAMSPE, SAO PAULO - SP - BRASIL; 3. CBC, BRASÍLIA - DF - BRASIL; 4. HOSPITAL REGIONAL DE SOBRADINHO, BRASÍLIA - DF - BRASIL.

RESUMO:

OBJETIVOS: avaliar a técnica de Thal-Hatafuku no tratamento cirúrgico do Megaesôfago avançado, sua morbidade, mortalidade, complicações mais frequentes e resolutividade para os sintomas de disfagia. MÉTODOS: revisão retrospectiva dos prontuários de pacientes submetidos a tratamento cirúrgico de megaesôfago durante o período de Fevereiro de 2008 a dezembro de 2013 no Hospital Regional de Sobradinho ? Brasília, DF. Foram selecionados os casos classificados como doença avançada - graus 3 e 4, com seguimento ambulatorial até o 12º mês de pós operatório. RESULTADOS: foram realizadas 72 cirurgias para tratamento de megaesôfago durante o período estudado: 32 para tratamento de casos avançados, sendo 27 procedimentos de Thal-Hatafuku, 3 procedimentos de Serra-Dória e 2 procedimentos de Heller-Pinotti. A morbidade do procedimento foi de 29% (n=8), representadas por complicações Clavien-Dindo 1-3. Houve um óbito, decorrente de isquemia mesentérica não-oclusiva, no 4º DPO. No pós operatório, 92% dos pacientes aceitaram dieta sólida, sem queixa de disfagia, até o terceiro mês. pós-procedimento. Todos os pacientes relataram melhora expressiva da disfagia e qualidade de vida no 6º mês de PO Não foi possível avaliar os pacientes por pHmetria de 24 horas por indisponibilidade do exame da rede do SUS do Distrito Federal. Até o 12º mês de seguimento pós operatório não houve recidiva das queixas disfágicas. CONCLUSÕES: o procedimento de Thal-Hatafuko é uma opção viável para o tratamento do megaesôfago chagásico avançado, com índices de morbidade e mortalidade menores em comparação a esofagectomia. Pode ser considerada como opção terapêutica, para pacientes idosos ou com risco cirúrgico elevado para esofagectomia. A incidência de refluxo gastro-esofágico no pós operatório, entretanto, permanece pouco estudada e carente de dados na literatura. REFERENCIAS: TUASON,J. Current status of achalasia management: a review on diagnosis and treatment. J Gastroenterol. 2017 Feb 10. VAEZI, MF. Achalasia: from diagnosis to management. Ann N Y Acad Sci. 2016 Oct;1381(1):34-44.

CODIGO DO TRABALHO: 784

TÍTULO DO TRABALHO: ANALISE DAS COMPLICAÇÕES DA ESOFAGOGASTROPLASTIA:ESTUDO RETROSPECTIVO EM 1013 PACIENTES COM AFECÇÕES BENIGNAS E MALIGNAS DO ESOFAGO /HIPOFARINGE

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESÔFAGO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOSE LUIS BRAGA DE AQUINO1; MARCELO MANZANO SAID1; DOUGLAS ALEXANDRE RIZZANTI PEREIRA1; FELIPE RAULE MACHADO1; JOÃO PAULO ZENUM RAMOS1; GIOVANNA CAPECCI SIQUEIRA2; MARCOS PAULO BORGES DINIZ1. 1. PUC CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL; 2. PUC CAMPNAS, CAMPINAS - SP - BRASIL.

RESUMO:

OBJETIVO:Avaliar as complicações da esofagogastroplastia em uma serie de pacientes submetidos a reconstrução de transito para o tratamento das afecções benignas e malignas do trato digestivo superior. METODO: Janeiro de 1985 a Dezembro de 2016, 1135 pacientes foram submetidos a reconstrução de transito digestivo superior por afecções benignas/malignas do esofago/hipofaringe /cardia e com intuito paliativo ou curativo;destes 1013(89,2%) foram submetidos a reconstrução de transito com o estomago, sendo este o objetivo do estudo. Houve predominância do sexo masculino em 686 p(67,7%) e com idade variavel de 23 a 81 anos. As afecções em que foi indicado a esofagogastroplastia foram:Cancer de esofago toracico/cardia- 671p(66,2%);Megaesofago avançado-218p(21,5%);Cancer de esofago cervical/hipofaringe- 70p(7,0%);Perfuração de esofago-30p(2,9%);Esofagite caustica-15p(1,4%);Esofagite estenosante- 9p(0,8%).Em 136p (13,4%) foi realizado tubo gastrico paliativo por terem tumores irressecaveis. Dos 877p submetidos a ressecção, a via transmediastinal foi realizada em 581p(66,2%), a transtoracica em 294p(33,5%) e a video torascopica em 2p(0,2%). A via de reconstrução do transito foi a mediastinal posterior em 624p(61,6%), a retrosternal em 388p(38,3%) e a subcutanea em 1p(0,09%).RESULTADOS: Varias complicações estiveram presentes, variavel de umaa quatro por paciente: fistual/estenose da anastomsoe esofago/faringe-estomago em 276p(31,6%); pleuropulmonar em 376p(43,%);cardiovascular em 106p(11,4%);necrose gastrica em 16p(1,8%). As complicações tiverm relação com as afecções, pois nas malignas a morbidade e mortalidade estiveram presentes respectivamente em 459p(61,7%) e 136p(18,3%) e nas benignas respectivamente 56p(20,7%) e 11p(4,0%). CONCLUSÕES: Os autores concluem que a esofagogatroplastia apesar de apresentar alta morbidade, principalmente nas afecções malignas, a mesma é aceitavel devido a doença avançada e alem de que a maioria das complicações apresentaram resolutividade adequada.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 773

TÍTULO DO TRABALHO: ANALISE DOS RESULTADOS PRECOCES E TARDIOS DA ESOFAGECTOMIA DE RESGATE POS QUMIORADIOTERAPIA COM INTENÇÃO EXCLUSIVA NO CANCER DE ESOFAGO AVANÇADO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESÔFAGO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOSE LUIS BRAGA DE AQUINO; MARCELO MANZANO SAID; DOUGLAS ALEXANDRE RIZZANTI PEREIRA; LUIS ANTÔNIO BRANDI FILHO; FERNANDA FRUET; FELIPE RAULE MACHADO; JOÃO PAULO ZENUM RAMOS; VANIA APARECIDA LEANDRO MERHI. PUC CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL.

RESUMO:

OBJETIVO:Avaliar os resultados precoces e tardios da esofagectomia de resgate em pacientes com câncer de esofago submetidos previamente a quimiorradiação excluisiva.METODO:Foram analisados retrospectivamente 29 pacientes com diagnostico inicial de carcinoma epidermoide de esofago irressecavel e submetidos previamente a quimiorradioterapia. Houve predominância do sexo masculino em 23 pacientes(79,3%) com idade variavel de 56 a 74 anos.Apos o tratamento oncologico, os pacientes foram avaliados quanto as suas condições clinicas pré operatorias e restadiamento. Foi realizada a esofagectomia por toracotomia direita em 27p(93,2%) e reconstrução do transito digestivo com transposição gastrica ou colo por via retroesternal.Os pacientes foram avaliados no periodo pós operatorio tanto em relação as complicações locais e sistemicas , como em relação a sobrevida. RESULTADOS:Na avaliação precoce,11p(37,9%) evoluiram com fistula por deiscência da anastomose esofagogastrica/colo ceervical , sendo que 10 pacientes evoluiram de maneira satisfatoria com tratamento conservador e o paciente restante evolui a obito por quadro septico, mesmo sendo indicado reoperação precoce.Seis pacientes(20,6%) tambem apresentaram estenose da anatomaose esofagogastrica/colo, mas com boa evolução com a dilatação endoscopica. 13pacientes(44,8%) apresentaram infecção pulmonar, sendo que 3 deles evoluiram a obito. Em 21 pacientes se conseguiu realizar seguimento a longo prazo, sendo que 11p(52,3%) sobreviverm por 3 anos e 6p(28,5%) por 5 anos.CONCLUSÕES:Apesar da esofagectomia de resgate ter apresentado morbidade não despresivel, a mesma foi favoravel por ter proporcionado sobrevida aceitavel e com qualidade vida satisfatoria, principalmente por não ter outras opções terapeuticas.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1874

TÍTULO DO TRABALHO: ANÁLISE PRECOCE E TARDIA DA ESOFAGOCOLOPLASTIA: ESTUDO RETROSPECTIVO EM 117 PACIENTES

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESÔFAGO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOSE LUIS BRAGA DE AQUINO; MARCELO MANZANO SAID; DOUGLAS ALEXANDRE RIZZANTI PEREIRA; FELIPE RAULE MACHADO; JOÃO PAULO ZENUM RAMOS; GIOVANNA CAPECCI SIQUEIRA; MARCOS PAULO BORGES DINIZ. PONTIFICIA UNIVERSIDADE CATOLICA DE CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL.

RESUMO:

OBJETIVO: Avaliar os resultados precoces e tardios da esofagocoloplastia (ESFCL) em uma serie de pacientes submetidos a reconstrução de transito para o tratamento das afecções benignas e malignas do trato digestivo superior. METODO: Janeiro de 1985 a Dezembro de 2015, 1147 pacientes(p) foram submetidos a reconstrução de transito digestivo superior por afecções benignas/malignas do esôfago/hipofaringe /cardia e com intuito paliativo/ curativo; destes 117p(10,2%), foram submetidos a reconstrução com o colo, sendo o objetivo do nosso estudo. Houve predominância do sexo masculino em 81p(69,2%) com idade de 19 a 79ª(md-48,5a). As afecções em que foi indicado a ESFCL foram: Câncer de esôfago torácico/distal e cardia-58p; esofagite caustica-40p; megaesofago avançado-14p; esôfago cervical/hipofaringe-3p; perfuração de esôfago-2p. A indicação da ESFCL foi necessária para prevenção de margens cirúrgicas oncológicas adequadas e em alguns pacientes por terem sido submetidos previamente a gastrectomia. A via de reconstrução foi mediastinal posterior (MDTL) em 64p(54,7%), sendo realizado em todos a resseção do órgão doente; nos 53p restantes (45,3%), a via de reconstrução foi retrosternal (RTNL), sendo que na maioria não foi realizada a ressecção. Foi realizada avaliação precoce em relação as complicações pos operatórias locais e sistêmicas e tardia para avaliação da deglutição.RESULTADOS:Complicações pós operatórias:fistula/estenose da anastomose esôfago/hipofaringe-colo cervical-47p(40,1%);pleuropulmonar-52p(44,5%);cardiovascular-9p(7,6%); necrose de colo-2p(1,7%). A via de acesso teve relação com a morbimortalidade:MDTL morbidade: 39p (60,9%); mortalidade: 9p(14,0%). RTNL- morbidade:18p(33,9%); mortalidade: 3p(5,6%). Foi realizado um seguimento de 2 a 13a(md-6,3a) em 76p, sendo que 63p(82,8%) relataram ter deglutição adequada para sólidos, 10p(14,4%) deglutição para pastoso e com regurgitação intermitente e 3p(3,9%) para liquido e regurgitação frequente. CONCLUSÃO: Os AA concluem que apesar da ESFCL ser um procedimento de alta morbidade, principalmente quando a via de reconstrução é a MDTL com ressecção do órgão, a mesma proporciona um resgate adequado da deglutição na maioria dos pacientes em que se conseguiu realizar um seguimento a longo prazo.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1895

TÍTULO DO TRABALHO: ANALISE PRECOCE E TARDIA DOS RESULTADOS DA TERAPEUTICA CIRURGICA DA ESOFAGITE CAUSTICA: ESTUDO RETROSPECTIVO EM 56 PACIENTES

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESÔFAGO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOSE LUIS BRAGA DE AQUINO; MARCELO MANZANO SAID; DOUGLAS ALEXANDRE RIZZANTI PEREIRA; FELIPE RAULE MACHADO; JOÃO PAULO ZENUM RAMOS; LUIS ANTÔNIO BRANDI FILHO; FERNANDA FRUET. PONTIFICIA UNIVERSIDADE CATOLICA DE CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL.

RESUMO:

OBJETIVO: Avaliar os resultados precoces e tardios da terapêutica cirurgica em uma serie de pacientes com esofagite caustica. METODO: Janeiro de 1993 a Dezembro de 2015, 56 pacientes(p) portadores de esofagite caustica(EC) foram submetidos ao tratamento cirúrgico. Houve predominância do sexo feminino em 36p(64,2%) com idade variavel de 18 a 52a(md-31,5a). A indicação do tratamento cirúrgico foi: refrataria a dilatação endoscópica-39p(69,6%);estenose extensa-10p(17,8%);perfura-ção esofágica :4p(7,1%) seja aguda ou após manipulação endoscópica; atresia cicatricial:3p(5,3%). A técnica cirúrgica foi variável, dependendo da extensão da lesão e condições clinicas dos pacientes:transposição colonica retrosternal sem ressecção do esôfago em 29p(51,7%);transposição colonica no mediastino posterior com ressecção do orgão:11p (19,6%); transposição gástrica no mediastino posterior com ressecção do esofago em 16p(28,5%). Nos 27 pacientes em que foi realizada a ressecção do esôfago , a via de acesso foi a toracotomia direita em 14p e a transmediastinal em 13p. Foi realizada avaliação precoce em relação as complicações pós operatórias locais e sistêmicas e tardias para avaliar deglutição. RESULTADOS: Em relação as complicações ,dos 29p submetidos a reconstrução colonica por via retrosternal e sem ressecção,9p(31,0%) apresentaram complicações , mas sem óbito;dos 11p submetidos a reconstrução colonica e com ressecção, 6p(54,5%), apresentaram complicações, com 1 obito(9,0%);dos 16p submetidos a reconstrução com o estomago e com ressecção,3p(18,7%), apresentaram complicações,mas sem óbito.Das complicações,a fistula/estenose da anastomose esôfago/visceral cervical ocorreu em 17p(30,3%);infecção pulmonar em15p(26,7%);tromboembolismo pulmonar em 1p(1,7%) com óbito.Em 41p, foi realizada avaliação tardia de 2 a 11a(md-5,4a),sendo que 34p(82,9%) referiram deglutição adequada para sólidos, 5p(12,1%) para pastoso e com regurgitação intermitente e 2p(4,8%) deglutição para líquidos e com regurgitação frequente. CONCLUSÃO: Apesar do tratamento da EC, proporcionar morbidade elevada, os procedimentos cirurgicos foram adequados e com boa resolutividade das complicações e que a reconstrução com o estomago mesmo com a ressecção esofágica parece ser mais adequada pela menor nº de complicações.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 671

TÍTULO DO TRABALHO: AVALIAÇÃO COMPARATIVA DOS RESULTADOS TARDIOS DO TRATAMENTO CIRURGICO DO MEGAESOFAGO AVANÇADO PELA MUCOSECTOMIA ESOFAGICA VERSUS ESOFAGECTOMIA TRANSMEDISTINAL:ESTUDO RETROSPECTIVO EM 79 PACIENTES COM 15 ANOS DE PÓS OPERATORIO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESÔFAGO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOSE LUIS BRAGA DE AQUINO1; MARCELO MANZANO SAID2; DOUGLAS ALEXANDRE RIZZANTI PEREIRA1; LUIS ANTÔNIO BRANDI FILHO1; FERNANDA FRUET3; FELIPE RAULE MACHADO1; JOÃO PAULO ZENUM RAMOS1; VANIA APARECIDA LEANDRO MERHI1. 1. PUC CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL; 2. PUC CAMPINAAS, CAMPINAS - SP - BRASIL; 3. PUC C AMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL.

RESUMO:

OBJETIVO:Analisar comparativamente os resultados tardios da mucosectomia esofagica com conservação da tunica muscular(ME) com a esofagectomia transmediastinal(ETMDL) para o tratamento cirurgico do megaesofago avançado.METODO:Foram estudados retrospectivamente 79 pacientes(p) com megaesofago Grau III/IV, submetidos a 2 procedimentos cirurgicos:ME:42p X ETMDL:37p. Em todos foram realizados avaliação tardia com 15 anos de pos operatorio.A idade foi variavel de 31a a 74a, com predominância do sexo masculino em 57p(72,1%). Nos 2 grupos foi realizado um estudo comparativo em relação a avaliaçaõ clinica, no que concerne a qualidade de deglutição, a presença ou não de regurgitação, alteração do habito intestinal, a evolução ponderal, a satisfagção com a cirurgia e ao retorno as atividades normais. Tambem foi realizada comparativamente entre os grupos a Avaliação Radiologica Contrastada, Endoscopia Digestiva Alta e a Tomografia Computadorizada de Torax.Nestes 4 parametros foi realizada uma avaliação global representada pela somatoria dos valores numericos decorrentes da analise de cada um dos parametors, sendo o resultado final considerado otimo, bom, regular e mau de acordo com o total de pontos obtidos.Foi realizado analise estatistica com nivel de significancia de 5%.RESULTADOS:Na avaliação clinica global, os 2 grupos apresentaram classificação entre otima e boa semelhante e sem significancia estatistica, presente em 35p(83%) do Grupo ME e 29p(78,3%) do Grupo ETMDL.Na avaliação radiologica global, também não houve diferença significante, tendo classificação otima e boa em 36p(85,6%) do Grupo ME e 28p(75,8%) do Grupo ETMDL.Na avaliação endoscopica global, também os resultados foram semelhantes e sem significancia estatistica, estand presente classificação tima e boa em 37p(88,8%) do grupo ME e 30p(81,2%) do Grupo ETMDL. O mesmo na avaliação da Tomografia deTorax com 30p(96,9%) de 31p analisados do grupo ME e 29p(78,3%) do Grupo ETMDL. CONCLUSÕES:Na avaliação tardia do pós operatorio foi evidenciado que a maioria dos pacientes dos dois grupos, apresentaram avaliação otima e boa em todos os parametors estudados e sem haver diferença significante entre os mesmos, o que demonstra que os dois procedimentos cirurgicos devem ser validos para o tratamento do megaeosfago avançado.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 659

TÍTULO DO TRABALHO: AVALIAÇÃO DAS COMPLICAÇÕES PÓS OPERATORIAS DA MUCOSECTOMIA ESOFAGICA VERSUS ESOFAGECTOMIA TRANSMEDIASTINAL:ESTUDO COMPARATIVO EM 229 PACIENTES COM MEGAESOFAGO AVANÇADO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESÔFAGO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOSE LUIS BRAGA DE AQUINO1; MARCELO MANZANO SAID1; DOUGLAS ALEXANDRE RIZZANTI PEREIRA1; FELIPE RAULE MACHADO1; JOÃO PAULO ZENUM RAMOS1; LUIS ANTÔNIO BRANDI FILHO2; FERNANDA FRUET1; VANIA APARECIDA LEANDRO MERHI1. 1. PUC CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL; 2. PUC, CAMPINAS - SP - BRASIL.

RESUMO:

OBJETIVO:Analisar comparativamente as complicações intra/pós operatorias imediatas da mucosectomia esofagica(ME)com a esofagectomia transmediastinal(ETMDL)em pacientes com megaesofago avançado.METODO: Janeiro de 1985 a Junho de 2016,foram avaliados retrospectivamente 229p com megaesofago Gr:III/IV, a maioria de origem chagasica,submetidos a resseção esofagica por 2 técnicas:ME-115p(50,2%)e ETMDL:114p(49,2%).Houve predominância do sexo masculino em 161p(70,3%) e com idade variavel de 15a 76a;A reconstrução do transito após a ressecção foi realizada com estomago em 215p(93,8%),sendo a via mediastinal posterior a mais utilizada.Foram avaliados comparativamente as complicações intraoperatorias,seja referentes a ressecção/reconstrução,as complicações pós operatorias precoces locais/sistemicas até com 30dias de cirurgia e o tempo de internação hospitalar.RESULTADOS:COMPLICAÇÕES INTRAOPERATORIAS:ME-14p(12,1%)X ETMDL-79p(69,2%),sendo a mais frequente o hidro/pneumotorax, presente em 66p(57,8%)da ETMDL e em 13p(11,4%)da ME;hemotorax maciço:6p(5,2%)da ETMDL X nenhum da ME;fistula linfatica:2p(2,6%)da ETMDL X nenhum da ME;lesão traqueal:3p(2,0%)da ETMDL e nenhum da ME;lesão n.laringeo recorrente:3p(2,6%) da ETMDL X 1(0,8%)da ME.COMPLICAÇÕES POS OPERATORIAS PRECOCES:ME-47p(40,8%)X ETMDL-77p(67,5%);a infecção pulmonar:25p(21,8%)da ETMDL X 10p(8,6%)da ME; cardiovascular:15p(13,1%)da ETMDL X 3(2,6%)da ME;fistula da anastomose esofagovisceral cervical:37p(32,4%)da ETMDL X 33p(28,6%)da ME.11p evoluiram a obito por complicações sendo 9p(7,8%)da ETMDL X 2p(1,7%) da ME,sendo de origem local em 5p(4,4%)da ETMDL X 1(0,8%) da ME e de origem sistemica em 4p(3,5%) da ETMDL X 1p(0,8%)da ME.TEMPO MEDIO DE INTERNAÇÃO PÓS OPERATORIO:ETMDL(61p)-20,9dias X ME(79p)-13,1dias.CONCLUSÕES:A Mucosectomia esofagica demonstrou ser um procedimento cirurgico bem adequado para o tratamento do megaesofago avançado, pois apresentou menor indice de complicações no intra e no pós operatorio precoce em relação a esofagectomia transmediastinal e com menor tempo de internação hospitalar no pós operatorio. Seria necessario a realização de uma avaliação tardia entre os dois procedimentos para confirmação definitiva da validade dos mesmos.:

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 965

TÍTULO DO TRABALHO: AVALIAÇÃO TARDIA DA ESOFAGOCARDIOPLASTIA NO TRATAMENTO CIRURGICO DO MEGAESOFAGO CHAGASICO AVANÇADO E RECIDIVADO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESÔFAGO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOSE LUIS BRAGA DE AQUINO1; MARCELO MANZANO SAID1; DOUGLAS ALEXANDRE RIZZANTI PEREIRA1; LUIS ANTÔNIO BRANDI FILHO1; FELIPE RAULE MACHADO2; JOÃO PAULO ZENUM RAMOS1. 1. PUC CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL; 2. PUC C AMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL.

RESUMO:

OBJETIVO:Avaliar o resultado tardio da esofagocardioplastia em uma serie de pacientes com megaesofago chagasico avançado e recidivado.METODO:Janeiro de 1997 a Julho de 2016 foram estudados retrospectivamente19 pacientes com megaesofago GRAU III/IV recidivado e com imunoflorescência positiva para Doença de Chagas .A cirurgia previa foi a cardiomiotomia com fundoplicatura anterior com tempo de realização de 16,5anos.Houve predominância do sexo masculino em 14p(73,6%) e com idade variavel de 63 a 78 anos. A cirurgia de eleição para o tratamento da recidiva foi a esofagocardioplastia de SERRA DORIA. Foi realizada avaliaçaõ precoce para estudar as complicações pos operatorias imediatas e tardia para avaliar a incidência de recidiva de sintomas. RESULTADOS: Na avaliação precoce 5 pacientes(26,3%) apresentaram complicações clinicas, sendo infecção pulmonar em 4 e arritmia cardiaca no restante, tendo todos boa evolução com tratamento especifico. Um paciente(5,2%) apresentou fistula digestiva consequente a deiscência da anstomose eosfagogastrica, mas com boa evolução com tratamento conservador. Na avaliação de 1 ano de pós operatorio, 18p(94,7%)apresentavam deglutição normal e sem regurgitação. Com 3 anos de pós operatorio de 16 pacientes analisados , 10(62,5%) apresentavam deglutição normal e 3p (19,3%) se queixavam de regurgitação. Com 5 anos de pós operatorio , de 13 pacientes analisados , somente 5(38,4%) apresentavam deglutição normal e 7(53,8%) com regurgitação. CONCLUSÕES: A esofagocardioplastia de SERRA DORIA apresentou complicações pos operatorias de baixa morbidade e com boa resolutividade.Na avaliação a longo prazo, demonstoru não ser um procedimento cirurgico adequado, devido a alta incidência de recidiva de sintomas.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2259

TÍTULO DO TRABALHO: Cirurgias esofágicas: casos operados entre 2010 e 2015

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESÔFAGO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PHILLIPE GERALDO T. DE ABREU REIS1; FLAVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASICH1; MASSAKAZU KATO1; LUIZ ANTONIO NEGRÃO DIAS1; VICTOR JOSÉ DORNELAS MELO2; HYGOR TROMBETTA2; DANIELE REZENDE XIMENEZ2; GABRIELA ROMANIELLO2. 1. HOSPITAL ERASTO GAERTNER, CURITIBA - PR - BRASIL; 2. UFPR, CURITIBA - PR - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: Apresentar dados referentes aos pacientes submetidos a cirurgia esofágica entre 2010 e 2015. Estudar as características epidemiológicas tentando definir fatores de risco para a doença e para resultado do tratamento. Métodos: Os dados foram coletados do prontuário médico junto ao Serviço de Arquivo Médico. A ficha utilizada é baseada no padrão do Instituto Nacional do Câncer. As frequências absolutas e relativas foram geradas a partir do sistema SISRHC e tabuladas através do Sistema EpiInfo, versão 7.1. A taxa de sobrevida foi calculada pelo método de Kaplan-Meier. Resultados: Foram realizadas 100 esofagectomias, sendo 68 cirurgias de Ivor-Lewis e 8 a Pinotti. 70% foram do sexo masculino, e 91% brancos. Somente 12,3% dos pacientes não apresentavam disfagia pré-operatória. 83,8% apresentaram histórico de tabagismo e 51,7% de etilismo. 43,5% apresentaram histórico de câncer, sendo 38% digestivos. Apenas 12.7% apresentaram histórico de Esôfago de Barret, sem nenhum caso de cirurgia anti-refluxo prévia. 11% apresentavam histórico pessoal de câncer, sendo 36,3% destes de cabeça e pescoço. 19,3% foram submetidos a jejunostomia para via alimentar antes do tratamento definitivo. Somente 24,1% dos pacientes não apresentavam estenose esofágica. O tipo histológico mais frequente foi o Carcinoma escamo celular (79%). 67% apresentavam tumores distais. 24% receberam quimioterapia pré-operatória, e 16% adjuvante. A ressecção foi R0 em 82% e R1 em 12%. 4% apresentaram complicações intra-operatórias, sem sangramentos. Em 100% foi realizada jejunostomia para via alimentar pós-operatória. 50% apresentaram algum tipo de complicação pós-operatória graus 2 e 3 de Clavien-Dindo e 60% necessitaram reoperação. Em 81% foi necessária drenagem torácica. 59% atingiram remissão em 6 meses e 29% apresentaram progressão da doença. 51% estavam vivos após 5 anos. Conclusão: Cirurgias esofágicas apresentam alto índice de morbidade pós-operatória devido a necessidade de abordagem de múltiplos compartimentos. A maioria apresentou sintomas digestivos ao diagnostico, e forte associação com tabagismo.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1131

TÍTULO DO TRABALHO: Grandes Hérnias de Hiato - Experiência com uso de Prótese Absorvível

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESÔFAGO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANDRE BRANDALISE; BRUNO LOMBARDI FARIAS; CLAUDIA LORENZETTI; PAOLA COSTA REIS; NILTON CESAR ARANHA; NELSON ARY BRANDALISE. HOSPITAL CENTRO MÉDICO DE CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL.

RESUMO:

Introdução: Sabe-se que a videolaparoscopia é aceita como padrão-ouro no tratamento cirúrgico da doença do refluxo gastroesofágico. Entretanto, permanece em discussão o seu uso para correção de grandes hérnias paraesofágicas, sejam primárias ou recidivadas, uma vez que os índices de recidiva podem alcançar 50% em 5 anos. Para tentar minimizar esses números, uma das alternativas é o uso de prótese para reforço da hiatoplastia. Na literatura há diversos estudos que mostram redução das taxas de recidiva com o uso de prótese de polipropileno ou politetrafluoroetileno (PTFE). Entretanto, também há relatos de complicações graves e cirurgias de alta complexidade para corrigi-las. Como alternativa a esses materiais, pode-se usar a tela biosintética produzida com copolímero de ácido poliglicólico e carbono trimetileno. Objetivo: apresentar a experiência do serviço com uso de prótese de copolímero de ácido poliglicólico e carbono trimetileno no reforço de hiatoplastias em grandes hérnias paraesofágicas.Método: estudo observacional prospectiva analítico dos prontuários de pacientes com hérnias paraesofágicas maiores que cinco centímetros, operados no Centro Médico de Campinas, e que utilizaram tela com copolímero de ácido poliglicólico e carbonato trimetileno.Resultados: Foram avaliados 20 prontuários de pacientes que utilizaram tela biosintética em grandes hérnias paraesofágicas, sendo 13 com hérnias primárias e 7 recidivadas. A idade média encontrada foi de 53,6 anos, com variação entre 35 e 77 anos. Em todos, realizou-se segmento pós-operatório com radiografia contrastada e/ou endoscopia digestiva alta com seis meses e um ano e depois anualmente para segmento, sendo visualizado duas recidivas herniárias, ambas pequenas e em hérnias recidivadas.?Conclusões: O uso de prótese em hiatoplastias tem-se mostrado agente importante no controle da recidiva de grandes hérnias paraesofágicas. Entretanto, apesar de ter se mostrado eficaz em todas as hérnias primárias e apresentar 2 recidivas dentre os 7 casos de hérnias recidivadas, entendemos que é necessário aumentar a amostra de casos, assim como o tempo de segmento.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2461

TÍTULO DO TRABALHO: HELLER LAPAROSCÓPICO PARA ACALASIA EM IDOSOS: UMA OPÇÃO SEGURA.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESÔFAGO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ELLEN TREVELIN1; JOSE FRANCISCO DE MATTOS FARAH1; ADRIANO CORONA BRANCO1; GABRIEL LACERDA ESTEVES1; CAMYLLE REIS FIGUEIREDO1; ALBERTO GOLDENBERG2; PEDRO VOLF OKSMAN3; GERALDO CAMILO NETO1. 1. IAMSPE, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL ALBERT EINSTEIN, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 3. HOSPITAL ALVORADA, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: Tradicionalmente, o tratamento de escolha para acalasia em pacientes idosos é a abordagem não cirúrgica (dilatação pneumática). Vimos apresentar os resultados a longo prazo de nossa experiência no tratamento cirúrgico laparoscópico de pacientes idosos com diagnótico de acalasia.Métodos: No período de 1999 a 2017, 20 pacientes (15 mulheres e 5 homens) com acalasia (diagnóstico por manometria) e idade média de 71 anos (65 - 83 anos) foram submetidos a cardiomiotomia a Heller com fundoplicatura a Pinotti e Lind laparoscópica.Todos os pacientes apresentavam algum grau de disfagia, sendo que 60% referiam disfagia para alimentos líquidos e 40% para pastosos. Quanto à etiologia, três pacientes tinham doença de Chagas, sendo os demais portadores de acalasia idiopática. O diagnóstico da acalasia foi confirmada com Endoscopia Digestiva Alta (EDA), esofagograma (EG) e manometria esofágica. Os pacientes foram acompanhados com avaliação clínica trimestral, além de EG e EDA anuais.Resultados: Após um período médio de acompanhamento de 6 anos, verificou-se que 12 pacientes apresentaram melhora quase completa dos sintomas disfágicos enquanto 7 relataram disfagia ocasional para sólidos. Não houve mortalidade cirúrgica. Um paciente evoluiu com gastroparesia pós-operatória, sem outras complicações relatadas. A maioria dos pacientes recebeu alta no segundo dia pós-operatório. Conclusão: A cardiomiotomia a Heller laparoscópica é um método cirúrgico seguro em pacientes idosos com condição clínica aceitável podendo ser considerado tratamento de escolha para tratamento da acalasia.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1668

TÍTULO DO TRABALHO: Tratamento cirúrgico da estenose cáustica do esôfago: aspectos técnicos da esofagectomia vs. esofagocoloplastia

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESÔFAGO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PABLO SILVA DOS ANJOS; TARCISIO VERSIANI AZEVEDO FILHO; PEDRO POLASTRI LIMA PEIXOTO; LUIZ CARLOS TEIXEIRA; RAFAEL ALVES CARVALHO; MARCOS LANNA BICALHO; LARISSA AMARAL CARREGAL; RAPHAEL SEGATO VAZ DE OLIVEIRA. HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHEK, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:

Introdução: Mais de 5000 ingestões cáusticas são relatadas anualmente nos Estados Unidos. Os pacientes suicidas frequentemente ingerem quantidades maiores de agentes cáusticos do que aqueles que acidentalmente ingerem esses agentes. Como resultado, eles são susceptíveis de ter lesões esofágicas e gástricas mais graves. A causa mais comum é a ingestão de álcalis fortes (hidróxido de sódio ou potássio) contidos em produtos de limpeza. As ingestões alcalinas tipicamente danificam mais o esôfago (pelo fato de causarem uma necrose de liquefação) enquanto os ácidos causam lesões mais graves no o estômago ou o duodeno, uma vez que causam necrose por coagulação.Objetivo : Descrever detalhadamente a técnica cirúrgica realizada na equipe Cirurgia Geral do Hospital Júlia Kubitscheck/FHEMIG nos 35 pacientes operados no serviço entre janeiro 2010 a janeiro 2017 propondo uma sistematização da técnica operatória.Conclusão: Este estudo mostrou uma menor mortalidade e melhores resultados quanto a complicações pós-operatória no subgrupo submetido a esofagectomia comparados ao subgrupo submetido a esofagocoloplastia.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2794

TÍTULO DO TRABALHO: Análise de 1000 casos de câncer gástrico

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ROBERTO DE MORAES CORDTS FILHO; FABIO RODRIGUES THULER; WILSON RODRIGUES DE FREITAS JR.; DAMILA DE CASSIA FANTOZZI GIORGETTI; DANIEL KENDI FUKUHARA; FELIPE NARA; ELIAS JIRJOSS ILIAS; PAULO KASSAB. IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

Introdução ? Câncer de estômago é a quinta neoplasia maligna e a terceira causa de morte por câncer no mundo, responsável por 723.000 mortes em 2012.Objetivo: Análise dos casos de câncer gástricos tratados nos últimos 20 anos na instituição.Método: Análise de banco de dados criado a partir de protocolo da Área de Estômago e Obesidade da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, abrangendo todos os casos de câncer gástrico tratados na nossa instituição desde 1997. Para as análises de ressecabilidade e sobrevivência, avaliou-se apenas os casos de adenocarcinoma.Resultados: foram avaliados 1035 pacientes, sendo 627 do sexo masculino e 408 do sexo feminino, com idades entre 21 e 95 anos (média de 60,88 anos e mediana de 62 anos). Destes, 948 casos foram de adenocarcinoma, 49 GIST (Gastrointestinal Stromal Tumor), 20 linfomas e 18 de outros tipos histológicos. A taxa de ressecabilidade foi de 70,7%. Para adenocarcinoma os estádios foram: IA ? 134, IB ? 64, IIA ? 42, IIIA ? 66, IIIB ? 95, IIIC ? 148, IV ? 317. Foram realizadas 462 gastrectomias subtotais, 178 totais e 46 outros tipos de cirurgias incluindo ressecção em cunha e mucosectomia via endoscópica. A linfadenectomia foi realizada da seguinte forma: D2 em 402 casos, D1 em 263 casos e D0 em 2 casos. Pela classificação de Borrmann foram identificados: 0 (precoce) ? 146, I ? 24, II ? 113, III ? 509, IV ? 147. A taxa de morbidade geral foi de 12,15% e de mortalidades nos 30 primeiros dias foi de 5,3%. O total de casos sem possibilidade de tratamento curativo foi de 300 pacientes sendo que 16 eram irressecáveis, 86 apresentavam carcinomatose, 33 más condições clinicas, 7 casos por recusa de cirurgia e 158 por doença avançada. Nestes casos foram realizados os seguintes procedimentos: 48 laparotomias e 33 laparoscopias diagnósticas e não terapêuticas, 49 gastroenteroanastomoses, 24 jejunostomias, em 29 casos foram realizados outros procedimentos e 117 não foram operados. Ainda entre os casos sem possibilidade de tratamento curativo, 125 apresentavam metástases peritoneais, 74 metástases hepáticas, 6 com citologia positiva para células neoplásicas, 20 com linfonodos à distância comprometidos e múltiplos 75.Conclusões - A taxa de casos inoperáveis é extremamente alta. Entre os casos de adenocarcinoma ressecáveis a linfadenectomia D2 foi a mais realizada com taxas de morbidade e mortalidade em 30 dias aceitáveis.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2791

TÍTULO DO TRABALHO: Avaliação da importância prognostica do receptor epitelial humano 2 (HER2) positivo no paciente com adenocarcinoma gástrico

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ROBERTO DE MORAES CORDTS FILHO; DAMILA DE CASSIA FANTOZZI GIORGETTI; JOYCE FRANCISCO; DANIEL KENDI FUKUHARA; WILSON RODRIGUES DE FREITAS JR.; OSVALDO ANTONIO PRADO CASTRO; ELIAS JIRJOSS ILIAS; PAULO KASSAB. IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

Introdução: Os fatores de crescimento epiteliais e seus receptores (HER1, HER2, HER3 e HER4) são estruturas da membrana celular expressas em diversos tecidos humanos. Sua ativação parece participar na gênese de neoplasias dos tecidos epiteliais ao inibir a apoptose e promover a proliferação celular. A super-expressão do receptor HER2 está associada a câncer de mama, pulmão e colorretal, sugerindo um prognostico pior. Nos tumores esôfago-gástricos sua expressão varia entre 5 e 25% sem dados confiáveis com relação ao prognostico.Objetivos: avaliar a expressão do receptor HER2 do adenocarcinoma gástrico numa população brasileira e analisar as relações entre a expressão do receptor e as características clínicas, assim como a sobrevida do paciente.Métodos: foi realizada uma analise retrospectiva entre janeiro de 2008 e julho de 2012, considerando apenas gastrectomias com intenção curativa. Os tumores foram avaliados quanto ao status do HER2, bem como aspectos clínicos, achados cirúrgicos e taxa de sobrevida. Resultados: 222 pacientes com carcinoma gástrico foram submetidos a cirurgia durante o período, porem apenas 121 (54,5%) com intenção curativa. A avaliação imunohistoquimica revelou 4 pacientes (3,3%) HER2 positivos, 6 pacientes (4,9%) HER 2 indeterminado e 111 pacientes (91,7%) HER-2 negativo. Não houve diferença estatisticamente significante entre o status do receptor HER 2 e o tempo de sobrevida e aspectos clínicos.Conclusão: a super-expressão do receptor HER 2 foi muito baixa nesta amostra da população brasileira e não pode ser considerada como fator prognóstico.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2237

TÍTULO DO TRABALHO: Câncer gástrico: casos tratados no período de 2010 a 2014

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PHILLIPE GERALDO T. DE ABREU REIS1; FLAVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASICH1; GIOVANNI ZENEDIN TARGA1; MURILO DE ALMEIDA LUZ1; ANA LUISA BETTEGA2; DANIELA THAIS LORENZI2; LARÍSSA RASO HAMMES2; FERNANDA STAUB RODRIGUES2. 1. HOSPITAL ERASTO GAERTNER, CURITIBA - PR - BRASIL; 2. UFPR, CURITIBA - PR - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: Apresentar dados coletados pelo Registro Hospitalar de Câncer do Hospital Erasto Gaertner em 2010 e 2014 referentes aos pacientes portadores de câncer de estômago admitidos na Instituição. Estudar as características epidemiológicas tentando definir os fatores de risco para a doença e para o resultado do tratamento. Métodos: Os dados foram coletados do prontuário médico junto ao Serviço de Arquivo Médico. A ficha utilizada é baseada no padrão do Instituto Nacional do Câncer. As frequências absolutas e relativas foram geradas a partir do sistema SISRHC e tabuladas através do Sistema EpiInfo, versão 7.1. A taxa de sobrevida foi calculada pelo método de Kaplan-Meier. Resultados: Foram admitidos 983 casos de câncer de estômago no período de 2010 a 2014, representado a sexta topografia mais frequente. Sendo 67% do sexo masculino. Maior prevalência acima da quinta década, com distribuição bimodal entre as mulheres, entre 45-49 anos e 55-59 anos. O tipo histológico mais freqüente foi o adenocarcinoma (60,6%), seguido pelo carcinoma com células em anel de sinete (25,7%) e outras histologias menos freqüentes. Mais de 66,1% eram provenientes de Curitiba e da região metropolitana. O estadiamento, TNM (UICC), predominância dos estádios avançados (65%). 56,1% apresentavam história familiar de câncer, 55,3% dos homens apresentaram história positiva para alcoolismo, em contraste com 14,3% das mulheres, 67,7%% dos homens apresentaram história de tabagismo, e somente 43,4% das mulheres. 28,6% dos pacientes foram submetidos à cirurgia, 28,9% a quimioterapia isolada. O tratamento foi combinado em 39,9% dos casos. Ao final da primeira fase do tratamento 82,7% dos pacientes estavam vivos. A sobrevida global em 5 anos foi de 38,1%, variando de 11,9% no EC IV a 73,3% no EC I. Conclusões: Apesar dos avanços no diagnóstico e tratamento oncológico, o câncer gástrico persiste com baixas taxas de sobrevida global em 5 anos, mesmo estadios clínicos iniciais.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2793

TÍTULO DO TRABALHO: Gastrectomia videolaparoscópica: experiência inicial

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ROBERTO DE MORAES CORDTS FILHO; FABIO RODRIGUES THULER; DAMILA DE CASSIA FANTOZZI GIORGETTI; FELIPE NARA; DANIEL KENDI FUKUHARA; JOYCE FRANCISCO; OSVALDO ANTONIO PRADO CASTRO; PAULO KASSAB. IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

Introdução ? Dez anos após a primeira gastrectomia videolaparoscópica, houve um grande avanço na tecnologia, o que levou a muitos centros ao redor do mundo a realizar o tratamento do câncer gástrico por essa abordagem. No Brasil esse fenômeno é mais recente e permanece restrito a poucos centros. Em nosso serviço são realizadas cerca de 70 gastrectomias anualmente sendo importante o desenvolvimento adequado desta nova abordagem.Objetivos: descrever nossa experiência inicial no uso da gastrectomia videolaparoscópica.Métodos ? Em 2012, seis membros da nossa equipe (três assistentes com ampla experiência na realização da gastrectomia aberta e três pós-graduandos) foram ao Hospital da Universidade Nacional de Seul onde foram recebidos pelo Professor Han-Kwang Yang. Os professores permaneceram na instituição por um mês e dois pós-graduandos permaneceram por dois meses. Após o retorno ao Brasil, iniciamos vagarosamente o desenvolvimento das condições necessárias para começar a utilizar a nova técnica. Entre 2012 e 2016 foram realizadas 38 gastrectomias videolaparoscópicas em pacientes com adenocarcinoma gástrico.Resultados ? Foram operados 25 homens e 13 mulheres com idade entre 37 e 83 anos (com média de 60,8 e mediana de 61,5), com realização de 24 gastrectomias subtotais, 12 totais e 2 proximais. Dos casos, 10 eram de doença em fase inicial, 28 de doença avançada, destes 3 casos paliativos. As anastomoses foram realizadas de forma totalmente videolaparoscópica em 35 pacientes, apenas em 1 foi vídeo-assistida e em 2 casos via cervical. 35 casos foram reconstruídos em Y de Roux, um Billroth 1 e dois tubos gástricos. Apenas um caso dos 38 foi convertido (2,6%). A média do número de linfonodos em todos os casos foi 37,7 e a mediana 34. A linfadenectomia D2 foi realizada em 32 pacientes, tendo como média 39,5 e mediana 36,5 linfonodos ressecados. A morbidade encontrada foi de 10,5% (2 pulmonares, 1 hérnia interna, 1 estenose de anastomose cervical devido a uma pequena fístula. A mortalidade foi de 2,6% (1 caso) devido a tromboembolismo pulmonar. Os estadiamentos foram: IA ? 9, IB ? 4, IIA ? 5, IIB ? 4, IIIA ? 2, IIIB ? 6, IIIC ? 5 e IV ? 3 casos. Quatro pacientes morreram por conta da doença e 8 estão vivos com doença ativa, destes todos paliativos.Conclusão - A gastrectomia videolaparoscópica parece ser um método seguro quando realizado por cirurgiões treinados e com experiência mesmo em pacientes com adenocarcinoma gástrico avançado ou em tratamento paliativo.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1575

TÍTULO DO TRABALHO: Antígeno carcinoembrionário no lavado peritoneal como fator prognóstico de carcinomatose e mortalidade em pacientes com câncer gástrico

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LUIS FERNANDO MOREIRA; THAIS VICENTINE XAVIER; HENRIQUE IAHNKE GARBIN; GABRIELLA RICHTER DA NATIVIDADE; HAMILTON CARDOSO HILGERT; BERNARDO SILVEIRA VOLKWEIS; MARCELO GARCIA TONETO; OLY CAMPOS CORLETA. SOUTHERN SURGICAL RESEARCH GROUP, HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, UFRGS, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:

Introdução: Apesar das controvérsias, os níveis de antígeno carcinoembriônico no lavado peritoneal (pCEA) têm sido relacionados ao risco aumentado para envolvimento peritoneal no câncer gástrico avançado. Objetivo: Determinar o papel do pCEA do lavado peritoneal e risco de morte, disseminação peritoneal e recorrência em pacientes com câncer gástrico e com fatores prognósticos relacionados ao tumor. Métodos: Estudo de coorte que incluiu 63 pacientes (44 homens, 19 mulheres), idade mediana de 64 anos (43-97), com câncer gástrico avançado ressecável(principalmente EC III/IV, n = 42,67%). Os níveis de pCEA foram detectados no transoperatório por RIE com um nível de corte de 210 ng/g de proteína. Resultados: Citologia peritoneal positiva foi demonstrada em apenas seis casos (9,5%), enquanto os níveis de pCEA foram positivos em 21 (33%), com média de 2.382 ng/g (variando de 225 a 21.200 ng/g). Carcinomatose foi apresentado em nove casos(14%). Em todos os casos, menos um, pCEA era positivo. Quanto maior for invasão transmural e envolvimento linfonodal, tanto maior os níveis de pCEA(p = 0,01), que foram significativamente associados à disseminação peritoneal ou recidiva [OR: 9,0; p = 0,01], progressão do tumor [OR: 27,0; p = 0,001] ou morte [RR: 2; p = 0,02]. Esses casos com níveis de pCEA positivo tinham significativamente maior disseminação peritoneal (41 vs. 12; p = 0,04) e maior mortalidade (27% vs. 6%; p = 0,01). Casos de pCEA negativo tinham sobrevida significativamente maior, com média (variação) de 39 (32-43) vs. 17 meses (9-24), contra os positivos (p = 0,0001). Conclusão: O nível de pCEA positivo, razoavelmente, prediz o risco de disseminação peritoneal e morte e deve ser avaliado rotineiramente para ajudar na questão da prevenção da disseminação peritoneal.
Bibliografia: Kanetaka K, Ito S, Susumu S, Yoneda A, Fujita F, Takatsuki M et al. Clinical significance of carcinoembryonic antigen in peritoneal lavage from patients with gastric cancer. Surgery 2013; 154(3): 563-72. DOI: 10.1016/j.surg.2013.03.005.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1754

TÍTULO DO TRABALHO: Avaliação do conteúdo tecidual de mucina-2 (MUC-2) na mucosa cólica exclusa de trânsito intestinal submetida à intervenção com sucralfato

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ; OSCAR ORLANDO ARAYA FERNANDEZ; CALED JAOUDAT KADRI; CAROLINA MARDEGAN ARAYA; JOSÉ AIRES PEREIRA; GABRIELE ESCOCIA MARINHO; YARA TINOCO FRANCHESCI; THAÍS SILVA DE OLIVEIRA. UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL.

RESUMO:

A mucosa cólica exclusa de trânsito intestinal desenvolve inflamação e modificações no conteúdo tecidual dos diferentes tipos de mucinas. O sucralfato (SCF) age como protetor do epitélio intestinal em diferentes formas de colite, além de aumentar a produção de muco pelas células caliciformes. Objetivo: Mensurar o conteúdo de mucinas tipo MUC-2 na mucosa cólica sem trânsito intestinal submetida à intervenção com SCF. Método: Trinta e seis ratos foram submetidos à derivação fecal por colostomia proximal e fístula mucosa distal. Os animais foram divididos em 3 grupos segundo receberem enemas contendo SF-0,9%, SCF 1,0 g/kg/dia e 2,0 g/kg/dia. Cada grupo foi dividido em 2 subgrupos, sendo a eutanásia ser realizada após 2 ou 4 semanas. O diagnóstico de colite foi feito por estudo histopatológico pela técnica da hematoxilina-eosina. A intensidade inflamatória da mucosa foi avaliada por escala validada. As mucina tipo MUC-2 na mucosa exclusa de trânsito foi identificada por imuno-histoquímica. O conteúdo de MUC-2 foi mensurado por morfometria computadorizada. O valor final para o conteúdo de MUC-2 em cada animal foi determinado pela média da leitura de 3 campos distintos, onde existiam pelo menos 3 glândulas cólicas íntegras e contíguas. Para análise dos resultados utilizou-se o teste de Mann-Whitney e o teste ANOVA (análise de variância), adotando-se para ambos, nível de significância de 5% (pResultados: A aplicação de enemas com SCF na concentração de 2,0 g/kg/dia reduziu o escore inflamatório dos segmentos sem trânsito fecal. O conteúdo de MUC-2 no cólon sem trânsito fecal dos animais submetidos à intervenção com SCF, independente do tempo de intervenção e da concentração utilizada, foi significativamente maior quando comparado aos animais irrigados com SF 0,9% (pConclusão: A aplicação preventiva de enemas com SCF, principalmente em concentrações mais elevadas e por maior tempo de intervenção, reduz o escore inflamatório e previne a redução do conteúdode MUC-2. Esses resultados sugerem que a aplicação preventiva de enemas com SCF é uma estratégia válida para a preservação da camada de muco que recobre o epitélio intestinal.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2714

TÍTULO DO TRABALHO: Avaliação dos efeitos da aplicação de clísteres com mesalazina na expressão tecidual de mucinas neutras e ácidas na colite de exclusão

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ADRIELI HELOISA CAMPARDO PANSANI; JOSÉ AIRES PEREIRA; YARA TINOCO FRANCHESCI; RAFAELA DE SOUZA NOVO; GABRIELE ESCOCIA MARINHO; GABRIELLE MÁIRA DE LIMA MATIJASCIC; THAÍS SILVA DE OLIVEIRA; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ. UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: Quantificar o conteúdo de mucinas neutras e ácidas na mucosa cólica de segmentos desprovidos de trânsito intestinal submetidos à intervenção com mesalazina. Método: Dezesseis ratos foram submetidos à derivação do trânsito intestinal através da realização de colostomia proximal terminal e fístula mucosa distal. Os animais foram divididos em dois grupos experimentais segundo a eutanásia ser realizada após duas ou quatro semanas. Cada um desses grupos foi subdividido, em dois subgrupos segundo terem recebido clisteres contendo solução fisiológica 0,9% (SF) ou mesalazina (MEZ) na concentração de 1g/mL. No dia programado para a eutanásia os animais foram anestesiados tendo-se removido segmentos providos e desprovidos de trânsito. O diagnóstico de colite de exclusão foi firmado por estudo histopatológico com a técnica da hematoxilina-eosina. A expressão tecidual de mucinas neutras e ácidas foi identificada pelas técnicas do Peiódico Ácido de Schiff e Azul de Alcian, respectivamente. O conteúdo de ambos os subtipos de mucinas foi quantificado por morfometria computadorizada. Os resultados obtidos nos animais submetidos à intervenção com SF ou MEZ foram comparados utilizando-se o teste de Mann-Whitney adotando-se nível de significância de 5% (p? 0,05). Resultados:O conteúdo tecidual de mucinas neutras no cólon provido de trânsito fecal foi semelhante nos animais submetidos à intervenção com SF ou MEZ independente do tempo de intervenção. No cólon sem trânsito fecal, verificou-se que os níveis teciduais de mucinas neutras aumentou nos animais submetidos a intervenção com MEZ independente do tempo de intervenção adotado (2 semanas p=0,0003; 4 semanas p=0,0001). Com relação às mucinas ácidas o conteúdo não se modificou no cólon proximal nos animais submetidos à intervenção com MEZ. De modo distinto, o conteúdo de mucinas ácidas no cólon sem trânsito fecal submetido à intervenção com MEZ foi maior quando comparado aos animais submetidos a intervenção com SF, independente dos clisteres terem sido aplicados por 2 ou 4 semanas (2 semanas p=0,0005; 4 semanas p=0,005). Houve aumento do conteúdo de mucinas ácidas nos animais submetidos a intervenção com MEZ por 4 semanas quando comparado aos animais tratados por 2 semanas (p=0,03). Conclusões: Clisteres contendo MEZ aumentam o conteúdo de mucinas neutras e ácidas em segmentos cólicos desprovidos de trânsito fecal e o aumento é maior nos animais submetidos a intervenção por maior período de tempo.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2314

TÍTULO DO TRABALHO: COMPARAÇÃO DA FIBROSE INDUZIDA PELAS TELAS DE MARLEX®, PARIETEX COMPOSITE®, VICRYL® E ULTRAPRO®

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ARTHUR ANDRADE SICHCIOPI; MARIA DE LOURDES P. BIONDO SIMOES; SÉRGIO OSSAMU IOSHII; ROGÉRIO RIBEIRO ROBES. UFPR, CURITIBA - PR - BRASIL.

RESUMO:

OBJETIVO: Comparar histologicamente a intensidade da fibrose induzida pelas telas de Marlex®, Parietex Composite®, Vicryl® e UltraPro®, visto que, apesar do material ainda hoje mais utilizado ser a tela de polipropileno (Marlex®), ela é responsável por diversos efeitos colaterais como aderências, dor crônica, obstrução intestinal e fístulas.MÉTODO: Foram analisados cortes histológicos de paredes abdominais, após 28 dias de implante das telas corados por picrosirius, sendo esse analisado com luz polarizada a fim de identificar a intensidade de colágeno tipo I e III e o índice de maturidade.RESULTADOS: Ao se comparar os 4 grupos. A análise da área de colágeno total foi maior nos grupos A e D sem diferença entre eles. A densidade do colágeno tipo I foi maior no grupo A com média de 9,62 ± 1,0 em relação aos demais e menos no grupo C com média de 3,86 ± 0,59. A densidade do colágeno tipo III foi semelhante nos grupos A, B e C e maior no grupo D. O índice de maturação de colágeno foi diferente entre os grupos, sendo maior para o grupo A com 0,87 e por ordem decrescente, teve-se o grupo B com 0,66, o grupo D com 0,57 e o grupo C com 0,33. (p = 0,0000).CONCLUSÃO: Dentre as telas analisadas, as que promoveram maior fibrose foram as telas de polipropileno e a de poliéster não-biodegradável (Parietex Composite®); o índice de maturação foi maior para a tela de polipropileno seguido das telas de polipropileno em conjunto com poliglecaprone 25 (UltraPro®), poliéster não-biodegradável (Parietex Composite®) e a de filamentos de poliglactina 910 (Vicryl®).
BIBLIOGRAFIA: Utrabo CAL, Czeczko NG, Busato CR, Montemor-Netto MR, Malafaia O, Dietz UA. Comparative study between polypropylene and polypropylene/poliglecaprone meshes used in the correction of abdominal wall defect in rats. Acta Cir Bras. 2012 ; 27(4):300-5. doi: 10.1590/S010286502012000400004

Castro PM, Rabelato JT, Monteiro GG, del Guerra GC, Mazzurana M, Alvarez GA. Laparoscopy versus laparotomy in the repair of ventral hernias: systematic review and meta-analysis. Arq Gastroenterol. 2014; 51(3):20511. PMID: 25296080. Biondo-Simões MLP, Moura PAP, Colla K, Tocchio AFZ, Morais CG, Miranda R, de et al . Inflammatory reaction and tensile strength of the abdominal wall after an implant of polypropylene mesh and polypropylene/poliglecaprone mesh for abdominal wall defect treatment in rats. Acta Cir. Bras. 2014; 29(Suppl 1): 45-51. doi: 10.1590/S010286502014001300009

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1994

TÍTULO DO TRABALHO: Conteúdo tecidual de sulfomucínas e sialomucinas na mucosa cólica desprovida de trânsito intestinal submetida à intervenção com Curcuma L. (Curcumina).

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANTONIO JOSE TIBURCIO ALVES JUNIOR1; ADRIELI HELOISA CAMPARDO PANSANI2; JOSÉ AIRES PEREIRA2; DANIELA OLIVEIRA MAGRO1; CLAUDIO SADDY RODRIGUES COY1; DANILO TOSHIO KANNO2; OSCAR ORLANDO ARAYA FERNANDEZ2; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ2. 1. UNICAMP, CAMPINAS - SP - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: Quantificar o conteúdo tecidual de sulfomucinas e sialomucinas na mucosa cólica desprovida de trânsito fecal submetida à intervenção com curcumina, avaliando a importância da concentração utilizada e tempo de intervenção proposto. Método: Trinta e seis ratos foram submetidos à derivação do trânsito por colostomia proximal e fístula mucosa no cólon distal. Os animais foram divididos em três grupos após receberem enemas diários com solução fisiológica 0,9%, curcumina nas concentrações de 50 mg/kg/dia ou 200 mg/kg/dia, respectivamente. Cada grupo foi dividido em dois subgrupos, segundo a eutanásia ser realizada após 2 ou 4 semanas. As mucinas ácidas na mucosa foram identificadas por histoquímica pela técnica do Azul de Alcian. A expressão tecidual de sulfomucinas e sialomucinas foi identificada pela técnica da diamina de ferro alto alcian-blue (HID-AB). O conteúdo tecidual de ambos os subtipos de mucinas foi mensurado por análise de imagem assistida por computador. Resultados: A intervenção com curcumina em ambas as concentrações utilizadas aumentou o conteúdo tecidual de mucinas ácidas totais. Houve aumento no conteúdo de sulfomucinas nos animais submetidos à intervenção com curcumina após duas semanas (p Conclusão: Enemas com curcumina aumentam o conteúdo de mucinas ácidas no cólon excluso de trânsito intestinal, apresentando dependência de dose e tempo de intervenção.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1093

TÍTULO DO TRABALHO: Curso prático de Técnicas de Suturas em peça fresca (Língua Bovina): Comparativo da Análise Qualitativa entre diferentes Metodologias aplicadas ao longo de 6 anos pela Liga Acadêmica de Cirurgia, Trauma e Emergência - LACITRE UNIRIO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOSÉ FRANCISCO F. LIMA SIMÃO DE SOUSA; MAYARA SANAE FUJIMOTO; HELENA MANFRINATO KASTANOPOULOS; MARCEL NETTO MATHEUS; ROSANA SIQUEIRA BROWN; CELIA REGINA DE OLIVEIRA GARRITANO. UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:

Introdução:A Liga Acadêmica de Cirurgia, Trauma e Emergência, composta por discentes de Medicina da UNIRIO, baseia suas atividades no tripé ensino-pesquisa-extensão, e desde 2011 realiza seu Curso Prático de Suturas. Em 2016 a Metodologia de Ensino até então vigente foi refinada para otimização do processo ensino-aprendizagem.Objetivos:Realizou-se análise retrospectiva de dados das pesquisas qualitativas de opinião sobre o curso no período de tempo em que o mesmo seguiu a Metodologia "Monitor para Pequenos grupos" (2011-2015) comparando-os aos obtidos na análise da pesquisa qualitativa de opinião aplicada em 2016 sob a Metodologia "Um Monitor-ligante por Aluno".Materiais e métodos:De 2011 a 2015 as turmas do Módulo Prático eram compostas de 5 alunos, tutorados por 1 monitor-ligante. Ao final dos cursos aplicou-se pesquisa qualitativa de opinião aos inscritos, para que pudessem realizar sugestões ou críticas. O acervo de questionários dos períodos 2011-2015 (60) e 2016 (60) foi reunido para análise comparativa. Itens presentes nos questionários: Nível das aulas(Módulo Teórico); Material disponibilizado para prática; Nivel da monitoria(Módulo Prático); Classificação do aprendizado; Indicação do curso para outros estudantes. A avaliação consistiu em atribuir aos itens notas de 1 a 5: 1(péssimo); 2(ruim); 3(regular); 4(bom); 5(excelente).Resultados:Expressiva melhora na avaliação dos quesitos "Nível da Monitoria": conceito 5 por 96,67% dos participantes em 2016, comparado a 61,67% no período 2011-2015; "Classificação do aprendizado": conceito 5 por 76,67% dos participantes em 2016, comparado a 43,33% no período 2011-2015; "Indicação do curso para outros estudantes": conceito 5 por 100% dos participantes em 2016, comparado a 78,33% no período 2011-2015.Conclusão:A análise comparativa-qualitativa dos dados obtidos através das pesquisas de opinião constatou sucesso na alteração metodológica. Notou-se aumento da satisfação em relação ao curso, bem como do interesse dos alunos pela área cirúrgica. Ao desenvolver a nova Metodologia de Ensino ofertou-se um Curso individualizado ao inscrito, garantindo maior aprendizado e nível de excelência à atividade.Bibliografia:1.FRANCO, Diogo et al. Uso de língua bovina na prática de técnicas de sutura. Rev. Col. Bras. Cir., Rio de Janeiro, v.35, n.6, p.442, Dec.2008.2.EBRAM NETO, João et al. Modelo de dispositivo para treinamento e avaliação das habilidades em técnica operatória. Acta Cir. Bras.,São Paulo,v.13, n.1, Jan.1998.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 927

TÍTULO DO TRABALHO: DISPOSITIVO PARA TREINAMENTO EM LAPAROSCOPIA COM TECNOLOGIA DE IMAGEM 3D

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ENRICO FERREIRA MARTINS DE ANDRADE1; CARLO CAMARGO PASSEROTTI1; GIANCARLO CIONGOLI2; CAIO PEDROSO DE ANDRADE3; TOUFIC AMBAR NETO3; JOSE CIONGOLI4; RAPHAEL PEDROSO DOS SANTOS1; GUSTAVO DE ALARCON PINTO1. 1. HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA FACERES, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL; 3. FACULDADE DE MEDICINA FACERES, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 4. HOSPITAL SANTA VIRGÍNIA, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

Introdução:O cirurgião desenvolve suas habilidades técnicas continuamente durante a sua carreira. Assim, necessita de treinamento e aprendizagem de novas técnicas operatórias, adquirindo experiência e diminuindo os riscos nos procedimentos cirúrgicos.Com o advento da laparoscopia com vídeos em 3D e a cirurgia robótica, novos mecanismos de treinamento devem ser desenvolvidos para a adaptação dos cirurgiões e principalmente, dos residentes em treinamento.Apesar da existência de simuladores virtuais robóticos que necessitam de grandes investimentos financeiros, ainda não temos as caixas-pretas tradicionais com o sistema de visão em 3D. Os simuladores virtuais em 3D não estão disponíveis para a maioria dos médicos, e com a nova disponibilidade da laparoscopia com vídeos em 3D, foi verificada a necessidade de uma ?caixa-preta de laparoscopia simplificada com visão em 3D?, para que a maioria dos cirurgiões em treinamento pudessem ter acesso a esta nova tecnologia.Portanto, visando facilitar o treinamento inicial para o desenvolvimento de habilidades em laparoscopia com vídeo em 3D, criou-se uma modelo de caixa-preta laparoscópica com visualização do campo de treinamento com óculos de realidade virtual em 3D.Método:Desenvolveu-se um dispositivo para simulação de situações semelhantes às encontradas no ato cirúrgico para o treinamento da cirurgia laparoscoópica, utilizando um sistema de imagem com óculos de realidade virtual em 3D, acoplado a caixa-preta, para simular os vídeos de laparoscopia em 3D e até mesmo a visão da cirurgia robótica.Resultados:O dispositivo foi construído sem dificuldade técnica e com baixo custo, com visualização do campo de treinamento, utilizando os óculos de realidade virtual em 3D, propiciando ao cirurgião em treinamento uma simulação realística similar as imagens dos vídeos de laparoscopia em 3D e de cirurgia robótica.Conclusão:O equipamento de simulação desenvolvido demonstrou-se de baixo custo, com utilização de óculos de realidade virtual, que propicia um novo patamar de treinamento em cirurgia laparoscópica e familiarização com as imagens da cirurgia robótica.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1222

TÍTULO DO TRABALHO: ESTEATOSE HEPÁTICA ASSOCIADA À ISQUEMIA E REPERFUSÃO EM CAMUNDONGOS: EFEITO DA N-ACETILCISTEÍNA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: NATALIE CHAVES FERREIRA1; MARCIA KIYOMI KOIKE2; EDIVALDO MASSAZO UTIYAMA3; EDNA FRASSON DE SOUZA MONTERO4. 1. FMUSP-LIM 62, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. FMUSP - LIM-51 - EMERGÊNCIAS CLÍNICAS, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 3. ICHC - FMUSP - LIM-62, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 4. FMUSP-LIM 62 / UNIFESP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

Introdução: Em modelos de isquemia e reperfusão (I/R) hepática, já foi demonstrado o efeito protetor enzimático e morfológico da N-acetilcisteína (NAC) no fígado. Porém, há poucos estudos sobre os efeitos do uso da NAC em modelos de I/R na presença de esteatose. Caso haja comprovação do efeito benéfico da NAC, esta poderá ser utilizada de forma prática e pouco dispendiosa na prevenção das repercussões deletérias causadas pela I/R em fígado esteatótico. Objetivo: Esse estudo teve como objetivo verificar o efeito da NAC sobre a lesão hepática em camundongos com esteatose e submetidos à I/R, avaliando as alterações bioquímicas e morfológicas, e o estresse oxidativo. Métodos: Foram utilizados camundongos da linhagem C57BL/6J, machos, que receberam ração normal AIN-93M ou deficiente em Metionina e Colina (DMC) de acordo com o grupo que pertenciam. Em alguns animais, a NAC foi administrada 15 minutos antes da isquemia. Em seguida, os camundongos foram submetidos a 30 minutos de isquemia e 24 horas de reperfusão. O sangue foi coletado para análise das transaminases, e o fígado, removido para avaliação histológica em lâminas coradas com H/E e para a análise do estresse oxidativo, por meio da quantificação de malondialdeído (MDA) e nitrito. Resultados: A análise histológica mostrou que a NAC diminuiu os focos inflamatórios no fígado esteatótico de camundongos submetidos à I/R. Com relação às transaminases, o uso da NAC reduziu, apesar de não significativamente, os níveis de ALT e AST nos animais com esteatose hepática submetidos à I/R (ALT: 59±51U/L, AST: 551±174U/L), em relação aos animais em que a NAC não foi administrada (ALT: 128±81U/L, AST: 967±349U/L). Avaliando o estresse oxidativo após o tratamento com a NAC, os níveis de MDA e nitrito diminuíram significativamente (pConclusão: A partir dessas análises, é possível afirmar que, devido a redução do infiltrado inflamatório e do estresse oxidativo, responsáveis pela lesão no fígado, o uso da NAC apresentou um efeito benéfico sobre o tecido hepático esteatótico submetido à I/R. Bibliografia: Lee et al.,2012;Robinson et al.,2013;Saad et al.,2012;Sílvia et al.,2012;Takhtfooladi et al.,2014.

CODIGO DO TRABALHO: 1310

TÍTULO DO TRABALHO: ESTUDO COMPARATIVO ENTRE FIO DE SUTURA DE POLIGALACTIINA 910 E POLIPROPILENO E FECHAMENTO DA PAREDE ABDOMINAL EM SUTURA CONTÍNUA OU SUTURA EM PONTO SIMPLES NA FORMAÇÃO DE ADERÊNCIAS INTRA-PERITONEAIS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARIA DE LOURDES P. BIONDO SIMOES1; MARCO ANTONIO FACCIO2; ANA LUISA BETTEGA1. 1. UFPR, CURITIBA - PR - BRASIL; 2. UFPR, XANXERE - SC - BRASIL.

RESUMO:

Introdução: Aderências peritoneais pós cirurgia abdominal e pélvica são umagrande causa de morbidade e estão relacionadas a múltiplos fatores. Os dadosda literatura são escassos no que diz respeito à manobras inerentes ao atocirúrgico. Os poucos estudos que se preocupam com o tipo de fio cirúrgico comocausa de aderência apresentam resultados controversos. Soma-se a isso, a nãoexistência de trabalhos relacionando o método de síntese. Método: Foramutilizados 28 ratos da linhagem Wistar, fêmeas. Dividiu-se a amostra em 4 gruposque foram submetidos a laparorrafia com síntese peritônio-músculo-aponevrótica, de quatro modos: síntese por chuleio contínuo com poliglactina910 (G I, n=7), síntese com pontos interrompidos de poliglactina 910 (G II, n=7),síntese contínua com polipropileno (G III, n=7) e síntese com pontosinterrompidos de polipropileno (G IV, n=7). Os animais foram submetidos aeutanásia no décimo quarto dia de pós-operatório. A análise dos resultados foifeita com a verificação da presença, ou não, de aderência peritoneal na linha dacicatriz e as vísceras aderidas. Resultados: A avaliação das laparorrafias feitascom poliglactina 910, não mostrou diferença quando realizada com síntesecontínua ou interrompida (p=0,2308), O mesmo aconteceu com as laparorrafiasrealizadas com polipropileno (p=0,9038) Quando se comparou as realizadas compoliglactina com as feitas com polipropileno também não se encontraramdiferenças (p=0,2308). Conclusão: A indução de aderências não foi influenciadapela técnica de síntese e nem pelo material utilizado.Bibliografia:SCHNÜRIGER, B. et al. Prevention of postoperative peritonealadhesions: a review of the literature. Am J Surg, v. 201, n. 1, p. 111-21,Jan 2011. KRAEMER, B. et al. Standardised models for inducing experimentalperitoneal adhesions in female rats. Biomed Res Int, v. 2014, p. 435056,2014. ISHIKAWA, K. et al. Optimal sutures for use in the abdomen: anevaluation based on the formation of adhesions and abscesses. SurgToday, v. 43, n. 4, p. 412-7, Apr 2013. KRAEMER, B. et al. A prospective, randomized, experimental study toinvestigate the peritoneal adhesion formation of noncontact argonplasma coagulation in a rat model. Fertil Steril, v. 95, n. 4, p. 1328-32,Mar 2011. KRAEMER, B. et al. Randomized experimental study to investigate the peritonealadhesion formation of conventional monopolar contact coagulationversus noncontact argon plasma coagulation in a rat model. Fertil Steril,v. 102, n. 4, p. 1197-202, Oct 2014.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 378

TÍTULO DO TRABALHO: HEMATOPOIESE EXTRAMEDULAR COM MEGACARIÓCITOS FORMANDO NICHOS DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS E RESPOSTA INFLAMATÓRIA A DIFERENTES PRÓTESES SINTÉTICAS IMPLANTADAS NA PAREDE ABDOMINAL DE RATOS COM HÉRNIAS INCISIONAIS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RENATO LAMOUNIER BARBIERI; SUELY DE FÁTIMA PARREIRA; SARAH DO VALLE STUDART; ALINE RIQUENA DA SILVA; MATHEUS SILVA GARBIN; PEDRO LUIZ SQUILACCI LEME. UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

RESUMO ? Racional: a hematopoiese extramedular depende de mecanismos fisiopatológicos complexos, havendo também relação destas células-tronco hematopoiéticas com proteínas mediadoras da inflamação (quimiocinas). A identificação de células hematopoiéticas fora da medula óssea no adulto, situação que ocasionalmente pode acompanhar a resposta inflamatória, era considerada uma ocorrência secundária e de pouca importância clínica, mas estudos biomoleculares atuais modificaram este conceito. Objetivo: descrever a presença de agrupamentos de células precursoras das plaquetas (megacariócitos), e outras células da resposta inflamatória, na parede abdominal e no baço de ratos com hérnias incisionais induzidas experimentalmente e reparadas com diferentes próteses sintéticas. Métodos: vinte e cinco ratos com hérnias incisionais previamente realizadas na primeira fase deste experimento, foram distribuídos em grupos com 5 animais cada para os procedimentos: Grupo 1, reparo do defeito herniário sem implante de prótese. Grupo 2, reparo com prótese de polipropileno. Grupo 3, reparo empregando polipropileno com baixa gramatura. Grupo 4, utilização de prótese de polipropileno e poliglecaprone. Grupo 5, prótese de polipropileno e poliglactina; todas recortadas na forma de losangos com 3,5 x 1,5 cm (área de 2,625 cm^2). Os animais foram reoperados após 10 dias, as paredes abdominais foram retiradas em bloco com as vísceras a elas aderidas e o material foi processado para estudo histológico em cortes corados pela hematoxilina e eosina. Resultados: foram evidenciados nichos de megacariócitos na parede abdominal e no baço, eventualmente retirado juntamente com as aderências produzidas em animais com implante de próteses, além de reação inflamatória significativa, com participação de várias linhagens de células de defesa. Conclusão: a intensa reação inflamatória, local e sistêmica, às próteses com polipropileno em sua composição, foi desproporcional à resposta esperada, indicando que este estudo deve ser repetido com avaliação da imunofenotipagem por citometria de fluxo e painéis específicos de anticorpos monoclonais para confirmação dos achados histológicos.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 468

TÍTULO DO TRABALHO: HIPERTENSÃO PORTAL PRÉ HEPÁTICA INDUZIDA EM RATOS E SUA REPERCUSSÃO NOS SISTEMAS VENOSOS ESOFÁGICO E GÁSTRICO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BRUNA SANCHES BEZERRA; ALINE RIQUENA DA SILVA; SARAH DO VALLE STUDART; DAREN ATHIE BOY RODRIGUES; MATHEUS SILVA GARBIN; PEDRO LUIZ SQUILACCI LEME. UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

Racional: A diminuição do calibre da veia porta acarreta aumento da pressão portal e desvio do fluxo para veias colaterais da região gastroesofágica e congestão esplâncnica.Objetivo: Reproduzir modelo experimental de hipertensão portal pré-hepática por meio da redução do calibre da veia porta do rato, permitindo a avaliação de sua repercussão no sistema venoso do estômago e esôfago e comparando os resultados entre 15 dias e 30 dias de pós operatório.Métodos: Foram utilizados três grupos de cinco animais; no grupo 1 (sham-operated) foi realizada dissecção e medida do diâmetro da veia porta. A hipertensão portal foi induzida pela ligadura parcial da veia porta, reduzindo seu calibre para 0,9 mm nos 10 animais restantes, independente do diâmetro inicial das veias. Cinco animais com hipertensão portal (grupo 2) foram reoperados após 15 dias e os ratos do grupo 3 após 30 dias. As alterações macroscópicas da vascularização das vísceras abdominais foram registradas e o estômago foi seccionado pela grande curvatura para avaliação de sua mucosa.Resultados: Não foram encontradas diferenças macroscópicas significativas ou alterações na quantidade e dilatação das varizes nem na quantidade e tamanho dos ?red spots? quando foram comparados os animais que foram reoperados após 15 dias (grupo 2) e os reoperados após 30 dias (grupo 3), sendo considerado o prazo menor (15 dias), suficiente para avaliação das repercussões no sistema venoso gástrico e esofágico após a ligadura parcial da veia porta.Conclusão: O presente estudo demonstrou que não houve mudança significativa da quantidade e dilatação das varizes e nem da quantidade e diâmetro dos ?red spots? dos animais do grupo de reoperados após 15 dias, com o grupo reoperado após 30 dias.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 494

TÍTULO DO TRABALHO: IMPLEMENTAÇÃO DE PROTOCOLO DE ABREVIAÇÃO DE JEJUM A PACIENTES CIRÚRGICOS EM UM HOSPITAL PRIVADO NA CIDADE DE SÃO PAULO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LUÍS FILIPE DE OLIVEIRA FIGLIOLINO1; ULISSES RAMOS FERNANDES1; KELLY PIZA1; SERGIO GARNES DOS ANJOS2; ANDREA BOTTONI2. 1. HOSPITAL REDE D`OR SÃO LUIZ UNIDADE VILLA LOBOS, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. FUNZIONALI, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

A abreviação do jejum traz inúmeros benefícios aos pacientes: acelerar a recuperação pós-operatória, amenizar a resposta inflamatória, melhorar balanço nitrogenado e hidroeletrolítico, melhorara resposta imunológica e cicatrização, e diminuir o tempo de internação. Estudos sugerem ofertar líquidos claros ricos em carboidratos até duas horas antes da cirurgia. Este projeto objetivou implementar aabreviação de jejum aos pacientes cirúrgicos, diminuir tempo total de jejum e de internação, e melhorara recuperação pós-operatória. Foi ofertada dieta líquida com carboidrato e proteínaaté quatro horas da cirurgia. Obesos mórbidos, com distúrbios gastroesofágicos e câncer obstrutivo de TGI foram excluídos do processo. Abreviados os jejuns de 173 pacientes (37%), de um total de 462 que permaneceram em jejum por mais de 12 horas para cirurgias urológicas, ortopédicas e cirurgia geral. Os pacientes da urologia, permaneceriam de jejum por 465 horas, com a abreviação, o tempo caiu para 216 horas (redução de 54%). Os da ortopedia o tempo total foi de 676 horas, com oprotocolo o tempo foi para 372 horas (redução de 45%). Aos pacientes da cirurgia geral o tempo total foi de 926 horas, porém abreviado o jejum, ficaram 588 horas (redução de 37%). Constatamos que 99% (n = 2) dos pacientes do protocolo não tiveram efeitos de sede e fome após voltarem da cirurgia, e 100% dos pacientes não apresentaram náuseas/vômitos no pós-cirúrgico. 100% disseram que fariam a abreviação novamente e não se importariam de ser acordados. Acompanhamos 1218 pacientescirúrgicos nos meses de novembro e dezembro de 2016 e janeiro de 2017, e constatamos que 42% (n=530) permaneceram em jejum por tempo maior ou igual à 12 horas, destes, 421 pacientes (80%) apresentaram náuseas e vômitos após a cirurgia. Enquanto que, 58% (n=688) ficaram em jejum por menos de 12 horas e 632 deles (92%) não tiveram esses sintomas. Também foi possível observar redução em um dia do tempo de internação dos pacientes da cirurgia geral e urologia. Quando tratamos dos pacientes cuja cirurgia foi de fratura a redução foi de três dias do tempo de internação. A abreviação do jejum, portanto, modifica a percepção do paciente frente aos serviços prestados, reduz tempo total de jejum e internação, e evita sintomas de náuseas e vômitos.Bibliografia: LUDWIG, R.B.; PALUDO, J.; FERNANDES, D.; SCHERER, F. Menor tempo de jejum pré-operatório e alimentação precoce no pós-operatório são seguros? Arq. Bras.Cir. Dig., v. 26, N. 1, 2013.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2938

TÍTULO DO TRABALHO: INCISAO PADRONIZADA NA PAREDE ABDOMINAL PARA RETIRAR O COLON ESQUERDO, EM LAPAROSCOPIAS, REDUZ REAGENTES DE FASE AGUDA NO PÓS OPERATORIO IMEDIATO E TERCEIRO DIA PÓS OPERATÓRIO. ESTUDO EXPERIMENTAL

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JULIANO ALVES FIGUEIREDO1; LUCAS FERNANDES ANDRADE1; PEDRO CORRADI SANDER1; ADRIANO GUIMARAES FRANCO1; DIEGO PEREIRA ZILLE1; HENRIQUE DE ANDRADE FERREIRA PINTO1; ANDY PETROIANU2; SUYANNE THYERINE DA SILVA LOPES1. 1. HOSPITAL DA BALEIA, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UFMG, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:

A operação laparoscópica permite incisões menores na parede abdominal e grampeadores laparoscópicos permitem a retirada do cólon e a reconstrução do trânsito intestinal com a mesma proficiência da operação realizada por laparotomia. Os autores padronizaram uma incisão para retirada da peça cirúrgica na fossa ilíaca esquerda nas colectomias laparoscópicas.Objetivo: Avaliar se, padronização de incisão abdominal, na colectomia esquerda por laparoscopia tem vantagem inflamatória e ou imunológica em relação a colectomia esquerda por laparotomia. Método: Realizou-se um estudo com cinco grupos de cinco suínos, após operação de colectomia por laparotomia ou laparoscopia. Grupo A (controle): cinco animais não submetidos a procedimento operatório. B: laparotomia e colectomia esquerda. C: laparotomia somente. D: colectomia esquerda laparoscópica. E: laparoscopia somente. A coleta de sangue aconteceu nos períodos 2 horas e terceiro dia após a operação. As variáveis estudadas foram interleucina 6, hemoglobina, creatinina, albumina, lactato, LDH, leucócitos totais, percentual de monócitos, colesterol total, capacidade total de ligação do ferro, ferro sérico e fibrinogênio sérico. Resultados: Os animais do grupo B (colectomia por laparoscopia) apresentaram valores de creatinina (p = 0,037), LDH (p=0,032), fibrinogênio (p = 0,001), leucócitos (p = 0,037), monócitos (p=0,027) ferro sério (p=0,001) e capacidade total de ligação do ferro (p=0,002) alterados no pós operatório. Conclusão: Em estudo experimental bem controlado, com incisões padronizadas para retirada de peça cirúrgica pela fossa ilíaca esquerda nas colectomias laparoscópicas, há indícios de resposta inflamatória atenuada em comparação com a colectomia por laparotomia.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 955

TÍTULO DO TRABALHO: LABORATÓRIOS SECOS E MOLHADOS NA VISÃO DO ESTUDANTE DE MEDICINA, AVANÇO OU RETROCESSO?

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CARLOS MAGNO QUEIROZ DA CUNHA; DIEGO FREITAS FÉLIX; MATHEUS FACÓ JESUÍNO SIMÕES; MATHEUS RIBEIRO PARENTE; GIOVANNI TROIANI NETO; CECÍLIA LIMEIRA LIMA LEITE; DANIEL DIAS DE HOLANDA FREITAS; FRANCISCO JULIMAR C. DE MENEZES. UNIVERSIDADE DE FORTALEZA, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:

OBJETIVODisciplina básica de todos os estudantes da área da saúde, a Anatomia Humana ensina a forma e a localização das estruturas do corpo humano utilizando desde metodologias mais tradicionais como o uso de cadáveres, chamados laboratórios molhados, até o uso de modelos artificiais, denomindados de secos.É inegável que o avanço da medicina se deu graças à possibilidade de ensino e pesquisa em cadáveres. Porém, com a lei 8.501/92, que regulariza a utilização de cadáveres para fins de ensino e pesquisa na medicina e a intensa abertura de novos cursos de medicina, ocorreu uma redução progressiva do número de cadáveres que chegam às instituições. Nessa perspectiva, métodos alternativos de ensino na anatomia tornam-se cada vez mais habituais. O papel deste estudo é avaliar a percepção dos alunos sobre o uso de peças reais e sintéticas em um laboratório de anatomia.MÉTODOSForam selecionados aleatoriamente 60 alunos do 5º ao 8º semestre do curso de Medicina de uma Universidade do Ceará. Todos eles já concluíram toda grade curricular de anatomia. Foi respondido um questionário de percepção sobre o ensino de anatomia em peças reais e sintética, já que o laboratório dessa Universidade possui as duas apresentações.RESULTADOSCom idade média de 23,51 anos e 50% do sexo masculino, 98,34% dos alunos responderam que consideram importante o uso de peças reais para o ensino da anatomia e 76,67% discordam que peças sintéticas possam atingir grau semelhante no ensino da anatomia.Além disso, com a nova lei que determina a incorporação dos cadáveres, a reposição de peças reais foi dificultada, sendo necessária a conscientização sobre a doação de corpos para aumentar a disponibilidade de cadáveres. Porém, apenas 23,33% dos pesquisados afirmou conhecer tal legislação e, quando questionado sobre a doação do seu corpo para um laboratório de anatomia, apenas 15% afirmaram que doariam e 55% deles não souberam responder.CONCLUSÕESPercebemos a importância do uso de peças reais no ensino da anatomia humana, fato demonstrado pela preferência da maioria dos estudantes por tal método. Porém, mesmo com o surgimento de formas alternativas para o ensino da anatomia, essas necessitam de aprimoramentos, visando aproximar da preferência tida pelas peças reais.Por fim, o conhecimento das leis que regem a incorporação de cadáveres precisa ser mais difundida, tanto para conhecimento dos alunos quanto para valorização das peças existentes.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2570

TÍTULO DO TRABALHO: MECANISMO DE AÇÃO ANTITUMORAL DA ISOQUERCETINA (Q3G) EM ADENOCARCINOMA DE CÓLON

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ISABELLA RAMOS OLIVEIRA ASSUNÇÃO; ISADORA MORAES MARCHESI; GUILHERME DI CAMILLO ORFALI; DANIEL DE CASTILHO DA SILVA; JOSÉ AIRES PEREIRA; MAYCON GIOVANI SANTANA; MARINA ZECCHINI LOPES; DENISE GONCALVES PRIOLLI. UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: Avaliar o potencial terapêutico da Isoquercitina (Q3G) em modelo animal de adenocarcinoma. Método: Trata-se de um estudo in vivo, no qual foi utilizado modelo animal de adenocarcinoma de cólon utilizando xenotransplante com células HT-29. A Q3G foi utilizada por 7 dias previamente ao implante tumoral (grupo profilaxia) ou quando o volume tumoral atingiu 100 mm^3 (grupo terapia), sendo o grupo controle constituído de animais que não foram submetidos a tratamento. O crescimento tumoral foi avaliado de forma macroscópica e quantificado por curvas de regressão sigmoidal na primeira e segunda semanas após tratamento. Após a exérese tumoral foi realizada análise histológica, imunohistoquímica para TP53 (proteína supressora tumoral), para VASH (proteina responsável pela inibição da angiogênese) e dosagem de malondealdeido (resultado de peroxidação lipídica) pelo TBARS. Resultados: No grupo terapia a Q3G levou a diminuição do volume tumoral final (p=0,04), não houve modulação da TP53, houve aumento da expressão de VASH (p=0,03) e diminuição da proliferação vascular (p) comparativamente ao controle. Constatou-se relação inversamente proporcional entre o crescimento tumoral e a expressão de VASH (p=0,01). No grupo profilaxia a Q3G demonstrou efeito pró-oxidante (p). Conclusões: A Q3G tem efeito antiproliferativo sobre o adenocarcinoma de cólon, sua ação antitumoral está relacionada ao aumento de expressão de VASH com consequente inibição da proliferação neovascular.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2782

TÍTULO DO TRABALHO: MECANISMO DE AÇÃO DA FOTOTERAPIA DINÂMICA COMO ABORDAGEM NEOADJUVANTE NO OSTEOSSARCOMA VERTEBRAL E CALOTA CRANIANA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GUILHERME CHOHFI DE MIGUEL1; ANA YOSHIE KITAGAWA GRIZOTTO1; BRUNO CAMPOREZE1; DANIELLE HONAGA1; MAFALDA LARANJO2; MARIA FILOMENA BOTELHO2; ANA MARGARIDA ABRANTES2; DENISE GONCALVES PRIOLLI1. 1. UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE DE COIMBRA, COIMBRA - PORTUGAL.

RESUMO:

OBJETIVO: O osteossarcoma, caracterizado pela presença de matriz osteoide é tumor maligno com prognóstico determinado pela necrose induzida às terapias citotóxicas convencionais e à ressecção do tumor no ato cirúrgico. Embora a literatura evidencie a ação da fotoquimioterapia como agente proliferativo ao osteossarcoma, o mecanismo de ação desta nova estratégia terapêutica ainda permanece parcialmente desconhecido. Este estudo visa avaliar o possível mecanismo antitumoral, antiproliferativo ou antiangiogênico, da fotoquimioterapia no osteossarcoma vertebral e de calota craniana com impossibilidade de ressecção cirúrgica. MÉTODOS: Células de osteossarcoma humano/MNNG-HOS foram inoculadas diretamente na superfície da calota craniana e vértebra de camundongos atímicos, distribuídos em grupos controle (n=6) e tratado (n=14). Crescimento tumoral foi monitorado diariamente e foram feitos estudos de imagem por cintilografia com MIBI e raio X. Após o tumor atingir volume de 100mm^3, os animais do grupo tratado receberam o fotossensibilizador (porfirina BBr2HPP), 72 horas antes da irradiação com 180J, em ciclo único, enquanto os não tratados não foram submetidos a fototerapia. Após a eutanásia foi realizado estudo histopatológico com avaliação de área de necrose, de matriz osteóide, infiltrado inflamatório e imunohistoquímico relacionadas à proteínas de proliferação (ING2) e angiogênese (VASH). Adotou-se nível de significância menor que 5% (p?0,05) para a análise dos resultados. RESULTADOS: Houve redução do crescimento tumoral. Estudos de imagem evidenciaram caráter infiltrativo tumoral com presença de soluções de continuidade na calota craniana e vértebra dos animais e alterações da captação na cintilografia com MIBI nos tumores tratados (p=0,00) evidenciando aumento da área de necrose tumoral (p=0,03) e deposição de matriz osteóide (p=0,05). Houve ausência de diferença na expressão da proteína VASH (p=0.11), enquanto foi evidenciada diminuição na expressão da ING2 (p=0,04). CONCLUSÃO: A fotoquimioterapia se mostra como opção neoadjuvante para o osteossarcoma. Necrose tumoral associada à inibição de proliferação mediada pela ING2 se apresentam como principais mecanismos de ação antitumoral da fototerapia dinâmica.

CODIGO DO TRABALHO: 2940

TÍTULO DO TRABALHO: Novo modelo de transplante de ilhotas de Langerhans para a submucosa do fundo gástrico de ratos

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GUSTAVO HELUANI ANTUNES DE MESQUITA1; YURI JUSTI JARDIM2; LEANDRO RYUCHI IUAMOTO2; ALBERTO LUIZ MONTEIRO MEYER2; FLÁVIO HENRIQUE FERREIRA GALVÃO2; WELLINGTON ANDRAUS2; ELEAZAR CHAIB2; LUIZ AUGUSTO CARNEIRO DALBUQUERQUE2. 1. FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. FMUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: O transplante de ilhotas de Langerhans é a alternativa promissora de controle de glicemia para os pacientes com diabetes 1, os quais podem apresentar flutuações de suas glicemias com repercussões clínicas graves. O sítio de enxerto é um dos fatores que têm grande influência no funcionamento do transplante. Nesse âmbito, o estômago aparenta ser um local de implante promissor para o transplante de ilhotas quando comparada a outros locais. O nosso objetivo é descrever um novo modelo experimental para enxerto de Ilhotas de Langerhans no estômago de ratos.Método: O transplante de ilhotas de Langerhans foi feito a partir de 5 ratos machos isogênicos da linhagem Lewis para cada um dos 4 ratos machos isogênicos da linhagem Wistar. A indução da diabetes nos ratos receptores do transplante foi feita utilizando estreptozotocina intravenosa uma semana antes do transplante. Nos ratos Wistar receptores foi feita uma incisão abdominal mediana de 2 cm visando a exposição do estômago. Em seguida foi realizada abertura (1 cm) na grande curvatura, na região do fundo do estômago, através da qual se teve acesso à submucosa estomacal. Foram feitas 2 injeções paralelas da solução contendo as ilhotas na submucosa do fundo gástrico. Para avaliação da função do enxerto, foi realizada a medição da glicemia através de glicosímetro a partir da cauda do roedor, imediatamente após o transplante e diariamente nos dias subsequentes. A normoglicemia foi definida como duas medições sucessivas Resultados: Os resultados obtidos após o transplante de ilhotas para a submucosa gástrica de 4 ratos mostraram um número de ilhotas transplantados entre 2050 e 2310 unidades (média de 2127). Todos os ratos apresentaram controle satisfatório da glicemia (Conclusão: O enxerto de ilhotas na submucosa do fundo gástrico é um modelo viável e com grande potencial para controle adequado da glicemia. Este modelo viabiliza novas perspectiva para futuras pesquisas nessa área.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2871

TÍTULO DO TRABALHO: Perfil de Susceptibilidade dos Germes Gram Negativos em Hospital Geral do Estado de São Paulo

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: THAÍS GONÇALVES MENEZES; LUCAS LOPES PIMENTA; JOSE FERNANDO MARQUES CARDOSO; MONICA MAZZURANA BENETTI; AMER ABDUL BASSET EL KHATIB; ELISETE TAVARES CARVALHO; SÉRGIO FEIJÓ RODRIGUEZ; RICARDO LEITE HAYDEN. HOSPITAL GUILHERME ÁLVARO, SANTOS - SP - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: os principais protocolos de tratamento das infecções intra-abdominais (IIAs) elencam suporte hemodinâmico, antibioticoterapia correta e controle do foco para obtenção do sucesso terapêutico. A escolha do antimicrobiano depende da fonte da IIA, dos fatores de risco para microrganismos específicos, dos padrões de resistência e condição clínica do paciente . É comum na prática cirúrgica o uso de quinolonas e cefalosporinas de 3ª geração no tratamento de IIAs, no entanto, o desenvolvimento da resistência bacteriana é uma realidade. Torna-se ideal analisar a flora local. Esse estudo teve como objetivo analisar a susceptibilidade dos germes gram negativos aos antimicrobianos e comparar a resistência nas infecções relacionadas à assistência a saúde (IRAS) e comunitárias.Metodologia: análise retrospectiva de culturas positivas para bactérias gram negativas isoladas em pacientes internados na ala cirúrgica deste hospital, no período de janeiro a dezembro de 2016. Os dados e a definição da origem do germe foram fornecidos pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. Os pacientes foram divididos em dois grupos: infecção da comunidade e IRAS. Os germes gram negativos foram subdivididos em: E. coli, Klebissiela sp. e outros.Resultados: das culturas positivas na ala cirúrgica em 2016, 94 germes eram gram negativos. Destes, 34 provenientes de infecções da comunidade e 60 por IRAS. Do primeiro grupo, 12 culturas eram positivas para E.coli, com resistência de 41,66% para ciprofloxacino e 25% para cefuroxima; 6 para Klebisiella sp. com 100% de resistência para cefalosporinas de 3ª geração e quinolonas; 16 classificadas como outras bactérias, com 100% de resistência a cefuroxima e 50% a ciprofloxacino. Do segundo grupo, 16 culturas eram positivas para E. coli, com resistência de 43,75% para cefuroxima e ciprofloxacino e 100% para ceftriaxona; 18 para Klebisiella sp. com 85,72% de resistência para ceftriaxona e 94,44% para ciprofloxacino e cefuroxima; 26 classificadas como outras bactérias, com 100% de resistência para ceftriaxona e 94,45% para cefuroxima.Conclusão: a resistência bacteriana é uma realidade na flora bacteriana avaliada. Os cirurgiões precisam melhorar a gestão antimicrobiana para maximizar o resultado clínico e minimizar a resistência antimicrobiana.Bibliografia: Vallejo M, etal.Clinical and microbiological characteristics of complicated intra-abdominal infection in Colombia: a multicenter study.Rev Chilena Infectol. 2016 Jun;33(3):261-7.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 632

TÍTULO DO TRABALHO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E MICROBIOLÓGICO DOS CASOS DE INFECÇÃO DE UMA ALA CIRÚRGICA DE UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA AO NORTE DO TOCANTINS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANA MARIA GARCIA; JULIANA CARREIRO CARVALHO; TÁSSYLLA CAROLINE FERREIRA PEREIRA; PEDRO ERNESTO ALVES MANGUEIRA JÚNIOR; JOÃO VICTOR SOARES CORIOLANO COUTINHO; JOÃO MANOEL SANTOS BOTELHO; JULIANA GUNDIM BARROS GUIMARÃES; PATRICK NUNES BRITO. ITPAC, ARAGUAINA - TO - BRASIL.

RESUMO:

INTRODUÇÃO: A infecção é importante causa de morbidade e mortalidade relacionada a cirurgia principalmente no segundo pico de mortalidade, que ocorre dias após o tratamento. Com isso, a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) é responsável por informar, vigiar, pesquisar, prevenir e controlar as infecções hospitalares, afim de reduzir sua frequência e a resistência bacteriana. OBJETIVO: Traçar o perfil epidemiológico e microbiológico dos casos de infecção relacionados a uma ala cirúrgica do Hospital Regional de Araguaína-TO no ano de 2015 (HRA). MÉTODO: Trata-se de um estudo clínico, observacional, retrospectivo e transversal dos casos de infecção da ala J do HRA no ano de 2015, com seleção da amostra a partir dos registros documentais da CCIH do HRA. RESULTADOS: No dado período, foram identificados 246 casos de infecção hospitalar, 68,29% do sexo masculino e 31,71% do sexo feminino. A faixa etária entre os 22 anos até os 60 anos, corresponde a 72,52%; os quadros de abdome agudo representam 50% dos pacientes, seguido por traumas e ferimentos por arma branca, 12%. O sítio anatômico com o maior número de infecções foi o trato gastrointestinal, 56% dos casos, onde a maioria, 41%, foi referente a casos de apendicite, seguido por casos de colecistite/colelitíase, com 25% e pancreatite, com 12%. Em 95% das infecções não foi realizado cultura, contudo, nos casos onde ocorreu o isolamento, a bactéria Escherichia coli esteve presente em 60%, seguido de Klebsiella pneumoniae, 20%. Na evolução clínica dos pacientes, 96,75% apresentou desfecho favorável evoluindo para cura, no entanto 3,25% dos pacientes foram ao óbito. DISCUSSÃO: Apesar das infecções serem mais prevalentes em crianças e idosos, a demanda local da região pode desfavorecer a prevalência desses grupos, ao passo que a maior incidência dos casos de trauma tenha forte relação com um número mais elevado de jovens e adultos nesse estudo. O sítio de infecção desses pacientes, que nessa amostra, foi o gastrintestinal, pode estar diretamente relacionado com a predominância dos casos de abdome agudo, que tem a apendicite como principal causa. A baixa taxa de cultura se deve ao início precoce do tratamento empírico associado a demora na disponibilidade dos resultados por insuficiência de recurso local. Dessa forma, a utilização apropriada do antibiótico é fundamental para a redução das taxas de infecção cirúrgica, com impacto direto tanto em benefício dos pacientes quanto dos recursos economizados.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1160

TÍTULO DO TRABALHO: REIMPLANTE MICROCIRURGICO DE ESCALPE EM COELHOS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RENAN KLEBER COSTA TEIXEIRA1; JOSE MACIEL CALDAS DOS REIS1; VITOR NAGAI YAMAKI2; DANIEL HABER FEIJÓ1; ANDRÉ LOPES VALENTE1; DENILSON JOSÉ SILVA FEITOSA-JUNIOR3; LUAN TELES FERREIRA DE CARVALHO1; RUI SERGIO MONTEIRO DE BARROS1. 1. UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ, BELÉM - PA - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ, BELEM - PA - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ, BELÉM - PB - BRASIL.

RESUMO:

OBJETIVO DESENVOLVER UM MODELO EXPERIMENTAL PARA A REALIZAÇÃO DE REIMPLANTE DE ESCALPO . MÉTODO FORAM UTILIZADOS 10 COELHOS MACHOS. OS ANIMAIS FORAM ANESTESIADOS COM QUETAMINA E XILASINA. FOI UTILIZADA UMA VIA DE ACESSO PADRONIZADA SIMULANDO A AVULSÃO TOTAL DO ESCALPO NAS LINHAS DE JUNÇÃO DO COURO CABELUDO COM A FACE E REGIÃO CERVICAL. A EXTENSÃO DO ESCALPO A SER AMPUTADO FOI BASEADO EM ESTUDOS PREVIOS DE DESCRIÇÃO VASCULAR BASEADO NA ARREA DE VASCULARIZAÇÃO DA ARTERIA TEMPORAL SUPERFICIAL E DA VEIA AURICULAR COMUM.CORRESPONDENDO A ÁREA SOBRE A REGIÃO FRONTAL ATÉ A BASE DO FOCINHO PASSANDO PELAS REGIÕES SUPRA ORBITARIAS E CONTORNANDO A REGIÃO POSTERO-LATERALMENTE DO ESCALPO A UMA DISTANCIA DE DOIS CENTIMETRO DA BASE DAS ORELHAS. COM A EXCEÇÃO DO PEDIULO VASCULAR FOI INTERROMPIDO TODA COMUNICAÇÃO ENTRE O ESCALPE E O CRANIO DO ANIMAL, INCLUSIVE COM SECÇÃO DO CONDUTO AUDITIVO. OS VASOS FORAM SECCIONADOE E IMEDIATAMENTE REPARADOS POR MEIO DE TECNICA MICROCIRURGICA SOB MAGNIFICAÇÃO DE MICROSCOPIO MICROCIRURGICO. SEGUIU-SE COM A SUTURA DE PELE COM FIO DA NAILON 4-0. FOI UTILIZADO NO POS OPERATORIO ANALGESIA E ANTICOAGULAÇÃO. OS ANIMAIS FORAM ACOMPANHADOS POR 30 DIAS DE PÓS OPERATORIO. RESULTADOS: O TEMPO CIRURGICO VARIOU DE 245 A 330 MINUTOS. O TEMPO DE ANASTOMOSE ARTERIAL VARIOU DE 11 A 36 MIN E O VENOSO DE 22 A 44 MINUTOS. NÃO HOUVE DIFERENÇA ESTATISTICA EM RELAÇÃO AO TEMPO DE REALIZAÇÃO ENTRE OS LADOS DO ANIMAL. A QUANTIDADE DE PONTOS CONFECIONADOS FORAM SEMELHANTE ENTRE OS LADOS VARIANDO DE 6-9 PONTOS. NÃO HOUVE MORTALIDADE INTRAOPERATORIA, POREM HOUVE UMA MORTE DE UM ANIMAL NO 1 DIA DE POS OPERATORIO E DOIS ANIMAIS FORAM SUBMETIDOS A MORTE INDOLOR INDUZIDA DEVIDO NECROSE DE UM HEMILADO DO ESCALPO. NA ANALISE MULTIVARIADA NÃO HOUVE CORRELAÇÃO ENTRE AS VARIAVIES CIRURGICAS ANALISADAS E O DESFECHO NEGATIVO DOS ANIMAIS. DENTRE OS ANIMAIS SOBREVIVENTES, TODOS APRESENTARAM BOA RECUPERAÇÃO COM CRESCIMENTO DE PELE NORMAL ATÉ O 30 DIA DE PÓS OPERATORIO. CONCLUSÃO: O REIMPLANTE DE ESCALPO E REPRODUTIVEL EM COELHOS PODENDO SER UTILIZADO COMO MODELO EXPERIEMTNAL PARA PESQUISAS E TREINAMENTO.REFERENCIASAnbar RA, et al. Métodos de reconstrução do couro cabeludo. Rev. Bras. Cir. Plást. 2012.Livao?lu m, et al. Microsurgical Replantation of Two Consecutive Traumatic Total Scalp Avulsions. J Craniofac Surg. 2016Hu W, et al. Microsurgical Replantation of a Two-Segment Total Scalp Avulsion. J Craniofac Surg. 2016

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 360

TÍTULO DO TRABALHO: Relação entre esplenectomia e reprodução em camundongos

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DALTON MUNIZ SANTOS1; ANDY PETROIANU2. 1. FORÇA AÉREA BRASILEIRA, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:

INTRODUÇÃO: O baço é um importante órgão, com função na depuração sanguínea, hematopoese, metabolismo e resposta imune a diversos antígenos, além de armazenar e controlar a liberação de metais, aminoácidos e elementos de defesa do organismo. Esse órgão pode estar envolvido em diversas doenças, além de ser frequentemente lesado nos traumas abdominais, cujo tratamento na maioria das vezes é a esplenectomia. Para evitar as graves repercussões da asplenia, o baço tem sido preservado por meio de operações conservadoras ou implantes de tecido esplênico autógeno Entre os efeitos adversos da esplenectomia, sugere-se inatividade sexual, entretanto, ainda não há estudo que evidencie relação entre baço e atividade sexual.. OBJETIVO: Verificar a influência da esplenectomia na reprodução em camundongos. MÉTODO: Foram utilizados 25 casais de camundongos, distribuídos em cinco grupos: Grupo 1: controle sem cirurgia. Grupo 2: controle submetidos a laparotomia e laparorrafia. Grupo 3: esplenectomia em machos. Grupo 4: esplenectomia em fêmeas. Grupo 5: esplenectomia em machos e fêmeas. Vinte ratos Holtzman machos foram distribuídos em dois grupos: Grupo 6: controle sem cirurgia e Grupo 7: esplenectomia. Os camundongos foram estudados quanto ao número de gestações e número de filhotes por gestação. Nos dois grupos de ratos, dosou-se a testosterona. Observou-se nos camundongos reprodução após as intervenções cirúrgicas, número de filhotes em cada grupo e período entre as gestações. RESULTADOS: Encontrou-se redução do número de gestações e do número de filhotes nos camundongos esplenectomizados acasalados com fêmeas normais. Nos ratos, houve aumento da testosterona após esplenectomia. CONCLUSÃO: Há redução do número de gestações e da prole em casais de camundongos machos esplenectomizados com fêmeas normais. A esplenectomia associa-se ao aumento da testosterona sérica em ratos.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2892

TÍTULO DO TRABALHO: RUTINA HIDROLISADA: UMA NOVA PROPOSTA PARA PROFILAXIA DO ADENOCARCINOMA DE CÓLON

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: NATALIA PERES MARTINEZ; ANA CARLA FRANCO UBINHA; GIULIA MAZARO DE OLIVEIRA; ANA YOSHIE KITAGAWA GRIZOTTO; YOLLANDA EDWIRGES MOREIRA FRANCO; JOSÉ AIRES PEREIRA; PATRICIA DE OLIVEIRA CARVALHO; DENISE GONCALVES PRIOLLI. UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: Determinar se o flavonoide, rutina hidrolisada (RH), obtido por hidrólise enzimática da rutina, apresenta efeito na profilaxia do adenocarcinoma de cólon, prospectando seu possível mecanismo de ação. Método: Trata-se de um estudo in vivo, no qual foi utilizado o xenoenxerto heterotópico de adenocarcinoma de cólon em 13 camundongos atímicos, divididos em 3 grupos: profilaxia, tratamento e controle. No grupo profilaxia, a RH foi administrada por 7 dias antes do implante tumoral; no tratamento, a administração ocorreu após o tumor atingir 1cm3; e no grupo controle, os animais não foram submetidos à ação deste composto. O crescimento tumoral foi avaliado macroscopicamente e quantificado por curvas de regressão sigmoidal. Foi verificada a ação anti/pró-oxidante da RH através da quantificação do malonaldeído (MDA), produzido na peroxidação lipídica, pelo método do TBARS. Testes de imunohistoquímica, quantificando a resposta de proliferação celular (ING2 ? proteína relacionada com inibição do crescimento celular), antiangiogênese (VASH ? inibinas responsáveis pela inibição da angiogênese) e de apoptose (TP53 ? proteína supressora tumoral), também buscaram determinar os possíveis mecanismos de ação da RH. Resultados: Verificou-se maior ação antioxidante da RH quando administrada de forma profilática, em relação ao grupo tratamento. A administração da RH profilática determinou ainda redução do crescimento tumoral quando comparada ao grupo controle (pConclusões: A RH apresenta ação na profilaxia do adenocarcinoma de cólon. Os possíveis mecanismos de ação estão relacionados à atividade antioxidante do flavonoide, à diminuição da imunoexpressão de TP53 mutada e à maior expressão de vasoinibina. Assim, ocorre inibição do crescimento do tumor por limitação ao fluxo de nutrientes e oxigênio (mecanismo farmacológico descrito como VTA) e por indução de apoptose. Bibliografia: ARAUJO, M. E. M. B. et al. Enzymatic de-glycosylation of rutin improves its antioxidant and antiproliferative activities. Food Chemistry, v. 141, n.1, p.266-273, 2013.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2651

TÍTULO DO TRABALHO: SIMULADOR DE APENDICECTOMIA ABERTA DE BAIXO CUSTO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOÃO ABNER MARINS MUNHOS; DAVID SMANGOSZEVSKI MARTINS; CARLOS EMANUEL RODRIGUES DE CASTRO; FELIPH MIQUÉIAS ALCÂNTARA DE SOUZA. UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE, RIO BRANCO - AC - BRASIL.

RESUMO:

Introdução: A apendicectomia é uma cirurgia amplamente executada pelo mundo e deve ser treinada cedo nas escolas médicas. O projeto relaciona-se com a criação de um simulador de apendicectomia aberta de baixo custo haja vista que um boneco simulador de apendicectomia ofertado no mercado pode custar muito caro. Em contraste com o preço comercial de bonecos simuladores de cirurgia, o boneco Rogozov foi confeccionado com o custo de apenas R$ 52,47 reais. Objetivo: confecção de um manequim para simulação de cirurgia de apendicectomia aberta de baixo custo, similar aos simuladores ofertados no mercado, para a melhora do ensino de técnicas cirúrgicas na escola médica da Universidade Federal do Acre. Método: O manequim foi feito usando apenas materiais acessíveis e sem pré-requisitos de quaisquer habilidades específicas sendo, dessa forma, sua confecção possível a todos. Um manequim de loja, oco por dentro, foi usado como base para o simulador. A porção interna, vazia, foi usada para alocar as estruturas anatômicas do abdome inerentes à técnica cirurgia da apendicectomia aberta, tais quais: colo ascendente, valva ileocecal, íleo, mesocolon, artéria apendicular e mesoapêndice. A pele do quadrante inferior direito foi simulada por uma tapeçaria que juntamente com duas camadas de espuma formavam a parede abdominal: a primeira camada de espuma, amarela, representou a gordura subcutânea, e a segunda camada de espuma, vermelha, representou a camada muscular. Os intestinos, feitos de panos, foram inteiramente preenchidos por isopor pérola para a representação do conteúdo entérico. As estruturas viscerais abdominais internas foram depositadas em uma caixa alocada dentro do manequim. Em seguida foi revestida por um balão branco, representando o peritônio. O manequim Rogozov foi utilizado em aulas, monitoradas por cirurgiões certificados, e contribuiu grandemente para a educação e entendimento dos estudantes. Resultado: As técnicas cirúrgicas envolvidas, tais como a incisão estrelada de McBurney e invaginação do coto do apêndice, foram alcançadas com sucesso. A simulação com o manequim Rogozov incluiu instrumental cirúrgico adequado, mesa cirúrgica, foco de luz, capotes, luvas e campos cirúrgicos para que toda a dinâmica da cirurgia fosse simulada da maneira mais próxima da realidade. Conclusão: foi possível estabelecer uma experiência consistente no que concerne apendicectomia aberta.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1830

TÍTULO DO TRABALHO: Simulador de ligaduras e anastomose vascular microcirúrgica

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DANIEL BOCZAR LINS SANT`ANA1; DIOGO MACIEL LOBÃO VIEIRA1; VICTOR ARAUJO FELZEMBURGH2; CAMILA SCHLANG CABRAL DA SILVEIRA2; JOSÉ VALBER LIMA MENESES2. 1. FACULDADE DE TECNOLOGIA E CIÊNCIAS, SALVADOR - BA - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, SALVADOR - BA - BRASIL.

RESUMO:

OBJETIVO: Desenvolver um simulador para treinamento de ligaduras e anastomose microcirugica. MÉTODOS: Este projeto contou com bolsa de iniciação científica da pro-reitoria de criação e inovação da Universidade Federal da Bahia no ano de 2016. Algumas etapas foram realizadas para resultar no produto final: 1.Criação de processo para confecção de vasos de silicone (calibres entre 2-5mm) com densidade compatível com agulha cirúrgica 5.0 à 10.0; 2. Inclusão dos vasos numa pele artificial, igualmente de silicone, através de um processo patenteado por este grupo que possibilita a dissecção dos mesmos; 3. Idealização da possibilidade de utilizar o Zoom digital de smartphone como alternativa aos microscópios, possibilitando a difusão do treinamento microcirúrgico. RESULTADOS: O simulador conta com vasos dissecáveis, de diferentes calibres, inseridos numa pele artificial. O treinamento de habilidades microcirúrgicas é possibilitado, em ambientes que não dispõem de microscópio, através da utilização de zoom digital do smartphone. Além disto, possui baixo custo e é passível de reprodução em escala industrial, possibilitando a sua comercialização à valores acessíveis. CONCLUSÃO: O simulador desenvolvido possibilita o treinamento de uma manobra fundamental da técnica operatória que é a hemostasia. Além disto, nos moldes propostos, permitirá a difusão do treinamento de habilidades microcirúrgicas. BIBLIOGRAFIA: 1. Felzemburgh Victor Araujo, Sampaio Haroldo Araújo, Abreu Junior Gilberto Ferreira de, Campos José Humberto Oliveira. Comparison between the traditional and the new training model using rabbits in the assessment. Acta Cir. Bras. [Internet]. 2012 June [cited 2017 Feb 22] ; 27(6): 433-438.2. Batista Danilo Malta, Felzemburgh Victor Araujo, Matos Edirlomar Peixoto. New experimental model for training in videosurgery. Acta Cir. Bras. Internet]. 2012 Oct [cited 2017 Feb 22] ; 27(10): 741-745.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 874

TÍTULO DO TRABALHO: SISTEMA ROBÓTICO PARA URETEROSCOPIA FLEXÍVEL NO TRATAMENTO DE LITÍASE RENAL. DESENVOLVIMENTO E EXPERIÊNCIA LABORATORIAL.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ENRICO FERREIRA MARTINS DE ANDRADE1; CARLO CAMARGO PASSEROTTI1; GILTON CAMBUÍ CASTRO LIMA2; RAPHAEL RODGGER BERGAMIN MORENO2; CAIO PEDROSO DE ANDRADE3; LUÍS FELIPE MAGRI FERREIRA DIAS2; EDUARDO IARED2; GUSTAVO DE ALARCON PINTO1. 1. HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL SANTA VIRGÍNIA, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 3. FACULDADE DE MEDICINA FACERES, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL.

RESUMO:

Introdução:As indicações para ureteroscopia flexível no tratamento de cálculos renais tem aumentado significativamente nos últimos anos, principalmente devido às melhorias e qualidades dos equipamentos endoscópicos. Atualmente, há um aumento considerável de urologistas treinados para realizar este procedimento.No entanto, esta é uma cirurgia longa e extenuante para o médico, resultando em uma alta prevalência de dores e doenças articulares nas mãos e no membros superiores do cirurgião. Portanto, foi desenvolvida uma plataforma robótica de baixo custo, compacta e adaptável ao ureteroscópio flexível, simulando os movimentos da manipulação do endoscópio pelas mãos do cirurgião.Métodos:O protótipo foi desenvolvido em uma plataforma universal para a fixação dos ureteroscópios flexíveis atualmente comercializados. Sendo que, os movimentos: rotação, introdução, flexão e deflexão do ureteroscópio são realizados por motores controlados remotamente. Desta forma, o urologista pode posicionar-se confortavelmente longe do campo cirúrgico, controlando os movimentos do ureteroscópio por um ?joystick?. O protótipo foi idealizado inteiramente por urologistas no Brasil, com orçamento aproximado de dez mil reais.Resultados:Os movimentos do ureteroscópio flexível foram totalmente reproduzidos pelo cirurgião, realizando movimentos delicados e precisos com localização, aproximação e saída do alvo, simulando um cálculo urinário.O custo de desenvolvimento do protótipo foi relativamente baixo em comparação com o modelo já comercializado no mercado internacional. O projeto técnico pôde ser desenvolvido por médicos, sem a necessidade de suporte profissional especializado em eletrônica e robótica.Conclusão:Apresentamos uma plataforma robótica universal para o tratamento de cálculos renais por ureteroscopia flexível. Este mecanismo é compacto em tamanho, em comparação com outros sistemas robóticos, já utilizados internacionalmente; podendo ser facilmente acomodado na sala cirúrgica. Concluímos que esta experiência deve ser aprimorada e encorajada, demonstrando aos médicos brasileiros a possibilidade de propor inovações tecnológicas para o desenvolvimento da medicina.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2375

TÍTULO DO TRABALHO: Terapia Antineoplásica com Hepatoproteção: Mito ou realidade?

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ISADORA MORAES MARCHESI; ISABELLA RAMOS OLIVEIRA ASSUNÇÃO; GUILHERME DI CAMILLO ORFALI; MAYCON GIOVANI SANTANA; ANA YOSHIE KITAGAWA GRIZOTTO; JOSÉ AIRES PEREIRA; PATRICIA DE OLIVEIRA CARVALHO; DENISE GONCALVES PRIOLLI. UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO- USF, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: A terapia do câncer colorretal mais utilizada é a ressecção cirúrgica associada ao tratamento neo e/ou adjuvante, porém os antineoplásicos não poupam as células normais de sua ação, assim exercem diversos efeitos deletérios em órgãos alvo. Alternativamente os flavonoides aparecem como potenciais agentes antiproliferativos desejáveis, uma vez que também demonstraram efeitos protetores em células normais. Objetiva-se avaliar o potencial protetor da rutina hidrolisada em órgãos-alvo, fígado e baço, em modelo de adenocarcinoma de cólon humano. Método: A rutina hidrolisada(RH) foi obtida e avaliada in vitro em relação à atividade antioxidante (DPPH). Após criação do modelo animal de adenocarcinoma de cólon humano/HT-29 os animais foram divididos em grupo profilaxia (recebeu RH antes de ser implantado), controle (não recebeu o flavonoide em nenhum momento) e tratamento (recebeu RH após ser implantado) para realização dos experimentos. Foi avaliada a atividade antitumoral da rutina hidrolisada in vivo, assim como a peroxidação lipídica (TBARS), alteração morfológica (HE) e expressão da TP53 em tumor, fígado e baço. Resultados: Houve diminuição na velocidade de crescimento tumoral. A RH mostrou 35,82% de atividade antioxidante mas não foi capaz de modificar a lipoperoxidação. Não houve alteração da morfologia esplênica. O grupo controle mostrou volume tumoral relacionado à congestão hepática (p Conclusão: A rutina hidrolisada demonstra efeito antitumoral no adenocarcinoma de colón, responsável pela hepatoproteção que não parece mediada por ação antioxidante.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 474

TÍTULO DO TRABALHO: TRATAMENTO DA SEPSE ABDOMINAL COM LEVAMIZOL VS LAVAGEM PERITONEAL EM RATOS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ALDO DA CUNHA MEDEIROS; GABRIELA VIEIRA DA SILVA; MARILIA DANIELA FERREIRA DE CARVALHO; ÍTALO MEDEIROS DE AZEVEDO. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, NATAL - RN - BRASIL.

RESUMO:

OBJETIVO: Como a sepse é uma doença grave, comum, que compromete as defesas imunológicas, foi elaborado o presente protocolo com o objetivo de examinar a ação do imunomodulador levamisol vs. lavagem peritoneal na evolução da sepse por ligadura e punção do ceco, em ratos. MÉTODO: Ratos Wistar pesando 278±25g foram distribuídos em 3 grupos (n=6 cada). Em todos os ratos foi induzida sepse por ligadura e punção do ceco (LPC) sob anestesia com cetamina (70mg/kg) e xilazina (10mg/kg) i.m. Grupo A (controle), tratado com solução salina; Grupo B ? Tratamento com lavagem peritoneal. 24 h após a LPC, 3 lavagens peritoneais com 5 ml de solução salina aquecida (37ºC); Grupo C ? Tratamento com levamisol 10 mg/kg s.c., 3 doses em dias seguidos a partir do dia anterior à LPC. Após 24 hs, re-laparotomia para cultura de líquido peritoneal em meio Cromoclin US, e coleta de sangue para dosagem sérica de TNF?(pg/ml), IL1-?(pg/ml), IL-6(pg/ml) e Proteína-C reativa (mg/dl). Escore clínico foi examinado. Avaliação estatística pelos testes de Kruskal-Wallis seguido do teste de comparações múltiplas de Dunett. Significância pE. Coli ocorreu no grupo C (levamisol), com diferenças significativas comparando com os grupos A e B (p=0,001). As menores dosagens de TNF?, IL1-?, IL-6 e Proteína-C reativa foram observadas nos animais do grupo C-levamisol, (187,8±9; 47±2; 57,5±3; 3,5±1) quando comparados com os grupos A (620±25; 175±7; 138±7; 9,8±0,8) e B (386±45; 87±5; 67±4; 5±0,3) respectivamente (p=0,001). CONCLUSÃO: Os dados permitem concluir que o tratamento com levamisol resultou em melhores resultados clínicos e laboratoriais em ratos com sepse abdominal, quando comparados com lavagem peritoneal e controle.BIBLIOGRAFIA: Mohanty KC, et al. Efficacy of levamisole as an immunomodulator in the treatment of drugresistant tuberculosis. J AssocPhys Ind 2016;64:57-58.Gotts JE, et al. Sepsis: pathophysiology and clinical management. BMJ 2016;353:i1585.Boomer JS, et al. Immunosuppression in patients who die of sepsis and multiple organ failure. JAMA 2011;306:2594-605 .Fu Y, et al. Levamisole promotes murine bone marrow derived dendritic cell activation and drives Th1immune response. Int Immunopharmacol 2016;31:57-65.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1291

TÍTULO DO TRABALHO: USO DE SIMULADORES DE CIRURGIA VIDEOLAPAROSCÓPICA COMO FORMA DE APRENDIZADO E APERFEIÇOMENTO SEGURO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANE CAROLINE ARAUJO BARRETO; ALEXANDRE RICARDO FARRET JUNIOR; GABRIELLE FOPPA RABAIOLI; EMÍLIE VON AHN BIERHALS; ALICE DA COSTA SAALFELD; JULIA TONIETTO PORTO; BRUNA TELLES SCOLA; LUCIANO SILVEIRA EIFLER. ULBRA, CANOAS - RS - BRASIL.

RESUMO:

OBJETIVOOs simuladores de Cirurgia Videolaparoscópica (SCVL) em Realidade Virtual são equipamentos que permitem a criação de ambiente computacional baseado em imagens gráficas 3D geradas em tempo real [1]. Este trabalho descreve a experiência da Liga de Cirurgia/VLP da PUCRS com o uso do simulador de videolaparoscopia LapSim juntamente com uma revisão da literatura sobre a utilização de simuladores em RV no ensino de cirurgia laparoscópica.MÉTODOSFoi realizado uma revisão de literatura com artigos encontrados na plataforma Pubmed através das palavras-chave ?laparoscopic surgery? e ?simulator?, resultando em 58 artigos, dos quais, foram selecionados 4 pelo seu resumo (abstract). Também foi feito a análise de resultados do treinamento de acadêmicos de medicina e médicos residentes com simuladores de Realidade Virtual. Os autores descrevem a experiência na utilização do simulador LapSim por acadêmicos da Liga de Cirurgia e Videocirurgia da PUCRS. RESULTADOSOs SCVL são ferramentas com potencial de complementar os métodos tradicionais de ensino e treinamento em videocirurgia. Diversos estudos descrevem diminuição do tempo na curva de aprendizado, melhora na performance de procedimentos e precisão na determinação do nível de habilidades psicomotoras com o uso de SCVL [2]. Parâmetros como tempo de realização de procedimentos, lesão tecidual, sangramento e posicionamento inadequado de clipes podem ser mensurados e comparados entre grupos através de relatórios ao final de cada atividade de treinamento [2][3]. A curva de aprendizado de cirurgiões em treinamento demonstra rápido crescimento em seções sucessivas de treinamento em comparação com cirurgiões mais experientes [4]. Acadêmicos de Medicina da Liga de Cirurgia e Videocirurgia da PUCRS realizaram cirurgias laparoscópicas simuladas (apendicectomia, colecistectomia, histerectomia) utilizando o simulador LAPSim. As cirurgias foram realizadas com sucesso após repetição sucessivas dos procedimentos.CONCLUSÃOOs SCVL representam instrumentos de grande valia para ensino e treinamento de cirurgiões. Tal ferramenta proporciona maior segurança para o estudante e para o paciente, conquistando um papel fundamental na evolução do processo de ensino-aprendizado na área médica. Embora ainda de custo elevado, tais simuladores estão conquistando um espaço cada vez maior no ensino e construção de currículos na graduação e residência em cirurgia.

CODIGO DO TRABALHO: 722

TÍTULO DO TRABALHO: Verificação da profilaxia farmacológica de tromboembolismo venoso no pós-operatório imediato de pacientes submetidos a cirurgias oncológicas no Hospital Maternidade São José, Colatina-ES

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: KAIO CÉSAR GOMES PESSIM1; ARTHUR OLIVEIRA AGUILAR2; VINÍCIUS TAPIE GUERRA E SILVA2; OCTACILIO PRATA CALIXTO3; LETICIA BORGES LAUTON2; JORGE FELIPE SOUSA MENENGUCI2; LEIS SOARES GUSMÃO JUNIOR2; JOÃO PAULO FERNANDES ALMEIDA2. 1. HOSPITAL MADRE TERESA, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. UNESC, COLATINA - ES - BRASIL; 3. HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO JOSE, COLATINA - ES - BRASIL.

RESUMO:

Resumo: O tromboembolismo venoso (TEV), é a causa de óbito hospitalar evitável mais comum no pós-operatório. Muitos dos fatores de risco para o desenvolvimento de TEV são comuns nos pacientes com câncer (cirurgia, imobilidade, idade avançada). No pós-operatório de pacientes oncológicos, a prevenção de tromboembolismo é uma prioridade ainda maior do que em doentes sem a malignidade.Objetivo: Verificar a realização da profilaxia farmacológica de TEV em pacientes oncológicos no pós-operatório imediato no Hospital Maternidade São José e a sua forma de realizaçãoMétodos: Foi realizado um estudo retrospectivo com 60 pacientes submetidos a cirurgias oncológicas, através do acesso a prontuário eletrônico e prescrições pós-operatórias, com objetivo de verificar a profilaxia farmacológica e aferir fatores de risco adicionais para TEV. Foram avaliados pacientes internados em diferentes especialidades, incluindo cirurgia geral, cirurgia oncológica, ginecologia, urologia, cirurgia vascular, cirurgia plástica, cirurgia de cabeça e pescoço e cirurgia torácicaResultados: Dos 60 pacientes, apenas 17 pacientes (28,3%) foram submetidos à profilaxia, sendo que 9 (15%) foram prescritos imediatamente após o procedimento cirúrgico e 8 (13,3%) receberam profilaxia posteriormente durante o pós-operatório. Apresentaram fatores de risco clínico adicionais para TEV, 19 pacientes (31,6%), e apenas 3 pacientes (5%) apresentaram fatores de risco farmacológicos. Conclusão: Apesar do risco elevado para tromboembolismo venoso no pós-operatório de pacientes oncológicos e da comprovada segurança e eficácia a profilaxia farmacológica para TEV não está sendo utilizada de forma correta.Conclusão: Apesar do risco elevado para tromboembolismo venoso no pós-operatório de pacientes oncológicos e da comprovada segurança e eficácia a profilaxia farmacológica, não está sendo utilizada de forma adequada.Bibliografias:ELYAMANY; ALZAHRANI, Ali Mattar; BUKHARY, Emam. Cancer-Associated Thrombosis: An Overview. Cmo, [s.i.], p.129-137, dez. 2014. LYMAN, G. H. et al. Venous Thromboembolism Prophylaxis and Treatment in Patients With Cancer: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update 2014. Journal Of Clinical Oncology, [s.i.], v. 33, n. 6, p.654-656, 20 jan. 2015. American Society of Clinical Oncology. MALAFAIA, Osvaldo et al. Prevenção do tromboembolismo na cirurgia do câncer do aparelho digestivo. Abcd Arq Bras Cir Dig, São Paulo, Sp, Brasil, v. 222, n. 111, p.216-223, nov. 2012.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2971

TÍTULO DO TRABALHO: Xenotransplante de ilhotas humanas em roedores: revisão de literatura das tendências dos modelos experimentais

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LEANDRO RYUCHI IUAMOTO1; ANDRÉ SILVA FRANCO1; FÁBIO YUJI SUGUITA1; FELIPE FUTEMA ESSU1; LUCAS TORRES OLIVEIRA1; ALBERTO LUIZ MONTEIRO MEYER2; WELLINGTON ANDRAUS2; ELEAZAR CHAIB2; LUIZ AUGUSTO CARNEIRO DALBUQUERQUE2. 1. FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. DEPARTAMENTO DE GASTROENTEROLOGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: O propósito deste estudo é conduzir uma revisão sobre as tentativas experimentais de xenotransplante de ilhotas de humanos para roedores e organizar os parâmetros envolvidos nelas, com o intuito de analisar as tendências do modelo experiemental e viabilidade do procedimento.Métodos: Nesse estudo, revisamos publicações sobre xenotransplantes de ilhotas de humanos para roedores, considerando revisões prévias e estudos experimentais. Resumimos os achados e organizamos os dados relevantes de trabalhos publicados entre janeiro de 2006 até janeiro de 2016. Nosso critério de exclusão foi estudos relacionados a isotransplante, autotransplante e alotransplante, além de artigos que discutiam xenotransplante envolvendo outras espécies. Resultados: Um total de 34 estudos sobre xenotransplantes foram selecionados para revisão, baseados na sua relevância e dados atualizados. Conclusão: Avanços nos estudos que analisam os diferentes sítios de enxerto podem possivelmente superar os desafios da autoimunidade e da rejeição, melhorando a sobrevida do mesmo após o transplante. Esses avanços podem representar uma alterativa para o problema de escassez de doadores de ilhotas para os pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 1.Bibliografia: 1. Wu DC, et al. Ex vivo expanded human regulatory T cells can prolong survival of a human islet allograft in a humanized mouse model. Transplantation. 2013 Oct 27;96(8):707-16.2. Noguchi H, et al. Fresh islets are more effective for islet transplantation than cultured islets. Cell Transplant. 2012;21(2-3):517-23.3. Jacobson S, et al. Alloreactivity but failure to reject human islet transplants by humanized Balb/c/Rag2gc mice. Scand J Immunol. 2010 Feb;71(2):83-90.4. Perez-Basterrechea M, et al. Cooperation by fibroblasts and bone marrow-mesenchymal stem cells to improve pancreatic rat-to-mouse islet xenotransplantation. PLoS One. 2013 Aug 29;8(8):e73526.5. Iuamoto LR, et al. Review of experimental attempts of islet allotransplantation in rodents: Parameters involved and viability of the procedure. World J Gastroenterol. 2014 Oct 7;20(37):13512-13520.6. Luo J, et al. Evaluating insulin secretagogues in a humanized mouse model with functional human islets. Metabolism. 2013 Jan;62(1):90-9.7. Gu Z, et al. Injectable Nano-Network for Glucose-Mediated Insulin Delivery. ACSNano. 2013;7(5):4194-201.8. Noguchi H, et al. Fresh islets are more effective for islet transplantation than cultured islets. Cell Transplant. 2012;21(2-3):517-23.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1244

TÍTULO DO TRABALHO: A eficiência da elastometria hepática e esplênica pelo método ARFI (Acoustic Radiation Force Impulse) em predizer varizes esofágicas nos doentes com hepatopatia crônica.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FELIPE BERTOLLO FERREIRA1; JOEL SCHMILLEVITCH2; ROBERTO GOMES DA SILVA JR1; ANDREA VIEIRA1; MAURICIO ALVES RIBEIRO1; LUIZ ARNALDO SZUTAN1; FABIO GONÇALVES FERREIRA1. 1. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. CENTRO DIAGNÓSTICO SCHMILLEVITCH, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

Introdução: As hepatopatias viral e alcoólica são as etiologias mais comuns para a hipertensão portal (HP), sendo a variz esofágica (VE) a complicação com maior morbimortalidade. No entanto, ainda hoje não dispomos de métodos não invasivos que indiquem a presença de VE, obrigando a realização da endoscopia digestiva alta sempre que se diagnostica hepatopatia crônica.Objetivo: Avaliar a eficiência dos valores da elastometria hepática e esplênica obtida pelo método ARFI (Acoustic Radiation Force Impulse) em predizer varizes esofágicas nos doentes com hepatopatia crônica.Método: Correlacionar os valores médios da elastometria pelo ARFI obtidos no fígado e no baço em 41 pacientes consecutivos do Ambulatório de Hepatologia da Santa Casa de São Paulo com os achados endoscópicos. Foi considerado VE de pior prognóstico aquela com sinais da cor vermelha ou de médio/grosso calibre.Resultados: O estudo das medianas dos valores esplênicos (MVE) evidenciou que a presença de VE foi relacionada com uma média de valores (3,11 ± 0,58 m/s) significativamente (p 3,15 ± 0,504 m/s) ao grupo sem critérios para VE de pior prognóstico (0.05). A descrição de esplenomegalia ao ultrassom (dado não estipulado ou controlado pelo estudo) teve acurácia de 73%, risco 8x maior (p=0,014) e área sob a curva ROC de 0,73 para predizer a existência de VE. As plaquetas indicaram diferenças entre os grupos com e sem VE (pConclusão: A elastografia pelo método ARFI consegue predizer VE através da análises hepáticas e esplênicas. Já para VE de pior prognóstico, apenas as medidas esplênicas foram capazes.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2307

TÍTULO DO TRABALHO: Análise do uso de sorafenibe no Carcinoma hepatocelular ? Experiência de 7 anos.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CAROLINE PETERSEN DA COSTA FERREIRA1; MAURICIO ALVES RIBEIRO2; MARIANNE Y. NAKAI2; ANDREA ZAIDAN DE ALMEIDA BARROS3; EDUARDO RULLO MARANHÃO DIAS4; LUIZ ARNALDO SZUTAN2; FABIO GONÇALVES FERREIRA2. 1. IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO, SAO PAULO - SP - BRASIL; 3. IRMANDANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 4. IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

Introdução:O câncer de fígado é a terceira causa de morte por câncer, sendo que o carcinoma hepatocelular corresponde a 90-95% destes casos. A grande maioria dos doentes apresenta-se, ao diagnóstico, sem possibilidade de tratamento curativo, restando apenas as opções paliativas (quimioembolização e sorafenibe). Há poucos estudos nacionais acerca do sorafenibe.Objetivo: Analisar a sobrevida dos pacientes que tiveram indicação de uso de sorafenibe, sua evolução e efeitos colaterais.Material e métodos: Estudo retrospectivo dos pacientes portadores de CHC avançado que tiveram indicação de utilização de sorafenibe entre novembro de 2009 e julho de 2016. Realizada analise descritiva e sobrevida pelo Kaplan-Meier com o programa SPSS.Resultados: Setenta e nove pacientes foram incluídos neste estudo, com indicação de receber sorafenibe, sendo 59 homens. A média de idade foi de 60,28 anos. Dos 57 pacientes que tomaram a medicação, 36 apresentaram efeitos adversos, sendo diarreia o mais comum (33,33%), seguido por síndrome mão-pé (21,05%). Desses 57 doentes que receberam a medicação, 23 tiveram que suspender posteriormente (14 por progressão da doença e 5 por piora clinica). O tempo médio de uso foi 7,42 meses. Treze doentes (22,80%) receberam a medicação por mais de 12 meses. A média de sobrevida global foi de 12,9 meses para os pacientes que tomaram a medicação e 76,67 dias para quem não chegou a receber a medicação. Através da análise das curvas de sobrevida, estima-se que 50% dos pacientes que tomaram a medicação estarão vivos após 252 dias, enquanto que no grupo dos pacientes que não receberam, 50% estarão vivos por apenas 48 dias (p=0,001). A média de sobrevida dos que tiveram suspensão por piora clinica foi de 334 dias enquanto que os que tiveram suspensão por progressão da doença tiveram uma média de 481,75 dias.Conclusão: O aumento da sobrevida se relacionou com a utilização ou não e o tempo de utilização do sorafenibe. Os efeitos colaterais foram manejados de forma adequada, não havendo suspensão por esse motivo. A suspensão da medicação por progressão da doença deve ter seus critérios revistos em nossa instituição.

CODIGO DO TRABALHO: 2332

TÍTULO DO TRABALHO: Avaliação de pressão portal em doadores de múltiplos órgãos

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: TERCIO GENZINI; NADIA MIE TAIRA; BEATRIZ HARUMI YUDA NAKAGOME; FRANCISCO ANTONIO SERGI FILHO; LEONARDO TOLEDO MOTA; JUAN RAFAEL BRANEZ PAREIRA; BEIMAR EDMUNDO ZEBALLOS SEMPERTEGUI; STEPHANIE MARSCHE LAURIA; REGINA GOMES DOS SANTOS; MARCELO PEROSA DE MIRANDA. HOSPITAL BANDEIRANTES, SAO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

A pressão portal é uma importante avaliação da estrutura do fígado desde que o sistema vascular portal e a drenagem venosa hepática não estejam comprometidos. Sua aferição tem sido utilizada principalmente no diagnóstico diferencial de hepatopatias crônicas e na avaliação de cirrótico com hemorragias digestivas alta, visando monitoramento da terapia farmacológica com beta-bloquadores. Doadores de múltiplos órgãos apresentam sistemas vasculares íntegro e a avaliação do fígado é feita pelos critérios clínicos e bioquímicos dos doadores além da visão macroscópica e palpação realizada pelo cirurgião durante a captação, restando a biópsia hepática como opção em caso de dúvidas. Diversos estudos mostram correlação da histologia com a pressão portal, mas as logísticas são completamente diferentes em favor da pressão portal. Este estudo visa avaliar a pressão portal dos doadores de múltiplos órgãos através de medição direta cateterização da veia portal durante captação de múltiplos órgãos. Material e Método Entre maio de 2013 e fevereiro de 2017, foram realizados 391 captações de fígado para transplante a partir de doadores em morte encefálica . Em 65 (16,6%) foram aferidas medidas de pressão portal . A pressão portal foi medida através de cateterização da veia porta com cânula de perfusão, que foi conectada ao monitor disponível , que monitorava as condições hemodinâmicas do doador, com transdutor posicionado na altura da linha axilar média) , imediatamente antes do clampeamento da aorta e da infusão das soluções de preservação. Resultados Entre os 65 doadores, 38 (59%) eram do sexo masculino e a idade variou de 9 a 76 (média 45,15). O peso variou de 50kg a 110kg (média 74,55) e o IMC de 17,5 a 41,6. A principal causa de morte foi TCE em 22 casos (33,84%). 6 eram diabéticos (9%) e 23 hipertensos (35%). 14 apresentavam histórico de etilismo (21%). ALT variou de 7 a 2134 (média 116), AST de 11 a 4028 (média 168), GGT de 12 a 523 e BT de 0,19 a 3,36 . No momento da medição , a pressão portal variou de 2 a 20 (média 9,3). 25 (38,5%) apresentaram pressão portal acima de 10 mmHg , 4 com IMC >30 e 7 (28%) com história de etilismo. Conclusões 38% dos doadores em morte encefálica apresentavam aumento da pressão portal no momento da captação, 28% dos quais com história de etilismo. 27,7% dos doadores deste grupo apresentavam hipertensão portal mesmo sem histórico de etilismo.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1195

TÍTULO DO TRABALHO: AVALIAÇÃO HISTOLÓGICA E IMUNOHISTOQUÍMICA DA BIPARTIÇÃO DO FÍGADO ASSOCIADO À LIGADURA DA VEIA PORTA NA HEPATECTOMIA EM DOIS ESTÁGIOS (ALPPS) PARA O TRATAMENTO DE TUMORES HEPÁTICOS EM CRIANÇAS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RODRIGO DE OLIVEIRA VERAS; JULIANA DE ARAGÃO LAURINDO; HENRIQUE DE AGUIAR WIEDERKEHR; CAROLINE ARAGÃO DE CARVALHO; LUIZ MARTINS COLLAÇO. FACULDADE EVANGÉLICA DO PARANÁ, CURITIBA - PR - BRASIL.

RESUMO:

INTRODUÇÃO: A ressecção hepática para o tratamento de extensos tumores do fígado pode ser realizada apenas em uma pequena parcela de pacientes, principalmente devido às altas taxas de insuficiência hepática pós-operatória. Dentre as técnicas que visam aumentar a ressecabilidade dos tumores hepáticos, a técnica de ligadura da veia porta associada à bipartição do fígado para hepatectomia em dois estágios (ALPPS) tem sido recentemente disseminada por induzir uma rápida hipertrofia do fígado remanescente, reduzindo significativamente as complicações decorrentes da cirurgia. OBJETIVO: Avaliação da resposta tecidual do fígado ao procedimento cirúrgico ALPPS através da análise histológica do volume hepático remanescente (FLR), quantificação da regeneração hepática por imunohistoquímica do FLR, além de comparação de nossos resultados com outros estudos da literatura. METODOLOGIA: O estudo foi realizado a partir das biópsias obtidas de cada um dos dois tempos cirúrgicos de 5 pacientes submetidos à técnica ALPPS. Foram confeccionadas 10 lâminas coradas pela Hematoxilina-Eosina para realização da análise histológica e 1 lâmina pela técnica de confecção de blocos teciduais multiamostrais, com todas as biópsias dos pacientes, para marcação imunohistoquímica com o PCNA para fazer a quantificação da regeneração hepática. A análise da resposta tecidual ao procedimento foi feita com base no escore METAVIR, que avalia necrose, inflamação e fibrose hepática, e a quantificação da proliferação celular foi feita a partir da contagem dos núcleos em proliferação marcados pelo PCNA em 10 campos de maior aumento (400x), obtidos aleatoriamente. RESULTADOS: Pela análise histológica, foi possível observar uma tendência à diminuição da fibrose hepática (p=0,068) entre os tempos cirúrgicos e não foi observada necrose no segundo tempo cirúrgico. Pela análise imunohistoquímica, observou-se um aumento de 629,4% entre as medianas das quantidades de células em proliferação marcadas pelo PCNA de cada um dos dois tempos cirúrgicos dos pacientes, indicando uma tendência à diferença significativa entre esses valores (p=0,068). CONCLUSÃO: Observa-se uma importante resposta tecidual à técnica ALPPS em crianças, com tendência à diminuição da fibrose hepática, ausência de necrose no segundo tempo cirúrgico e uma expressiva regeneração hepática, superior à encontrada na literatura em estudos realizados com pacientes adultos.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 442

TÍTULO DO TRABALHO: ESTUDO COMPARATIVO ENTRE ALPPS LAPAROSCÓPICO E POR VIA ABERTA. EXPERIÊNCIA INICIAL COM 30 CASOS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCEL AUTRAN CESAR MACHADO1; TIAGO BASSÈRES2; RODRIGO CAÑADA SURJAN1; FABIO FERRARI MAKDISSI1. 1. FMUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL SIRIO LIBANES, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

OBJETIVO: ALPPS (partição hepática associada à ligadura da veia porta em hepatectomia em dois tempos) por laparoscopia foi relatada em relatos individuais, mas tem sido a opção padrão dos autores desde 2015. Estudo comparativo entre os pacientes submetidos a ALPPS por laparoscopia e aqueles por via aberta.MÉTODO: Uma análise retrospectiva foi realizada utilizando-se um banco de dados prospectivo de julho de 2011 a junho de 2016. A factibilidade de ALPPS laparoscópico foi estudada avaliando as conversões. A mortalidade e as complicações foram analisadas utilizando escore de Dindo-Clavien e o índice de complicações. Tempo de operação, perda de sangue, crescimento volumétrico e tempo de internação hospitalar também foram analisados. A estatística CUSUM também foi calculada.RESULTADOS:Não houve mortalidade e nenhuma complicação grau maior ou igual 3A observado em laparoscópica ALPPS. Dentro do grupo de ALPPS aberto, um paciente morreu após o procedimento e 10 de 20 pacientes tiveram complicações grau maior ou igual a 3A (p = 0,006). Não houve insuficiência hepática após ALPPS laparoscópico e dois pacientes submetidos a ALPPS por via aberta desenvolveram complicações que impediram a segunda fase. A permanência no hospital foi menor no grupo de ALPPS laparoscópico.CONCLUSÕES: O ALPPS laparoscópico é viável como procedimento padrão para pacientes com futuro remanescente hepático muito pequeno, e não é inferior à abordagem aberta. O uso da laparoscopia no ALPPS deve ser encorajado a cirurgiões experimentados com laparoscopia complexa.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1229

TÍTULO DO TRABALHO: ESTUDO DA GASTROPATIA HIPERTENSIVA PORTAL POR MEIO DA ULTRASSONOGRAFIA ENDOSCÓPICA COM CONTRASTE

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GEORGE FRED SOARES DE MACÊDO; MAURICIO ALVES RIBEIRO; LUIZ ARNALDO SZUTAN; FABIO GONÇALVES FERREIRA. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

Introdução: A Gastropatia Hipertensiva portal (GHP) é uma alteração da microcirculação da mucosa e submucosa gástricas associada a padrões mucosos identificáveis por endoscopia, responsável por hemorragia digestiva aguda e crônica em pacientes com HP de qualquer etiologia.Objetivo: Estabelecer os padrões de fluxo na mucosa e submucosa de pacientes com HP por hepatite crônica viral com e sem GHP (GHP) através da ultrassonografia endoscópica com contraste.Método: 20 pacientes com HP por hepatite crônica viral, portadores de varizes esofágicas, sem tratamento endoscópico ou cirúrgico prévios e sem uso de propranolol nas últimas quatro semanas, divididos em dois grupos de 10 (grupo 2 - HP com GHP endoscópica e grupo 1 - HP sem GHP endoscópicas), foram submetidos a ultrassonografia endoscópica (UE) com contraste e a endoscopia com biópsias gástricas.Resultados: Houve evidência de fluxo na mucosa e submucosa através da ultrassonografia endoscópica com contrastes em todos os pacientes do grupo 2 (com HP e GHP endoscópica) e somente em um paciente do grupo 1 (com HP sem GHP endoscópica), apresentando sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo, valor preditivo negativo, respectivamente de 100,0%, 90,0%, 90,9%, 100,0%, com significância estatística (pConclusões: A UE com contraste mostra padrões de fluxo distintos para pacientes com HP com e sem GHP endoscópica, sendo presente e intenso nos pacientes com GHP endoscópica (100% dos pacientes) e ausente nos pacientes sem GHP endoscópica (90% dos pacientes).

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2813

TÍTULO DO TRABALHO: Hepatectomia Laparoscópica ? Experiência Inicial de Um Único Grupo

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: NATALIA SARACENI; LEANDRO TRAMA; GIOVANNA RICCIOPPO DIEGUES; FRANCISCO ANTONIO SERGI FILHO; FERNANDA RIBEIRO DANZIERE; GUSTAVO BERGAMASCHI SACCOMAM; MARCELO PEROSA DE MIRANDA; TERCIO GENZINI. HOSPITAL BANDEIRANTES, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

Introdução: A primeira ressecção hepática documentada no ocidente foi realizada em 1890 por McLane Tiffany no Hospital Johns Hopkins nos EUA. Quase 100 anos se passaram para que o desenvolvimento técnico-cirúrgico , anestésico e tecnológico tornassem este procedimento seguro, sendo por muitos cirurgiões abdominais considerado a última fronteira a ser conquistada. Entretanto, o rápido desenvolvimento da laparoscopia e os novos recursos desenvolvidos a cada ano, tornaram a transição da cirurgia aberta para laparoscópica mais segura e suas indicações se ampliaram e tornaram-se cada vez mais aceitas. Objetivo: análise das primeiras 35 hepatectomias laparoscópicas realizadas por cirurgiões de um único grupo. Material e Métodos: análise retrospectiva de prontuários de 35 pacientes submetidos à hepatectomias (ressecção de pelo menos 2 segmentos hepáticos), no Período de 2011 a 2016. Foram excluídas nodulectomias, tumorectomias, biópsias incisionais, ressecções de cistos e segmentectomias de apenas 1 segmento. Resultados: Houve crescimento das indicações ao longo do tempo, sendo realizados 2 casos em 2011 e 12 casos em 2016. As principais doenças que levaram à ressecção foram adenoma, hemangioma, hiperplasia nodular focal, cistoadenoma mucinoso, litíase intra-hepática, hiperplasia linfóide, carcinoma hepatocelular, metástase colorretal, colangiocarcinoma, adenocarcinoma de vesícula biliar e as cirurgias realizadas foram Hepatectomia puramente laparoscópica, Vídeo assistida (Hand Assisted) ou Híbrida. O tempo cirúrgico médio foi de 270 minutos e o sangramento estimado foi de 391ml, sendo realizadas transfusões em 7 casos (20%). Utilizou-se manobra de Pringle em 7 casos, grampeadores em 24 casos e bisturi harmônico em 30 casos. A cola biológica foi empregada em 16 casos. O tempo de internação médio foi de 5,1 dias e não houve mortalidade perioperatória até 30º PO. 7 pacientes eram cirróticos e a taxa de conversão foi de 20%. Conclusão: A hepatectomia laparoscópica é um procedimento seguro e eficaz no tratamento de tumores hepáticos, cujas indicações estão se expandindo com resultados promissores.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 443

TÍTULO DO TRABALHO: HEPATECTOMIA LAPAROSCÓPICA COM ACESSO GLISSONIANO: ANÁLISE DE 7 ANOS DE EXPERIÊNCIA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCEL AUTRAN CESAR MACHADO1; TIAGO BASSÈRES2; RODRIGO CAÑADA SURJAN1; FABIO FERRARI MAKDISSI1. 1. FMUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL SIRIO LIBANES, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

OBJETIVO: A abordagem laparoscópica padrão para ressecção anatômica do fígado é a dissecção dos elementos do pedículo Glissoniano abaixo da placa hilar. Em contraste, a abordagem Glissoniana identifica os pedículos intra-hepáticos por pinçamento. Foram levantadas preocupações quanto à segurança da abordagem Glissoniana na cirurgia laparoscópica do fígado. O estudo foi realizado para examinar os 7 anos iniciais de experiência em um único centro no que diz respeito à segurança e eficácia. Este estudo compara a abordagem Glissoniana com a abordagem padrão para ressecção hepática laparoscópica em termos de segurança e eficácia.MÉTODOS:Todos os pacientes consecutivos submetidos a ressecções laparoscópicas do fígado de abril de 2007 a abril de 2014 em um único centro de referência para tumores hepáticos foram incluídos. Foi realizada uma comparação observacional entre as ressecções hepáticas laparoscópicas usando técnica Glissoniana e a padrão realizadas pela mesma equipe, mas em diferentes épocas. O desfecho primário foi a segurança dos procedimentos. Os desfechos secundários foram parâmetros de eficácia cirúrgica, tais como tempo de operação, perda de sangue, transfusão de sangue, índice de conversão, duração da hospitalização e margem patológica da amostra.RESULTADOS: Entre 2007 e 2014, foram realizadas 234 ressecções laparoscópicas em nossa instituição, 120 utilizando a abordagem convencional e 114 utilizando a abordagem Glissoniana. Não houve diferença na idade, sexo, tipos de tumores ou co-morbidades entre os grupos. O número de resecções hepáticas maiores foi superior no grupo Glissoniano, porém houve menos complicações no grupo Glissoniano em comparação com o grupo padrão (p

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2255

TÍTULO DO TRABALHO: Hepatectomia por metástases colorretais: casos operados entre 2005 e 2015

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PHILLIPE GERALDO T. DE ABREU REIS1; FLAVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASICH1; FERNANDO H. O. MAURO1; GERARDO CRISTINO GAVARRETE VALLADARES1; CAROLINE LOUISE BALCEWICZ DAL BOSCO2; CARLOS ARAI FILHO2; THATIANE LITENSKI2; GABRIELLA EDUARDA JACOMEL3. 1. HOSPITAL ERASTO GAERTNER, CURITIBA - PR - BRASIL; 2. UP, CURITIBA - PR - BRASIL; 3. PUC-PR, CURITIBA - PR - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: Apresentar dados coletados referentes aos pacientes submetidos a hepatectomia por metástases de câncer colorretal entre 2005 e 2015. Estudar as características epidemiológicas tentando os fatores de risco para a doença e para o resultado do tratamento. Métodos: Os dados foram coletados do prontuário médico junto ao Serviço de Arquivo Médico. A ficha utilizada é baseada no formato padrão do Instituto Nacional do Câncer. As frequências absolutas e relativas foram geradas a partir do sistema SISRHC e tabuladas através do Sistema EpiInfo, versão 7.1. A taxa de sobrevida foi calculada pelo método de Kaplan-Meier. Resultados: Foram realizadas 61 hepatectomias, sendo 57,4% de mulheres. 45,2% dos pacientes apresentaram histórico de tabagismo e 15,3% de etilismo. 19,5% apresentaram histórico familiar de câncer colorretal. 95,5% dos pacientes apresentaram PS 1 e 2, e 84,6% risco pulmonar grau 1 e 2. 96,6%. O tipo histológico mais frequente foi o adenocarcinoma em 96,6% dos casos. 29,5% dos pacientes apresentavam metastases sincrônicas. 75,4% dos pacientes apresentavam tumores de reto e sigmoide. Em 77% dos pacientes a hepatectomia foi realizada em menos de 3 segmentos de Couinaud, sendo em 58,6% metástases únicas. Somente 19,7% realizaram quimioterapia pre-hepatectomia. Em 14,8% dos pacientes, foi realizada re-hepatectomia. Em 27,9% dos pacientes foi realizada hepatectomia não regrada para metastasectomia. Em 11,4% dos casos ocorreram complicações transoperatórias graves com sangramento e lesão vascular. 18% dos pacientes apresentaram algum tipo de complicação pós-operatória graus 2 e 3 de Clavien-Dindo, sendo que 45% necessitaram reoperação. 24,6% dos pacientes atingiram remissão em 6 meses, sendo que 62,5% apresentaram progressão da doença. A sobrevida global em 5 anos foi de 64%. Conclusão: Hepatectomias por metástases de câncer colorretal apresentam alto índice de complicação cirúrgica devido à complexidade do procedimento, entretanto possibilitam atingir remissão de doença metastática avançada em pacientes antes considerados incuráveis.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2251

TÍTULO DO TRABALHO: Hepatectomia por metastases não colorretais: casos operados entre 2005 e 2015

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PHILLIPE GERALDO T. DE ABREU REIS1; FLAVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASICH1; GIOVANNI ZENEDIN TARGA1; MURILO DE ALMEIDA LUZ1; ANA LUISA BETTEGA2; DANIELA THAIS LORENZI2; LARÍSSA RASO HAMMES2; FERNANDA STAUB RODRIGUES2. 1. HOSPITAL ERASTO GAERTNER, CURITIBA - PR - BRASIL; 2. UFPR, CURITIBA - PR - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: Apresentar os dados coletados referentes aos pacientes submetidos a hepatectomia por metástases de câncer nao colorretal entre 2005 e 2015. Estudar as características epidemiológicas tentando definir quais os fatores de risco para a doença assim como para o resultado do seu tratamento. Métodos: Os dados foram coletados diretamente do prontuário médico junto ao Serviço de Arquivo Médico. A ficha utilizada é baseada no formato padrão do Instituto Nacional do Câncer. As freqüências absolutas e relativas foram geradas a partir do sistema SISRHC e tabuladas através do Sistema EpiInfo, versão 7.1. A taxa de sobrevida foi calculada pelo método de Kaplan-Meier. Resultados: Foram realizadas 33 hepatectomias, sendo 57,6% de mulheres. 41,3% dos pacientes apresentaram historico de tabagismo e 22,2% de etilismo. 20,8% dos pacientes apresentaram historico familiar de cancer. 88,8% dos pacientes apresentaram PS 1 e 2. A localizacao do tumor primario foi muito variavel entre os casos (mama, ovario, GIST, estomago, etc). Em 87,9% dos pacientes a hepatectomia foi realizada em menos de 3 segmentos de Couinaud, sendo em 63,6% metastases unicas. Somente 2 pacientes realizaram quimioterapia pre-hepatectomia. Em 6,1% dos pacientes, foi realizada re-hepatectomia. Em 6,1% dos pacientes foi realizada hepatectomia nao regrada para metastasectomia. Em 9% dos casos ocorreram complicacoes transoperatorias graves com sangramento e lesao vascular. 15,1% dos pacientes apresentaram algum tipo de complicacao pos-operatoria graus 2 e 3 de Clavien-Dindo, sendo que 67% necessitaram reoperacao. 39% dos pacientes atingiram remissao em 6 meses, sendo que 27,7% apresentaram progressao da doenca. 60,6% dos pacientes estavam vivos apos 5 anos. Conclusão: Hepatectomias por metastases de cancer nao colorretal apresentam alto indice de complicacao cirurgica devido a complexidade do procedimento, entretanto possibilitam atingir remissao de doenca metastatica avancada em pacientes antes considerados incuraveis. Um pequeno numero de pacientes evoluiu com progressao da doenca.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 3002

TÍTULO DO TRABALHO: HIPERTENSÃO PORTAL ESQUISTOSSOMÓTICA - CONDUTA CONSERVADORA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: VALDINALDO ARAGAO DE MELO1; MAYRA SOUZA CHAGAS2; ANNA MARIA FONSECA ALBUQUERQUE2; LEOMARQUES ACIOLE BOMFIM JÚNIOR3; FLÁVIA BAPTISTA DE ALMEIDA FARO4; LUSEITON DOS SANTOS SILVA5; JONATHA MAURÍLIO LEITE SALES5; DIEGO CARVALHO MACIEL6. 1. CBC - UFS - UNIT, ARACAJU - SE - BRASIL; 2. UFS, ARACAJU - SE - BRASIL; 3. UNIT, ARACAJU - SE - BRASIL; 4. UNIVERSIDADE TIRADENTESQ, ARACAJU - SE - BRASIL; 5. UNIVERSIDADE TIRADENTES, ARACAJU - SE - BRASIL; 6. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE, ARACAJU - SE - BRASIL.

RESUMO:

INTRODUÇÃO - A cirurgia de hipertensão portal esquistossomótica sempre foi o tratamento mais indicado para o controle da hemorragia digestiva por varizes esôfago-gástricas e cura do hipereplenismo. A evolução da endoscopia digestiva com erradicação das varizes do esôfago tem mudado esta conduta.OBJETIVO - Avaliar os resultados tardios do tratamento conservador para a hipertensão portal esquistossomótica. METODOLOGIA - Estudo prospectivo, realizado no Hospital Universitário da UFS. Casuística - 21 pacientes portadores de hipertensão portal esquistossomótica foram submetidos a erradicação de varizes de esôfago através ligadura elástica por endoscopia digestiva e foram acompanhados durante o período de 6 anos. todos tinham contagem de plaquetas superior a 50000 e não tinham indicação de esplenectomia. A análise dos dados foi descritiva. RESULTADOS- Dos 21 pacientes acompanhados, 10 (47,6%) tiveram sangramento digestivo prévio. Necessitaram de 8 sessões para erradicação das varizes e um tempo médio de 1,2 anos. A taxa de recidiva foi de 9,5%. Estes casos foram submetidos a novas sessões até a erradicação. Não houve alteração na contagem das plaquetas. CONCLUSÕES - A erradicação de varizes em pacientes que não apresentam hiperesplenismo permite a realização de tratamento não cirúrgico. A taxa de recidiva das varizes é baixa.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 786

TÍTULO DO TRABALHO: O efeito do Extrato Aquoso do Peumus boldus sobre a proliferação dos hepatócitos e função hepática em ratos submetidos à hepatectomia alargada

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANA GALRÃO DE ALMEIDA FIGUEIREDO; MARIA BERNADETE GALRÃO DE ALMEIDA FIGUEIREDO; ERICK SOBRAL PORTO; RAFAEL SILVA SANTOS; LARA GABRIELLA DULTRA SALES; DANILO XAVIER AZEVEDO; IVISON XAVIER DUARTE; SONIA OLIVEIRA LIMA. UNIVERSIDADE TIRADENTES, ARACAJU - SE - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo:O tecido hepático sofre agressões que podem necessitar de tratamento cirúrgico, como ressecções alargadas. O presente estudo visa avaliar o efeito do extrato do Peumus boldus na proliferação dos hepatócitos e mortalidade, após hepatectomias alargadas em ratos.Métodos:45 ratos foram divididos nos grupos: Sham, HP70, HP80, HP70/100 e HP80/100. O grupo Sham foi submetido, na primeira laparotomia, à manipulação do fígado e os grupos HP70 e HP80, a hepatectomias parciais de 70 e 80%, respectivamente. Os grupos HP70/100 e HP80/100 foram tratados, com 100mg/Kg de EAPB (extrato aquoso de Peumus boldus), uma vez ao dia, por via oral, 4 dias antes do primeiro procedimento. Sham e HP foram tratados com água destilada por via oral, em regime semelhante ao dos grupos teste. Após 24 horas foi realizada a segunda laparotomia para a retirada dos fígados do grupo Sham e dos fígados remanescentes dos grupos HP para o estudo da proliferação de hepatócitos, através da imunohistoquímica Ki67. O percentual de sobrevivência ao primeiro ato cirúrgico foi apurado. Características dos grupos foram analisadas por Qui-Quadrado e Student t-Test e dados não gaussianos utilizaram o teste de Mann-Whitney. Significância estatística foi definida como p Resultados:Todos os animais do grupo HP80 foram a óbito, enquanto os do grupo HP80/100 tiveram sobrevida média de 50%. Na análise imunohistoquímica, houve significância na proliferação dos hepatócitos do grupo HP70/100 quando comparados ao HP70.Conclusão:A administração aguda do EAPB reduziu a mortalidade dos animais do grupo HP80/100, com resposta positiva ao estímulo de proliferação dos hepatócitos. Por fim, notou-se significância na regeneração hepática do grupo HP70/100.Bibliografia:ALMEIDA, E.R. Toxicological evaluation of hydro-alcohol extract of dry leaves of Peumus boldus and boldine in rats phytotherapy research, v. 14, n. 2, p. 99-102, 2013; WEI W., et al. Rodent models and imaging techniques to study liver regeneration. Eur Surg Res. v. 54, n. 3-4, p. 97-113,2015; LIMA S.O., et al. Proliferative effect of aqueous extract of hyptis fructicosa on liver regeneration after partial hepatectomy in rats Acta Cir Bras., v. 27, n. 1, p. 71-75, 2012; MORTENSEN K.E.; REVHAUG A. Liver regeneration in surgical animal models - a historical perspective and clinical implications. Eur. Surg. Res., v. 46, n. 1, p.1-18, 2011; HUCH M. Regenerative biology. The versatile and plastic liver Nature, v. 517, p.155-156, Jan, 2015;

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1337

TÍTULO DO TRABALHO: PROTOTIPAGEM RÁPIDA COMO ADJUVANTE PARA PLANEJAMENTO CIRÚRGICO EM TRANSPLANTE HEPÁTICO INTERVIVOS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RODRIGO DE OLIVEIRA VERAS1; CAROLINE ARAGÃO DE CARVALHO1; HENRIQUE DE AGUIAR WIEDERKEHR1; KASSIA FERNANDA CORDOVA1; BARBARA DE AGUIAR WIEDERKEHR2; JOSÉ AGUIOMAR FOGGIATTO3; JULIO CESAR WIEDERKEHR4. 1. FACULDADE EVANGÉLICA DO PARANÁ, CURITIBA - PR - BRASIL; 2. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO DE CURITIBA, CURITIBA - PR - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE TECNOLÓGICA FEDERAL DO PARANÁ, CURITIBA - PR - BRASIL; 4. HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE, CURITIBA - PR - BRASIL.

RESUMO:

INTRODUÇÃO: Desde o primeiro transplante hepático, relatam-se dificuldades em se adaptar o tamanho do enxerto ao doador, especialmente nos casos pediátricos, contribuindo ainda mais para que este procedimento seja tecnicamente difícil e desafiador. Essa condição posteriormente fora denominada de ?large-for-size syndrome? e ?small-for-size syndrome? ,e é associada a uma gama de complicações cirúrgicas vasculares e processos infecciosos. Para evitar essas condições, cirurgiões de transplante deve adequar o tamanho do enxerto. OBJETIVOS: Criar um modelo 3D através de prototipagem rápida objetivando auxiliar no planejamento cirúrgico do transplante hepático. MÉTODOS: A partir de tomografias de abdome obtida dentre o banco de imagens do Hospital Pequeno Príncipe, foram selecionados 04 pacientes cujo segmento hepático iria ser utilizado no transplante de fígado pediátrico intervivos. Estas imagens, geradas automaticamente no formato DICOM, foram repassadas ao Núcleo de Prototipagem Rápida e Ferramental da Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR) que, por meio de dois programas, a saber Invesalius e CATIA, converteram em um formato passível à impressão tridimensional (STL).Em seguida, os modelos do segmentos a serem implantados nos receptores foram impressos por uma impressora especializada Depois, a comparação fora feita entre os protótipos e as imagens tomográficas. RESULTADOS: Os modelos 3D dos enxertos foram impressos em um tempo médio de 9 horas e 45 minutos, com uma diferença de em média 0,55 mm e com um custo aproximado de 390 reais por protótipo. CONCLUSÕES: Embora é precipitado para atestar a plena utilidade da impressão 3D no transplante de fígado, pode se perceber que esta apresenta grande potencial para ser uma ferramenta auxiliar no panejamento pré-operatório com uma boa relação custo-benefício.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 3117

TÍTULO DO TRABALHO: Ressecção hepática nas metástases não-colorretais e não-neuroendócrinas: avaliação prognóstica

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: EDUARDO RULLO MARANHÃO DIAS1; MAURICIO ALVES RIBEIRO2; ANA LUIZA MANDETTA PETTENGILL1; ANDRE SOARES GALLO1; CAROLINE PETERSEN DA COSTA FERREIRA1; ANDREA ZAIDAN DE ALMEIDA BARROS1; FABIO GONÇALVES FERREIRA2; LUIZ ARNALDO SZUTAN2. 1. IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

O tratamento das metástases colorretais e neuroendócrinas (MCNE) está bem estabelecido. Avanços nos resultados cirúrgicos, anestésicos, nos cuidados pós-operatórios e na quimioterapia tem contribuído para que a ressecção hepática devido a metástases de outros sítios sejam também indicadas.René Adam et al. analisaram 1452 casos de metástases não-colorretais e não-neuroendócrinas (MNCNNE) e elaboraram um modelo prognóstico para selecionar os doentes, buscando atingir resultados de sobrevida em cinco anos semelhantes às MCNE. O modelo prognóstico se baseia em 6 variáveis, pontuadas, que incluem: hepatectomia maior ou menor, ressecção completa ou não, metástase extra-hepática, idade, tempo livre de doença entre o tratamento do tumor primário e o surgimento da metástase hepática e localização do tumor primário. No estudo, pacientes com 0 a 3 pontos apresentaram sobrevida em 5 anos maior que 30%; com 4 a 6 pontos, 10 a 30% e aqueles com mais de 6 pontos, menor que 10%.O objetivo deste trabalho é comparar os resultados de sobrevida dos pacientes submetidos à ressecção de MNCNNE com os resultados da literatura.Aplicamos o índice prognóstico em um grupo de pacientes submetidos a hepatectomias de MNCNNE da nossa instituição. Foram analisados treze pacientes, com predomínio do sexo feminino (53%). A média de idade foi de 56,4 anos (30-71 anos), sendo 69% na faixa etária dos 30 a 60 anos. O tempo médio de acompanhamento foi de 4,8 anos. Os pacientes foram divididos em 3 grupos conforme o modelo prognóstico de René Adam et al: 0 a 3 (grupo 1), 4 a 6 (grupo 2) e maior que 6 pontos (grupo 3). Foi feita análise da sobrevida de cada grupo.A sobrevida global em 1 ano foi de 63% e em 5 anos, de 27%. A sobrevida em 1 ano de cada grupo (1, 2 e 3) foi, respectivamente, de 100%, 66% e 0%. A sobrevida em 5 anos desses mesmos grupos foi, respectivamente, de 100%, 22% e 0%.O trabalho evidencia boa correlação entre o índice prognóstico e a sobrevida de nossos doentes, não sendo possível, entretanto, devido ao pequeno número de casos, correlacionar os dados estatisticamente. De fato, consideramos que há uma perspectiva semelhante à experiência relatada na literatura colaborando para a melhora na qualidade de vida e sobrevida de nossos pacientes.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 988

TÍTULO DO TRABALHO: Transplante hepático: experiência inicial

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: EDUARDO NACUR SILVA1; MARYANA NEVES DE SOUZA2; GUSTAVO MIRANDA MARTINS1; FERNANDO CESAR FERREIRA CALISTRO1; DANIELA MONÇÃO CHAVES1; ANA PAULA MOREIRA1; DANIEL ADONAI MACHADO CALDEIRA1; ANDRE LUÍS DE CARVALHO NOGUEIRA1. 1. SANTA CASA DE BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. SANTA CASA DE BELO HORIZONTE., BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: Apresentar os resultados iniciais de um serviço de transplante hepático. Método: Análise retrospectiva dos primeiros 10 transplantes de fígado durante o período de março de 2016 a janeiro de 2017, enfatizando dados epidemiológicos e complicações pós operatórias. Os transplantes foram realizados com doador cadáver. Todos os receptores apresentavam doença hepática avançada e foram classificados com MELD maior que 15, sendo dois casos de hepatite fulminante. A técnica utilizada foi a de piggyback evitando a circulação extracorpórea. Todos os pacientes foram transferidos para o centro de terapia intensiva (CTI) no pós operatório imediato e protocolo de extubação precoce foi implementado. Resultados: A idade média dos pacientes foi de 36,7 anos (17-60anos) sendo duas mulheres e oito homens. A média do escore de MELD foi de 24,8 (18-41). As indicações para o transplante variaram de: doenças autoimunes (40%) como colangite esclerosante primária e hepatite autoimune; um caso de cirrose por deficiência de alfa 1 antitripsina; um caso de cirrose por esteatose hepática não alcóolica; um caso de hemocromatose; dois casos de cirrose por vírus B e dois de hepatite fulminante. O tempo de internação hospitalar variou de um dia a 48 dias, tendo a média de 24,8 dias e o tempo de internação em CTI teve sua média de 11,9 dias (3-39). O tempo de isquemia fria em média foi de 6,3 horas. A principal complicação foi de sangramento pós operatório sendo a maioria acompanhada com tratamento clínico e apenas dois casos necessitando de reoperação. A taxa de sobrevida foi de 80% constatando dois óbitos. Um caso por ruptura de um aneurisma em artéria esplênica e outro por complicações vasculares. Conclusão: uma combinação de avanços na técnica cirúrgica, cuidados pós operatórios intensivos, seleção de receptores e imunossupressores mais específicos vem proporcionando maiores e melhores taxas de sobrevida pós cirúrgica, sendo possível bons resultados no início de um programa de transplante de fígado.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2412

TÍTULO DO TRABALHO: EXPERIÊNCIA OPERATÓRIA DOS RESIDENTES DO PROGRAMA DE CIRURGIA GERAL DO HOSPITAL ALBERT EINSTEIN

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LORRAINE CRISTINA PASSOS MARTINS; MILTON STEINMAN; GUSTAVO FERNANDES DE ALVARENGA; CAMILA ALOISE CRUZ; FELIPE MARTIN BIANCO ROSSI; PAULO MARCOS LONGUINI MAZILI. HOSPITAL ALBERT EINSTEIN, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

ObjetivoRelatar o número de procedimentos cirúrgicos assistidos pelos residentes de Cirurgia Geral do Hospital Albert Einstein ao longo de 11 meses do programa.MétodosColeta de dados, a partir de formulário eletrônico utilizado para registro dos procedimentos, com descritores como tipo de procedimento, posição do residente na cirurgia (cirurgião principal, 1º ou 2º auxiliar, instrumentador e observador), estágio vigente e assistente responsável, no período entre 01 de Março de 2016 a 31 de Janeiro de 2017.ResultadosOs residentes acompanharam um total de 1.426 cirurgias no período analisado, considerando todas as categorias. Destas, 932 foram acompanhadas na categoria de Cirurgião principal/Primeiro auxiliar. Realizaram 218 cirurgias por via laparoscópica e 714 por via convencional. No mesmo período, realizaram 265 cirurgias em serviços de urgência e 667 eletivas. Cada residente do primeiro ano realizou em média 203 procedimentos como cirurgião principal/primeiro auxiliar e os residentes do segundo ano realizaram em média 133 cirurgias na mesma categoria, sendo maior o número de cirurgias eletivas e laparoscópicas em relação aos residentes do primeiro ano. Os residentes acompanharam 22 cirurgias Robótica no período na categoria de observador.DiscussãoOs números de procedimentos realizados por residente em nosso serviço foi compatível com a literatura estrangeira. Observamos ainda em nossos dados que as cirurgias eletivas e laparoscópicas, foram em sua maior parte realizadas pelos residentes do segundo ano, o que pode estar diretamente relacionado ao ganho de habilidade e segurança destes residentes após o primeiro ano de residência.ConclusãoO uso de ferramentas para o registro de procedimentos realizados pelos residentes de cirurgia geral poderia fornecer informações interessantes, principalmente relacionada a análise da atual situação do treinamento dos residentes de Cirurgia Geral em nosso país. Devem ser desenvolvidos métodos para permitir que os cirurgiões atinjam um bom nível de competência em procedimentos comuns e frequentes ao Cirurgião Geral. Ressaltamos a necessidade da repetição exaustiva e supervisionada a fim de garantir necessidade de determinar objetivamente se os residentes estão realmente conseguindo competência básica nessas operações. A divulgação desses dados pelos diversos serviços, públicos ou privados, tornaria possível estabelecer padrões cirúrgicos mensuráveis na prática dos residentes.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2602

TÍTULO DO TRABALHO: HIPERIDROSE REFLEXA: incidência, nível cirúrgico abordado e qualidade de vida após simpatectomia por termo-ablação

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CARLA GABRIELA MELO VIEIRA1; EDSON ANTONACCI JR.2. 1. CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATOS DE MINAS, PATOS DE MINAS - MG - BRASIL; 2. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS, PATOS DE MINAS - MG - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: Analisar o desenvolvimento de hiperidrose compensatória/reflexa em pacientes operados por simpatectomia na cidade de Patos de Minas, correlacionando-a ao gânglio abordado, bem como à qualidade de vida e grau de satisfação pós-operatórias destes. Método: A prática deste trabalho deu-se de acordo com as recomendações da Declaração de Helsinque e da Resolução no 196/96 do Ministério da Saúde. Foram avaliados 68 pacientes submetidos a tratamento cirúrgico de hiperidrose primária em dois hospitais do serviço particular de Patos de Minas, de janeiro de 2013 a setembro de 2016. Por meio da análise sistemática de prontuários fez-se contato telefônico e aplicação de questionário auto-aplicado idealizado pelos autores e dotado de questões (12) acerca de situações da vida social e pessoal antes e após a operação, potencialmente enquadradas às variáveis ?muito ruim/mal?, ?ruim/mal?, ?indiferente?, ?boa/bem?, ?muito boa/bem?, bem como dados pessoais pertinentes à investigação, como elementos antropométricos, sexo e faixa etária. O estudo das informações recorreu ao programa Statistical Package for the Social Sciences 17 (SPSS 17). Resultados: Dos contatados, 52,9% são mulheres e 47,1% são homens. A maior parte dos procedimentos foi realizada nos anos de 2014 e 2015 (29,6% e 33,8%, respectivamente). A idade média dos pacientes operados foi de 28,12 anos. Os locais mais acometidos por hiperidrose primária foram axilas e mãos, em 73,5% e 34,8% dos casos, respectivamente. Examinou-se uma porcentagem de hiperidrose reflexa ou compensatória igual a 88,2% dos pacientes de forma moderada em 41,7% das vezes. Contradiz-se,com a cirurgia mais eleita, e conservadora (T3 e T4), denotando o caráter complexo e desconhecido da fisiologia dessa forma de hiperidrose. Os sítios mais acometidos pela forma compensatória são costas (33%), o abdome (22%) e as coxas (16,5%). A principal motivação para o procedimento foi o incômodo. A bromidrose foi estimada em 41,2% dos entrevistados. 46,3% vê-se satisfeitos, seguidos pelos pacientes ?muito satisfeitos? (39%). Conclusões: cabe ao contexto o incentivo à pesquisa, sobretudo em serviços de grande monta, e reprodução de números expressivos, respeitando a boa prática da Medicina Baseada em Evidências no Brasil. FURIAN, Marcos Bessa. Complicações da simpatectomia. 2015. KANG, D. W. W. et al. Diretrizes para a Prevenção, Diagnóstico e Manejo da Hiperidrose Compensatória. 2015

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 3010

TÍTULO DO TRABALHO: IMPLANTE DE POLIMETILMETACRILATO NO TRATAMENTO DA LIPODISTROFIA FACIAL EM PACIENTES HIV: IMPACTO ESTÉTICO E IMUNOLÓGICO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FERNANDA MARSICO DO COUTO TEIXEIRA1; LUISA RODRIGUES POLESE FREITAS1; EDUARDO COSTA TEIXEIRA1; MARCUS VINICIUS DA SILVA COIMBRA FILHO2; FLÁVIO MARQUES DE CARVALHO2; EDGAR MARTIN ROSARIO ABREU2. 1. HOSPITAL UNIVERSITARIO GAFFREE GUINLE, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; 2. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFREE GUINLE, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:

Introdução: Pacientes infectados pelo vírus da imunodeficiência humana durante o tratamento antirretroviral tem como efeito adverso a síndrome lipodistrófica. Quando sem correção, esta condição pode levar a estigmatização e a má adesão ao tratamento. Os efeitos colaterais do uso de duas classes de medicamentos antirretrovirais representaram regresso da estigmatização dos pacientes. Em 2004, o Ministério da Saúde preconizou o tratamento de pessoas convivendo com o HIV e lipodistrofia através do uso do polimetilmetacrilato (PMMA). O preenchimento da atrofia facial pelo PMMA carece de estudos clínicos nesta população. Este estudo tem como objetivo dar continuidade ao trabalho desenvolvido no Hospital Universitário Gaffreé e Guinle, no qual foi avaliado a melhoria da lipodistrofia associada ao estado psicossocial do paciente pelo uso do PMMA em imunocomprometios, agora acrescentando um novo parâmetro: a análise da imunocompetência antes e após o procedimento.Metodologia: Foi realizado um ensaio clínico não controlado, com 15 pacientes, no período de outubro de 2015 a abril de 2016, visando avaliar a técnica empregada, a segurança do procedimento e seus benefícios estéticos e possíveis benefícios imunológicos. A satisfação dos pacientes foi avaliada de acordo com dois questionários. Para a análise da técnica, foi aplicado o Índice de Lipoatrofia Facial e a análise estatística dos parâmetros imunológicos foi realizada utilizando os programas Epi Info 7® e SPSS 17.0®.Resultados: Antes do procedimento o valor médio encontrado foi de 9,55 + 3,14. Após a realização das sessões de preenchimento com o PMMA, a média foi de 5,74 + 2,57, mostrando melhora importante da lipoatrofia facial (pConclusão: Tanto a literatura como o presente estudo demonstraram que o preenchimento de face com o PMMA na concentração de 10% é viável, segura e com baixos índices de complicações, demonstrando efeitos psicossociais importantes para a qualidade de vida dos indivíduos submetidos ao tratamento.A análise imunológica comparativa antes e depois do preenchimento mantém-se inconclusiva, sendo necessário um estudo com amostra maior.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2157

TÍTULO DO TRABALHO: Níveis de estresse entre médicos especialistas são menores do que todas as outras etapas da carreira médica

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PHILLIPE GERALDO T. DE ABREU REIS1; ADONIS NASR2; FLAVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASICH3; IWAN AUGUSTO COLLACO2; BRUNA ARCOVERDE ABBOTT4; JEAN RAITZ NOVAIS4; JESSICA ROMANELLI AMORIM DE SOUZA4; LUIS FERNANDO SPAGNUOLO BRUNELLO4. 1. HOSPITAL ERASTO GAERTNER, CURITIBA - PR - BRASIL; 2. HOSPITAL DO TRABALHADOR, CURITIBA - PR - BRASIL; 3. HC-UFPR, CURITIBA - PR - BRASIL; 4. UFPR, CURITIBA - PR - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: A vida em medicina requer total dedicação dos profissionais, e abandono da liberdade pessoal durante a vida. Historicamente, cirurgiões são mais vulneráveis que os clínicos, e o desgaste físico é, algumas vezes, a causa de recém-formados não escolherem a cirurgia como especialidade. Nós conduzimos esse estudo para medir a percepção de qualidade de vida entre preceptors de especialidades cirúrgicas comparados com aqueles de especialidades não cirúrgicas. Métodos: Um estudo transversal foi conduzido durante o período de fevereiro até abril de 2016. Preceptores foram submetidos a questionário voluntário, de preenchimento online. Um questionário validado pela Organização Mundial de Saúde sobre qualidade de vida, que consistia em 26 perguntas foi usado: as duas primeiras eram sobre qualidade de vida geral, e as outras 24 cobrindo quadro domínios (físico, psicológico, relações sociais e ambiente). Os médicos preceptores foram divididos em 2 grupos: 1) Especialidades cirúrgicas (Cir) e 2) Especialidades não-cirúrgicas (Cli). Foi realizada análise de dados com porcentagens estatísticas simples. Variáveis contínuas foram analizadas com o teste t Student e variáveis discretas com o teste qui-quadrado. Resultados: 653 entre estudantes, doutorandos, residentes e médicos responderam ao questionário. A qualidade de vida geral foi regular: entre 3 ? 3.9 (do total de 5). Apesar da qualidade de vida global similar, quando comparamos o ambiente os médicos tiveram melhor qualidade de vida (3.85) que doutorandos (3.47, p = 0.03) e residentes (3.34, p = 0.028); quando comparamos o domínio psicológico, médicos obtiveram melhor qualidade de vida (3.88) do que doutorandos (3.41 p=0.022). Além disso, a média de estresse entre os médicos foi 15.98, que foi menor quando comparada aos estudantes (21.65 p=0.038), doutorandos (19.92 p=0.017) e residentes (19.67 p=0.027). Conclusão: A qualidade de vida global entre os estudantes, doutorandos, residents e médicos foi regular. Entretanto, os níveis de estresse só melhoram com o decorrer da graduação.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 3041

TÍTULO DO TRABALHO: QUALIDADE DAS COMPRESSÕES TORÁCICAS REALIZADAS DURANTE RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR NO INTERIOR DAS AERONAVES DE ASAS ROTATIVAS DO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JORDANO PEREIRA ARAUJO1; RAFAEL VILLELA SILVA DERRÉ TORRES1; ALOISIO GONCALVES DE SOUZA JUNIOR2; ALEXANDRE GARCIA BARBOSA2; NATHAN ALMEIDA MILWARD DE AZEVEDO1; EMMANUEL LUCAS GOMES1; FELIPE DIAS MACIEL DINIZ1. 1. CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL, BRASÍLIA - DF - BRASIL; 2. CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL, BRASILIA - DF - BRASIL.

RESUMO:

O presente estudo teve como objetivo geral comparar a qualidade das compressões torácicas realizadas durante simulação de ressuscitação cardiopulmonar no interior das aeronaves Esquilo AS350 e EC 135 com a qualidade das compressões torácicas realizadas no solo. Para tal, realizou-se a verificação de quatro variáveis de qualidade de compressões torácicas: profundidade das compressões, ritmo (ou frequência das compressões), fração das compressões e qualidade geral das compressões. Essas variáveis foram medidas por meio de um software que utiliza o acelerômetro de smartphones durante a realização de compressões torácicas em três cenários distintos: em manequim sobre o solo, em manequim no interior da aeronave AS 350 Esquilo e em manequim no interior do EC 135. Cada sessão de compressões durou dois minutos em cada um dos cenários e 25 indivíduos foram avaliados. Para verificação das diferenças entre as variáveis utilizou-se o teste t para amostras pareadas, considerando-se um p

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2171

TÍTULO DO TRABALHO: Quebra de paradigma: estresse na carreira médica é menor entre cirurgiões

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PHILLIPE GERALDO T. DE ABREU REIS1; ADONIS NASR2; FLAVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASICH3; IWAN AUGUSTO COLLACO2; BRENO LOPES PORTO4; MARCIO CANEVARI FILHO4; MARINA NARDELLI GOES5; PEDRO AUGUSTO DE ASSIS GOES6. 1. HOSPITAL ERASTO GAERTNER, CURITIBA - PR - BRASIL; 2. HOSPITAL DO TRABALHADOR, CURITIBA - PR - BRASIL; 3. HC-UFPR, CURITIBA - PR - BRASIL; 4. UFPR, CURITIBA - PR - BRASIL; 5. UP, CURITIBA - PR - BRASIL; 6. PUC-PR, CURITIBA - PR - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: Médicos são conhecidos por ser mais estressados do que a população em geral devido a responsabilidade do seu trabalho e também pela dificuldade em entrar no curso de Medicina. Nós realizamos esse estudo para avaliar a evolução do nível de estresse entre os médicos em diferentes fases da vida.Métodos: Trata-se de um estudo transversal descritivo e comparativo. Durante o período de Fevereiro e Abril de 2016, foi aplicado questionário online em estudantes pré-universitários, estudantes de medicina, internos, residentes e médicos pós-residência, os quais autorizaram participação no estudo. Foi utilizado um questionário validado contendo perguntas para avaliar o nível de estresse a que eles haviam sido submetidos durante os últimos 30 dias antes da avaliação e, com base na resposta formulou-se uma escala de estresse a qual foi comparada com o grupo controle da mesma faixa etária (Grupo controle A: população Americana e grupo controle B: população de professores no Sul do Brasil). As análises foram realizadas com porcentagens estatísticas simples. Variáveis contínuas foram analisadas pelo teste de t-Student. Variáveis discretas foram analisadas pelo teste de qui-quadrado.Resultados: 819 pessoas responderam o questionário. A média de idade foi 25,42 anos, sendo 45,2% homens e 54,7% mulheres; Foram 166 estudantes pré-universitários, 285 estudantes de medicina, 117 internos, 97 residentes e 88 médicos pós-residência. O percentual de estresse global foi de 23,87; 21,65; 19,92; 19,67 e 15,98, respectivamente. Esses valores foram comparados com o grupo controle, de percentual de 14,2 no período pré-universitário até a residência e 12,6 para preceptores e grupo controle B com percentual de 21,3 e 17,2, respectivamente. Em uma escala comparativa com o grupo controle, houve uma diminuição global no nível de estresse. Quando dividido entre participantes com atividades clínicas e cirúrgicas, o estresse de participantes da clínica foi prevalente em relação aos cirúrgicos. Em ambas as análises, o estudo mostrou que a formação médica, independente da especialidade, apresenta níveis mais altos de estresse do que o grupo controle A. Conclusão: Nós concluimos pelo estudo que o nível de estresse tende a diminuir ao longo da formação médica, mas permanence acima dos valores presentes na população americana em geral, principalmente níveis mais altos dos clínicos em relação aos cirurgiões.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2275

TÍTULO DO TRABALHO: TEAM BASED LEARNING (TBL) NO ENSINO DE CIRURGIA: AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO PELOS DISCENTES.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RAPHAEL RAPHE; CARLOS DARIO DA SILVA COSTA; FELIPE COLOMBELI PACCA; RONALDO GONÇALVES DA SILVA; TOUFIC AMBAR NETO; PATRICIA MALUF CURY. FACERES, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: Avaliar a percepção dos alunos frente à metodologia do TBL em uma disciplina de Habilidades em Raciocínio Diagnóstico em Clínica Cirúrgica (HRDCC) em um curso de graduação em medicina. Método: Um questionário de 37 questões foi elaborado e aplicado aos discentes de duas turmas consecutivas do oitavo semestre do curso de medicina ao final da disciplina de HRDCC. Dentre os quesitos avaliados, destacam-se aqueles relacionados à metodologia aplicada e ao desempenho do aluno (autoavaliação). Para cada quesito foi dada uma nota de zero a cinco, sendo esta a ordem crescente de satisfação. Resultados: Em relação à metodologia, os alunos se sentiram moderadamente motivados para a fase de preparação (média 3,1) e para seu envolvimento nas atividades do TBL (média 2,9). Avaliaram também como moderada a capacidade da metodologia em facilitar o aprendizado (média 3,1), em melhorar a habilidade de estudo (média 2,7) e em contribuir para o aprendizado (média 2,7). Quanto ao seu desempenho, avaliaram como seguros na retenção do conteúdo (média 3,0), e consideram que contribuíram ativamente com sua equipe cumprindo os compromissos de trabalho (média 3,5), participando da aula (média 3,9), integrando-se com os colegas de equipe (média 4,2), incentivando suas opiniões (média 3,9), discutindo múltiplos pontos de vista antes da decisão por uma resposta final (média 4,1) e respeitando pontos de vista diferentes (média 4,2). Conclusões: O TBL visa à facilitação do aprendizado de forma ativa através de estudo prévio intenso e do compartilhamento do aprendizado adquirido individualmente. O uso do TBL no ensino de um tema abrangente como a clínica cirúrgica, mesmo que com enfoque no raciocínio diagnóstico, torna a metodologia de certa forma avessa ao perfil de grande parte dos graduandos de medicina. Mesmo assim, pode-se perceber a boa aceitação ao método aplicado. A integração e discussão de ideias mostraram-se, no entanto, muito efetivas, o que vem ao encontro das necessidades do futuro profissional médico.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1433

TÍTULO DO TRABALHO: TERATOMA DE OVÁRIO COM APRESENTAÇÃO CLÍNICA DE APENDICITE AGUDA EM HOSPITAL ESCOLA DO RIO GRANDE DO SUL: UM RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DORIS MEDIANEIRA LAZZAROTTO SWAROWSKY1; DANIELA DE MORAES1; THOMAS DIAS SOUTO GRAVI1; MANOELA SUZANA PERSCH2; RAFAEL LUIZ DONCATTO3; INÁCIO SWAROWSKY1; GUSTAVO LAZAROTO SWAROWSKY4; ALESSANDRA CAREN FREY1. 1. UNISC, SANTA CRUZ DO SUL - RS - BRASIL; 2. HOSPITAL SANTA CRUZ, SANTA CRUZ SUL - RS - BRASIL; 3. HOSPITAL SANTA CRUZ, SANTA CRUZ DO SUL - RS - BRASIL; 4. PUCRS, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:

INTRODUÇÃO: A dor abdominal é uma queixa frequente nas unidades de emergência e o seu diagnóstico deve receber especial atenção quando se trata de idosos e de mulheres em idade reprodutiva1. A apendicite aguda é uma emergência com a maior taxa de erros diagnósticos, sendo que a inconsistência de gravidade e achados é maior em idosos e mulheres em menacme². Diante deste contexto, segue um relato de caso sobre dor abdominal em fossa ilíaca direita (FID) no menacme.RELATO DE CASO: Paciente J. R, feminina, branca, 24 anos, previamente hígida, nulípara, encaminhada ao serviço de Emergência do Hospital Santa Cruz em Santa Cruz do Sul ? RS dia 20/01/17 para avaliação cirúrgica por suspeita de apendicite aguda, devido à dor em FID iniciada em 19/01/17. Evoluiu nas primeiras 24 horas com vômitos, inapetência e progressão da intensidade da dor localizada em FID. Sem alteração de hábito intestinal e sem queixas ginecológicas. Apresentava disúria e redução do volume urinário. B-HCG não reagente e EQU sem particularidades. Realizada US que evidenciou massa em ovário direito. Realizada tomografia abdominal (TC) para elucidar o caso, que confirmou a presença de massa ovariana direita, pediculada, de aproximadamente 10 x 12 cm com diferentes densidades em seu interior, compatíveis com tecido adiposo, ósseo e dentário, sugerindo teratoma ovariano. Paciente foi submetida à laparotomia mediana infra-umbilical e identificado massa com torção anexial. Retirada a peça e anexos à direita, sem intercorrências. A paciente apresentou boa evolução pós operatória e exame anatomopatológico confirmou o teratoma ovariano.CONCLUSÃO: O abdome agudo em mulheres no menacme deve conter uma investigação clínica detalhada e a abordagem da anamnese ginecológica é indispensável. A evolução clínica de vômitos, inapetência e dor em FID indica uma possível apendicite aguda, porém a clínica foi elucidada com a realização de US e TC de abdome, o que permitiu a melhor planejamento cirúrgico com bases oncológicas. REFERÊNCIAS:1. Kamin RA, Nowicki TA, Courtney DS, Powers RD. Pearls and pitfalls in the emergency department evaluation of abdominal pain. Emerg Med Clin North Am 2003; 21:61-72.2. Hatipoglu S, Hatipoglu F, Abdullayev R. Acute right lower abdominal pain in women of reproductive age: Clinical clues. World J Gastroenterol 2014 Apr;20(14):4043-9

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2804

TÍTULO DO TRABALHO: ABDOMINOPLASTIA ASSOCIADA À CORREÇÃO DE DEFEITOS DA PAREDE ABDOMINAL ? EXPERIÊNCIA NO HUGG

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: EDUARDO COSTA TEIXEIRA; FLÁVIO MARQUES DE CARVALHO; MARCUS VINICIUS DA SILVA COIMBRA FILHO; EDWIN CHARRIS CABALLERO; FERNANDA MARSICO DO COUTO TEIXEIRA; MAYARA FERNANDA VICTAL; LUCIANO PEREIRA RECIPUTTI. DEPARTAMENTO DE CIRURGIA GERAL E ESPECIALIZADA - EMC/UNIRIO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:

INTRODUÇÃO - O abdômen ocupa uma posição central do corpo humano, sua forma é dada pela estrutura esquelética, pela quantidade e distribuição de tecido adiposo, aspecto e situação da pele, integridade do sistema músculo aponeurótico e o conteúdo intracavitário. Sendo cada um desses componentes uma variável independente dentro do diagnóstico da deformidade da parede abdominal determinando o tipo de tratamento a ser indicado para o paciente. Pitanguy divide as deformidades abdominais em duas categorias: alterações estéticas e funcionais. Os defeitos estéticos são aqueles que modificam o contorno corporal e devem-se principalmente à flacidez da parede abdominal, acúmulo de gordura e enfraquecimento músculo-aponeurótico. Os defeitos como as hérnias comprometem o aspecto funcional da parede abdominal. A correção de hérnias incisionais abdominais permanece como um dos procedimentos cirúrgicos mais comuns uma vez que ela ocorre em torno de 11% das laparotomias. A dermolipectomia abdominal pode ser indicada para o tratamento cirúrgico dessas alterações estéticas e funcionais da parede do abdômen, bem como dos aspectos psicológicos referentes à autoestima dos pacientes. OBJETIVOS - Avaliar a viabilidade da associação da abdominoplastia com a correção dos defeitos de parede abdominal (hérnias incisionais, umbilicais e epigástricas volumosas). METODOLOGIA ? Estudo retrospectivo, incluindo 36 pacientes submetidos a dermolipectomias abdominais associadas a correção de defeitos da parede abdominal no HUGG no período de 2005 à 2016. Foi avaliada a efetividade da técnica proposta na correção das hérnias, bem como os índices de complicações e recidivas e o tempo de internação. RESULTADOS ? O estudo mostrou que a técnica proposta permitiu a correção das hérnias em todas as pacientes em que foi indicada. A maior parte foi de hérnias incisionais, seguidas pelas umbilicais e epigástricas. Não foram observadas recidivas. As complicações relatadas foram compatíveis com as descritas na literatura para as abdominoplastias convencionais, sendo as mais comuns: seromas, deiscências de suturas, abscessos e cicatrizes hipertróficas. CONCLUSÕES ? Os autores concluem que a associação da dermolipectomia abdominal (Abdominoplastia) com a correção de hérnias ventrais é uma alternativa válida para a correção das deformidades da parede abdominal.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2640

TÍTULO DO TRABALHO: ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA CLÍNICO-CIRÚRGICA PÓS-HERNIOPLASTIA INGUINAL BILATERAL

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CARLOS HENRIQUE DOS REIS CONTE1; HAMILTON LUIZ XAVIER FUNES2; FERNANDA RIBEIRO FUNES2; JONAS DIAS CAMPOS SEVERI2; FERNANDO BATIGALIA3; DANIEL AUGUSTO DE FERNANDES2; CAIO RENAN RUZA2; RONALDO RODRIGUES ZACARIAS2; RENATA FALCO DE OLIVEIRA4. 1. IELAR - HOSPITAL ESPIRITA NOSSO LAR, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL; 2. IELAR-HOSPITAL ESPIRITA NOSSO LAR, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL; 3. 2. FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO (FAMERP), SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL; 4. HOSPITAL SÃO RRANCISCO, RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL.

RESUMO:

A correção de hernia inguinal seja direita, esquerda ou bilateral é o procedimento cirúrgico mais executado no mundo. Entretanto a hernioplastia inguinal bilateral tem sido tradicionalmente associada a taxas de recidivas quase duas vezes maior que a dos reparos unilateral. Este estudo tem por objetivo nalisar variáveis epidemiológicas clínicas e cirúrgicas em pós-operatório de pacientes submetidos a hernioplastia inguinal bilateral em hospital universitário filantrópico. Utilizando como metodo um estudo retrospectivo de 12 prontuários de pacientes submetidos a cirurgia de hérnia inguinal bilateral no Hospital Estadual João Paulo II de São José do Rio Preto ? SP. Análise estatística compreendeu obtenção de medidas de tendência central e variabilidade (média aritmética, mediana, desvio-padrão e variação) para variáveis quantitativas e medidas de frequência (absoluta e relativa) para variáveis categóricas. Comparação entre variáveis quantitativas foi realizada pelo teste de Mann-Whitney, e entre variáveis categóricas pelo teste exato de Fisher, com valores de P houve prevalência de idade média de 59,5 anos (entre 22 e 76 anos), maioria do sexo masculino e caucasianos não tabagistas, com permanência média de internação de 1 a 4 dias e tempo médio de acompanhamento pós-operatório de 4,7 anos. Em todos os casos, técnica anestésica aplicada foi raquianestesia, seguida da técnica cirúrgica livre de tensão ou de Lichtenstein, com até 16,7% de complicações (recidiva, infecção ou seroma) e tempo médio de retorno às atividades diárias de 12 dias. Concluimos que ainda que possa haver índice relativamente elevado de complicações pós-operatórias, indica-se o emprego da técnica cirúrgica de Lichtenstein para correção de hérnias inguinais bilaterais, por estar associada a baixo custo, tempo reduzido de internação, rápido retorno às atividades diárias e facilidade de domínio da técnica.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 591

TÍTULO DO TRABALHO: Assistência robótica no tratamento da hérnia inguinal laparoscópica recidivada. Experiência inicial

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: SERGIO ROLL1; PEDRO HENRIQUE DE FREITAS AMARAL1; PAULO HENRIQUE FOGAÇA DE BARROS1; IRON PIRES DE ABREU NETO2; BRUNO DE LUCIA HERNANI1; RODRIGO ALTENFELDER SILVA1. 1. HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

Introdução: A cirurgia assistida por robô em cirurgia geral ainda é uma estratégia em desenvolvimento mas com horizontes promissores. Há expectativa de que a assistência robótica possa ser especialmente útil em casos de recidiva da hérnia inguinal após a abordagem laparoscópica transabdominal pré-peritoneal ou extraperitoneal.Objetivo. Expor nossa experiência inicial com abordagem robótica em hérnias inguinais recidivadas que haviam sido previamente operadas por laparoscopia.Método. Realizou-se uma análise retrospectiva de 15 procedimentos realizados por uma mesma equipe cirúrgica entre julho de 2015 e setembro de 2016 com o sistema Da Vinci SI®. Os parâmetros analisados ??foram sexo, idade, índice de massa corporal, tipo de hérnia, tempo cirúrgico e internação hospitalar. Resultados. Realizamos 15 reparos de hérnia inguinal assistida por robôs, sendo 6 desses casos de recidiva após técnica laparoscópica transabdominal pré-peritoneal: 2 bilaterais e 4 unilaterais. Todos os pacientes eram do sexo masculino, com idade mediana de 65 anos (min 42 anos, máx 72 anos), o índice de massa corporal médio foi de 27,15 ± 7,80 Kg / m². O tempo médio de procedimento foi de 125,33 ± 30,21 minutos. A média de internação hospitalar foi de 1 dia, mas 2 pacientes tiveram alta ??após 12 horas do procedimento. Não houve complicações pós-operatórias durante a internação.Conclusões. A assistência robótica é segura e pode melhorar os resultados de reparos minimamente invasivos da hérnia inguinal recidivada, mas deve ser reservada para cirurgiões com experiência endoscópica. Nesta série observacional de um único centro observou-se uma redução significativa no número de complicações na hérnia inguinal recidivada reoperada por via posterior robótica. A permanência hospitalar foi mais curta e os pacientes relataram um resultado sintomático semelhante. Em nossa experiencia , o procedimento foi significativamente mais fácil para uma recorrência medial em comparação com recidiva lateral.Bibliografia: 1. B. van denHeuveland B. J. Dwars, ?Repeatedlaparoscopictreatmentofrecurrent inguinal hernias a erprevious posterior repair,?SurgicalEndoscopy, vol.27,no. 3, pp. 795?800, 2013. 2. Escobar Dominguez JE, Gonzalez A, Donkor C. Robotic inguinal hernia repair. J SurgOncol.112(3):310-4. 2015 3.Papanikolau IG Roboticsurgery for colorectalcancer: systematicreviewoftheliterature.SurgLaparoscEndoPecurtan Tech 24:478?483guage: EN-GB`>J SurgOncol.;112(3):310-4.2015

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2918

TÍTULO DO TRABALHO: Curva de aprendizado apresenta redução do tempo de operação e complicações após 65 repetições de hernioplastia inguinal totalmente extraperitoneal

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FÁBIO YUJI SUGUITA; FELIPE FUTEMA ESSU; LUCAS TORRES OLIVEIRA; LEANDRO RYUCHI IUAMOTO; JULIANA MIKA KATO; ANDRÉ SILVA FRANCO; WELLINGTON ANDRAUS; ALBERTO LUIZ MONTEIRO MEYER. FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SAO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

Objetivos: O objetivo deste estudo é avaliar a curva de aprendizado da hernioplastia TEP, analisando parâmetros relacionados ao tempo médio de operação. Um objetivo secundário é avaliar as complicações e a taxa de alta precoce relacionada a este procedimento.Métodos: Estudo prospectivo que incluiu 238 pacientes consecutivos submetidos a hernioplastia TEP de maio de 2009 a maio de 2014, em um centro especializado em hérnias abdominais em São Paulo, Brasil. Todos os dados foram obtidos através de registros médicos.Resultados: O estudo incluiu 137 pacientes submetidos a um total de 157 reparos de hérnia TEP. Tanto a bilateralidade como as complicações podem influenciar o tempo operatório, portanto esses casos devem ser excluídos do cálculo da curva. Apenas pacientes com cirurgia unilateral e sem complicações foram incluídos. Os pacientes foram divididos cronologicamente em quatro grupos. Os grupos 1, 2 e 3 foram compostos por 35 pacientes e o grupo 4 de 32. Não houve variações significativas nas características clínicas entre os grupos. O patamar da curva de aprendizado ocorreu com 65 pacientes com tempo operatório médio de 28 minutos (p Conclusão: Após 65 casos foi identificada redução e, em seguida, estabilização do tempo médio de operação. Uma redução na taxa de complicações foi observada após os 35 casos e uma taxa de 97% de alta precoce.Bibliografia:Choi YY, Kim Z, Hur KY. Learning curve for laparoscopic totally extraperitoneal repair of inguinal hernia. Can J Surg. 2012 Feb;55(1):33-6Luamoto LR, Kato JM, Meyer A, Blanc P. Laparoscopic totally extraperitoneal (TEP) hernioplasty using two trocars: anatomical landmarks and surgical technique. ABCD, arq. bras. cir. dig. [online]. 2015, vol.28, n.2 [cited 2015-09-29], pp. 121-123Mustafa H, Fatih B, Aylin A, Orhan A. ?A New Proposal for Learning Curve of TEP Inguinal Hernia Repair: Ability to Complete Operation Endoscopically as a First Phase of Learning Curve.? Minimally Invasive Surgery, vol. 2014, Article ID 528517, 5 pages, 2014Lim JW, Lee JY, Lee SE, Moon JI, Ra YM, Choi IS, Choi WJ, Yoon DS, Min HS. The learning curve for laparoscopic totally extraperitoneal herniorrhaphy by moving average. J Korean Surg Soc. 2012 Aug; 83(2):92-6.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2008

TÍTULO DO TRABALHO: Efeitos estéticos e funcionais de inguinotomias realizadas com bisturi frio versus bisturi elétrico

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: VALDINALDO ARAGAO DE MELO1; PAULO VICENTE DOS SANTOS FILHO1; MARCUS FELIPE GONÇALVES FEITOSA2; GUSTAVO GUEDES DE CARVALHO2; ANDRÉ MELO DE MACENA2; ANA BÁRBARA DE JESUS CHAVES3; ELDIMAR LIMA DE FREITAS3; JESSICA MATIAS DINIZ2. 1. COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES, ARACAJU - SE - BRASIL; 2. FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA, ARACAJU - SE - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE, ARACAJU - SE - BRASIL.

RESUMO:

Introdução: apesar do bisturi elétrico ser amplamente usado nas cirurgias para realização de hemostasia e dissecção de tecidos moles, o uso para a incisão da pele é desencorajado pela preocupação com as possíveis queimaduras superficiais, cicatrização pós-operatória excessiva com pobre resultado estético, e com complicações de ferida operatória. Inúmeros estudos vêm sendo realizados pelo mundo com o objetivo de identificar se o uso de bisturi elétrico para a incisão da pele é realmente prejudicial à cicatrização como a muito tem se acreditado. A maioria procura analisar a dor pós-operatória e o uso de analgésico, assim com o tempo cirúrgico e a ocorrência de complicações como presença de seroma e hematoma no pós-operatório. Objetivo: comparar aspectos estéticos e funcionais da cicatriz cirúrgica de inguinotomias realizadas com bisturi frio e elétrico em hernioplastias inguinais no serviço de residência médica de cirurgia geral do Hospital de Cirurgia (Aracaju-SE). Método: trata-se de um estudo prospectivo cego, realizado de julho de 2015 a fevereiro de 2017 na FBHC. Os pacientes admitidos eram portadores de hérnia inguinal bilateral, e a incisão da inguinotomia a direita foi realizada com o bisturi elétrico e a esquerda com o bisturi frio. A coleta de dados foi feita no pós-operatório imediato (POI) (24h após cirurgia) e tardio (6º mês). As variáveis estudadas foram dor no local da incisão (mensurada através de escala analógica visual de dor que varia de 0 a 10), complicações incisionais e efeito estético das cicatrizes cirúrgicas, avaliado por meio da Escala de Cicatriz de Vancouver (VSS), e pela avaliação de um cirurgião plástico. Resultados: foram randomizados 14 pacientes. 1 paciente foi a óbito por problemas cardíacos antes de completados seis meses de pós-operatório, e 1 paciente perdeu seguimento. A dor no POI foi igual em ambos os grupos (p Conclusões: Podemos concluir que na amostra estudada não houve diferença estatisticamente significativa em relação à dor, complicações incisionais e efeito estético das cicatrizes cirúrgicas de inguinotomias realizadas por bisturi frio e elétrico.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2321

TÍTULO DO TRABALHO: HÉRNIAS COM PERDA DE DOMICÍLIO: PREPARO PRÉ-OPERATÓRIO COM EMPREGO DO PENUMOPERITÔNIO PROGRESSIVO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BARBARA G F MELO; ANTONIO CARLOS VALEZI; ANTÔNIO CÉSAR MARSON; ASCENCIO GARCIA LOPES JR.; MÁRIO LIBERATTI; LUIZ JÓIA NETO. UEL, LONDRINA - PR - BRASIL.

RESUMO:

INTRODUÇÃO: As hérnias incisionais ocorrem em 2 -15% dos pacientes submetidos a procedimento operatório abdominal. Define-se como hérnia com perda do domicílio aquela cujo conteúdo excede a capacidade da cavidade abdominal. Seu reparo pode acarretar prejuízo da função pulmonar com alterações pulmonares graves. OBJETIVO: Avaliar a eficácia do método na expansão do continente abdominal e os resultados cirúrgicos com essa técnica. MÉTODOS: Foram selecionados 16 casos de hérnia com perda de domicílio com indicação cirúrgica entre 2011 e 2015 no Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina. O pneumoperitônio foi realizado com a insuflação progressiva de CO2 cada 2 semanas até normalização dos parâmetros da prova de função pulmonar. Todos os pacientes apresentavam hérnia incisional. RESULTADOS: Foram estudados 9 homens e 7 mulheres, idade de 37 a 57 anos (média de 44 anos), índice de massa corporal de 31 a 39 Kg/m2 (média de 33 Kg/m2), tempo de existência de hérnia de 7 a 16 anos (média de 9 anos). O número de insuflações foi de 4 a 13 (média de 9), volume de insuflação variou de 2,5 a 7,6L (média de 5,3L). Houve dois casos com enfisema de subcutâneo e por quatro ocasiões a insuflação precisou ser interrompida devido desconforto abdominal ou respiratório. Não ocorreram complicações respiratórias no pós-operatório. CONCLUSÃO: A realização pré-operatória do pneumoperitônio progressivo é alternativa eficiente para evitar complicações respiratórias no tratamento das hérnias com perda de domicílio.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2973

TÍTULO DO TRABALHO: IMPACTO DA OBESIDADE E DAS HABILIDADES CIRÚRGICAS NA HERNIOPLASTIA LAPAROSCÓPICA TOTALMENTE EXTRAPERITONEAL

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FELIPE FUTEMA ESSU1; JULIANA MIKA KATO1; FÁBIO YUJI SUGUITA1; LUCAS TORRES OLIVEIRA1; LEANDRO RYUCHI IUAMOTO1; ANDRÉ SILVA FRANCO1; WELLINGTON ANDRAUS2; ALBERTO LUIZ MONTEIRO MEYER2. 1. FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. DEPARTAMENTO DE GASTROENTEROLOGIA,FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo:O aumento de tecido adiposo tem sido associado a maior tempo operatório de diversas técnicas cirúrgicas, incluindo laparoscópicas. Dentre elas, a hernioplastia totalmente extraperitoneal(TEP) destaca-se com a vantagem de menos dor no pós-operatório e menos complicações. Analisaremos a correlação entre IMC e maior dificuldade técnica de realização da TEP.Método:Estudo prospectivo que incluiu 238 pacientes consecutivos submetidos a hernioplastia TEP de maio de 2009 a maio de 2014, em um centro especializado em hérnias abdominais em São Paulo, Brasil. Dados foram obtidos através de registros médicos. As variantes foram analisadas segundo a correlação de Sperman`s e os valores estatisticamente relevantes foram definidos por pResultados:Foram aceitos 190 pacientes e divididos em 4 grupos de acordo com o Índice de Massa Corpórea (IMC): A)Baixo peso: 30 kg/m². Nos pacientes do grupo A e B encontramos 4 complicações e tempo operatório médio (TOM) igual 41,6minutos(min). No grupo C tivemos 6 complicações e TOM igual 43,8min. Por fim, no grupo D não houveram complicações e TOM igual 51,9min.Os pacientes foram novamente divididos em 3 grupos:I)Todos, II)Cirurgia unilateral e III)Cirurgia bilateral. Houve aumento estatisticamente significativo no tempo operatório nos 14 primeiros pacientes submetidos a TEP unilateral e nos primeiros 42 submetidos à bilateral. O TOM de procedimento unilateral foi de 37,8min e 55,4min se bilaterais.Conclusões:Apesar das variáveis, quando o cirurgião atinge a proficiência para realizar o hernioplastia TEP é possível transpor dificuldades de IMC elevado. Foi demonstrado diferença estatisticamente significativa do IMC no tempo operatório de reparo TEP nos 14 primeiros casos de reparo unilateral e nos primeiros 42 de reparo de unilateral.Bibliografia:Zendejas B, Hernandez-Irizarry R, Ramirez T, Lohse CM, Grossardt BR, Farley DR. Relationship between body mass index and the incidence of inguinal hernia repairs: a population-based study in Olmsted County, MN. Hernia. 2014 Apr;18(2):283-8.Lim JW, Lee JY, Lee SE, Moon JI, Ra YM, Choi IS, et al. The learning curve for laparoscopic totally extraperitoneal herniorrhaphy by moving average. J Korean Surg Soc. 2012;83:92?96.Desai KA, Razavi SA, Hart AM, Thompson PW, Losken A. The Effect of BMI on Outcomes Following Complex Abdominal Wall Reconstructions. Ann Plast Surg. 2016 Jan 21.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2399

TÍTULO DO TRABALHO: Reparação de Hérnias Umbilicais com PROCEED VENTRAL PATCH (PVP): estudo prospectivo em centro de referência do Sistema Único de saúde (SUS-SP)

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CAROLINA BARROS DA ROCHA; CLÁUDIO DE CARVALHO STANZANI; LAURA POCINHO BALBINOT; WIGNEY MAIA BORGES; CRISTHIAN JAILLITA MENESES; FABIO AFONSO PEREZ; PAULO BOARINI; PROF. DR. EDGARD MESQUITA RODRIGUES LIMA. HOSPITAL MUNICIPAL CARMINHO CAMICCHIO, SAO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: o presente estudo pretende avaliar a aplicabilidade do uso da tela PROCEED VENTRAL PATCH (PVP), em paciente submetido a correção de hérnias umbilicais, em hospital da Autarquia Municipal de São Paulo-SP, assim com, a facilidade de execução da técnica cirúrgica, integração da tela à parede abdominal, e demonstração comparativa de taxas de recidivas menores além de retorno precoce as atividades laborativas.Método: estudo prospectivo realizado entre 2013-2015 com 55 pacientes com faixa etárias entre 25 e 65 anos, de ambos os sexos, com hérnias não recidivadas com diâmetro do orifício variando de 1 a 5 cm. Foram excluídos pacientes portadores de DPOC, gestantes e prostáticos. O seguimento foi de 9 meses incluído o tempo de internação, cirurgia e seguimento pós-operatório. Os pacientes foram questionados sobre dor, problemas com a ferida operatória, sensações e sensibilidade com a nova tela e retorno as atividades laborativas. Todos foram submetidos a rigoroso exame clinico, com manobra de valsava, observando-se a ferida operatória, além de ultrassonografia de parede abdominal, após quatro meses da cirurgia.Resultados: Com a utilização da tela PVP, a técnica cirúrgica tornou-se de fácil execução, diminuiu o tempo cirúrgico (média 20 min) e diminuiu as complicações e recidivas pós operatórias. A complicação mais comum foi dor leve pós-operatória (08 pacientes ? 22,9%), seguido de formação de seroma (06 pacientes ? 17,1%). Ocorreram duas recidivas (5,7%), possivelmente por falha no correto dimensionamento do orifício x tela. Um paciente (2,8%) evoluiu com infecção da ferida operatória sendo tratado conservadoramente com antibióticos. O tempo médio de retorno as atividades laborais sem restrições foi de 30 dias. Não foi observada retração da tela em nenhum dos pacientes. Não houve perda de seguimento na amostra e a taxa de satisfação, que classifica a cirurgia como ?boa? ou ?muito boa? foi de 90% entre os pacientes.Conclusão: O uso da tela PVP para hernioplastias umbilicais constitui-se uma técnica segura e de fácil execução, livre de tensão. Apresenta menor índice de recidiva, e possibilita um retorno precoce a atividade laboral. Observou-se uma boa integração à parede abdominal por ser parcialmente absorvível. Entretanto, mais estudos prospectivos e de maior seguimento devem ser realizados para melhor avaliação da técnica, que ate o momento se demonstra promissora.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 535

TÍTULO DO TRABALHO: Resultados da reconstrução da parede abdominal com tela sintética em operações infectadas: Estudo observacional prospectivo em pacientes portadores de infecção crônica de tela e fístulas entéricas

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CLAUDIO BIROLINI; JOCIELLE SANTOS DE MIRANDA; ABEL MURAKAMI; MAURICIO MUNIZ MAGALHAES; CAIO NASSER MANCINI; PAULO HENRIQUE BARBOSA; EDIVALDO MASSAZO UTIYAMA; SAMIR RASSLAN. HOSPITAL DAS CLINICAS, CIRURGIA GERAL E DO TRAUMA, FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SAO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: A reconstrução da parede abdominal em portadores de infecção crônica de tela e/ou fístulas entéricas é controversa e desafiadora. A melhor forma de reconstruir a parede e qual a tela a ser usada em cirurgias potencialmente contaminadas e contaminadas segue em discussão1, porém há um consenso histórico que sugere evitar o uso de tela sintética em sítio cirúrgico contaminado2. Neste estudo foram analisados os desfechos da colocação de tela sintética em operações eletivas infectadas.Método: Entre maio de 2012 e fevereiro de 2015, 40 pacientes portadores de infecção crônica de tela, fístula entérica ou ambos, foram submetidos à retirada de telas infectadas e à correção dos defeitos resultantes. A reconstrução da parede foi realizada no mesmo tempo cirúrgico, com a utilização de tela de polipropileno em posição pré-aponeurótica. O estudo incluiu 16 homens e 24 mulheres, com média de idade de 58 anos, IMC entre 18 e 52, sendo 29 pacientes ASA 2 ou 3. O número de cirurgias prévias variou de 2 a 21 e o início dos sintomas variou entre 6 meses e 26 anos. As culturas pré-operatórias foram positivas em 34 (85%) pacientes, sendo 23 (58%) infecções estafilocócicas. Na maioria das operações foram realizados procedimentos associados, incluindo lise de aderências, enterectomia, e apendicectomia ou colecistectomia de oportunidade.Resultados: Foram constatadas ocorrências de sítio cirúrgico em 15 pacientes (38%) e 6 pacientes (15%) desenvolveram infecção de ferida cirúrgica. No pós-operatório ocorreram 2 (5%) óbitos por múltiplas complicações clínicas; outros 2 (5%) pacientes faleceram de causas não relacionadas à cirurgia. Em um caso foi necessária reoperação com retirada completa da tela, por recorrência de infecção. Após 24 meses de seguimento, 36 pacientes (90%) não apresentam sinais de recorrência da hérnia ou infecção.Conclusão: O uso de tela de polipropileno nas reconstruções da parede abdominal em sítio infectado, mostrou-se segura e apresentou resultados favoráveis, com resolução da infecção crônica e prevenção da ocorrência de recidiva herniária.Bibliografia:1. Carbonell AM, Criss CN, Cobb WS, et al. Outcomes of synthetic mesh in contaminated ventral hernia repairs. J Am Coll Surg 2013;217:991-998.2. Atema JJ, de Vries FEE, Boermeester MA. Systematic review and meta-analysis of the repair of potentially contaminated and contaminated abdominal wall defects. The Am J Surg 2016;212:982-995.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2943

TÍTULO DO TRABALHO: Técnica para a correção de hérnia incisional subxifóide em pacientes cardiopatas após esternotomia apresenta menores taxas de recorrência precoce

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GUSTAVO HELUANI ANTUNES DE MESQUITA1; LEANDRO RYUCHI IUAMOTO2; FÁBIO YUJI SUGUITA2; FELIPE FUTEMA ESSU2; LUCAS TORRES OLIVEIRA2; MATHEUS BELLONI TORSANI2; ALBERTO LUIZ MONTEIRO MEYER2; WELLINGTON ANDRAUS2. 1. FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. FMUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: Hérnia incisional subxifoide é uma complicação que pode ocorrer após procedimentos de esternotomia mediana. As técnicas utilizadas para a correção variam muito na literatura, não existindo um tratamento padronizado com eficiência comprovada. As taxas de recorrência relatadas são altas e variáveis. Nosso objetivo é apresentar dados recentes de uma técnica padronizada para a correção de hérnia incisional subxifóide, e discutir fatores cirúrgicos e anatômicos relacionados à recorrência da hérnia.Método: Estudo retrospectivo com análise de prontuários de pacientes submetidos a correção cirúrgica de hérnia incisional subxifóide, através de procedimentos padronizados, entre julho de 2014 e setembro de 2016. Os procedimentos foram realizados utilizando a mesma técnica padronizada, material cirúrgico e cuidados pré e pós-operatórios. Foi feita uma análise descritiva do perfil dos pacientes comparando idade, sexo, comorbidades, IMC, causa da esternotomia prévia e história cirúrgica.Results: Todos as correções de hérnia incisional subxifóide foram eletivas. O defeito herniário variou entre 5cm e 16cm (média de 7,4cm); os procedimentos duraram de 32 a 75 minutos; a permanência hospitalar média pós-operatória foi de 2,2 dias (variando entre 1 e 5 dias). Em 5 pacientes a correção de hernia subxifóide foi feita concomitantemente com outro procedimento; nenhuma morte ocorreu como consequência dos procedimentos; 5 pacientes tiveram complicações simples resolvidas de forma conservadora. O tempo de seguimento foi entre 6 e 32 meses e a taxa de recorrência no momento da escrita foi de 0%.A união entre a sutura da borda herniária, o uso de incisões relaxadoras na musculatura e aponeurose e o uso de tela cirúrgica, podem ser apontadas como fatores que levaram o nosso estudo a ter menores taxas de recorrência que os demais. Todos os pacientes possuem tempo de seguimento superior a 6 meses, e 60% dos pacientes possuem tempo de seguimento superior a um ano, com uma taxa de recorrência até o momento de 0%. Apesar das limitações por um período de seguimento ainda baixo, tais dados são um bom prognóstico para menores taxas de recorrência utilizando a técnica descrita porque grande parte das recidivas ocorrem até um ano após a cirurgia.Conclusions: A técnica cirúrgica descrita apresentou menores taxas de recorrência precoce utilizando a tela cirúrgica, fechamento do defeito herniário e incisões relaxadoras na musculatura e aponeurose.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1580

TÍTULO DO TRABALHO: TÉCNICA VIDEOLAPAROSCÓPICA TOTALMENTE EXTRA-PERITONEAL DE ABORDAGEM DAS HÉRNIAS INGUINAIS: UM MÉTODO FACTÍVEL PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RAFAEL DIAS DA CUNHA1; PEDRO DE ABREU TRAUCZYNSKI1; EDUARDO JOSÉ CECCHIN2; ALESSANDRO DOS SANTOS WALTRICK1; LUIZA PINTO DE MACEDO SOARES2; THAINÃ DE OLIVEIRA AZAMBUJA1; BRIAN SILVESTRE1; FELIPE PEREIRA GOMES1. 1. HOSPITAL SANTA ISABEL, BLUMENAU - SC - BRASIL; 2. FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE REGIONAL DE BLUMENAU, BLUMENAU - SC - BRASIL.

RESUMO:

OBJETIVOS: A abordagem videolaparoscópica (VLP) das hérnias inguinais vem se consolidando como importante técnica para esse tipo de reparo nos serviços de cirurgia. Trata-se de um método que garante menor tempo de hospitalização, retorno precoce ao trabalho e menor incidência de dor e complicações no pós operatório. Além disso, seus custos totais (hospitalares e extra-hospitalares) têm se demonstrado similares ou até mesmo inferiores aos da técnica aberta convencional. A técnica laparoscópica totalmente extraperitoneal (TEP) é realizada sem uso de materiais de alto custo e pode ser trabalhada de forma segura nos serviços de residência médica. O objetivo deste trabalho é demonstrar que a TEP é factível pelo Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS), devendo ser considerada método de escolha para o tratamento desta patologia cirúrgica. MATERIAIS E MÉTODOS: Trata-se de um estudo retrospectivo realizado em centro hospitalar com crescente volume cirúrgico de correção de hérnia inguinal por VLP TEP. Os pacientes estudados foram todos os submetidos à VLP TEP pelo SUS no Hospital Santa Isabel (HSI) de Blumenau/SC entre 2013-2017. Todos os procedimentos foram realizados pelo mesmo cirurgião e as prescrições pós-operatórias foram padronizadas. RESULTADOS: Um total de 33 pacientes foram analisados, sendo 81% (n=27) homens e 19% (n=6) mulheres. A faixa etária média foi de 46 anos. O tempo médio de cirurgia foi de 75 minutos. Todos pacientes submetidos ao procedimento permaneceram menos de 24 horas internados, com alta ambulatorial em até 30 dias. O tempo de afastamento médico variou entre 14 dias e 60 dias, de acordo com as atividades laborais dos pacientes. Os custos de materiais específicos da VLP TEP se limitam ao uso de uma tela de Polipropileno 15x15cm (R$ 116,00), um fio Nylon 4-0 (R$ 2,54), CO2 para insuflação da cavidade (R$ 38,00), e da anestesia geral com Sevoflurano (R$ 36,00), Propofol 200mg/20ml (R$ 4,63), Fentanil 0,25mg/5ml (R$ 2,15) e Midazolan 5mg/5ml (R$ 1,50). O custo total médio dos materiais do procedimento foi de R$ 200,79. Duas cirurgias (6%) precisaram ser convertidas para a técnica aberta por fibrose e hérnia encarcerada volumosa. CONCLUSÃO: Embora a técnica VLP TEP tenha uma curva de aprendizado maior, o método demonstrou-se muito eficaz e de baixo custo. Os autores concluem que a VLP TEP deve ser considerada o método de escolha do tratamento de hérnias inguinais tanto para pacientes privados, como do SUS.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2808

TÍTULO DO TRABALHO: ABORDAGEM DO PACIENTE FERIDO POR ARMA BRANCA NA ZONA DE ZIEDLER

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DIEGO GARDENAL ALCANTARA1; JOSE MAURO DA SILVA RODRIGUES2; DECIO LUIS PORTELLA2; GISELE CRISTINA SILVA1; MARIANA FIDELIS SOLLA2. 1. UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL; 2. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, SOROCABA - SP - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: Descrever a abordagem realizada no serviço para pacientes com ferimento por arma branca (FAB) na zona de Ziedler, através da experiência de sete casos relatados no ano de 2015. Discutir a relevância da utilização do FAST (Focused Assesment with Sonography for Trauma) na avaliação primária do protocolo ATLS (Advanced Trauma Life Support) e a sequência de reavaliação, e analisar qual o melhor procedimento diagnóstico e terapêutico para cada apresentação clínica do paciente. Método: Realizou-se um estudo retrospectivo, descritivo e analítico de sete pacientes atendidos no pronto atendimento do Politrauma do Conjunto Hospitalar de Sorocaba. O conteúdo deste trabalho foi obtido através da revisão de prontuário e descrição cirúrgica, registro fotográficos, além de revisão da literatura. Resultados: A experiência do serviço mostra que a abordagem inicial descrita pelo ATLS é fundamental para guiar o atendimento ao ferido. Quando da realização do FAST na avaliação primária indicando ausência de líquido na janela pericárdica deve-se manter o paciente com FAB em zona de Ziedler na sala de urgência sendo assistido por profissionais capacitados. A necessidade de Tomografia Computadorizada com contraste demonstra-se relevante para os casos em que há FAST inconclusivo, ainda que com paciente estável. A amostra exibe um caso de paciente que se apresentou estável à avaliação primária e secundária, com lesão de aparência não profunda e ao exame de imagem constatou-se lesão de vasos subclávios. Ainda, a abordagem terapêutica é dependente da experiência do cirurgião de plantão, caso não haja disponibilidade de cirurgião torácico. E é sabido que em casos com exclusão diagnóstica inconclusiva há a necessidade de abordagem cirúrgica. Em casos de lesões de vasos foram realizadas as rafias, em casos de lesão de via área foi optado por traqueostomia cirúrgica e na lesão de saco pericárdico a conduta foi rafia. As armas que ainda estavam alojadas foram retiradas no tempo intraoperatório.Conclusão: A discussão em relação a abordagem do paciente com FAB na zona de Ziedler é de grande importância, pois a sua prevalência é considerável. A experiência do serviço demonstra um bom seguimento do atendimento aos pacientes abordados tendo evolução clínica satisfatória.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1483

TÍTULO DO TRABALHO: ANÁLISE DAS FALHAS E COMPLICAÇÕES NO TRATAMENTO NÃO OPERATÓRIO DA LESÃO HEPÁTICA POR TRAUMA CONTUSO, DE 2005 A 2015.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: IZABELLA BARRETO ROMUALDO SILVA; AMANDA BARALDI DE SOUZA ARAÚJO; CAMILA ISSA DE AZEVEDO; SIZENANDO VIEIRA STARLING; DOMINGOS ANDRE FERNANDES DRUMOND; LEILA CRISTINA DE AZEVEDO LAMANA; GUILHERME GOMIDE CABRAL. HPS JOÃO XXIII, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:

OBJETIVO: Analisar os pacientes com trauma hepático contuso, submetidos a tratamento não operatório (TNO) que evoluíram com falha ou complicações relacionadas a lesão hepática, dando ênfase aos resultados estratificados pelo grau da lesão. MÉTODOS: Estudo retrospectivo de casos admitidos no Hospital João XXIII (FHEMIG), em Belo Horizonte, de janeiro de 2005 a dezembro de 2015, que evoluíram com falha ou complicação durante o tratamento não operatório da lesão hepática contusa. Os dados analisados foram: Idade, sexo, grau de lesão, causas da falha, tipo de complicação, período de sua manifestação, lesões associadas, índice de falha e de complicação, tempo entre admissão e cirurgia ou óbito, taxa de mortalidade. RESULTADOS: Foram estudados 972 pacientes, destes, 53 pacientes (5,45%) evoluiram com falha ou complicação durante o tratamento não operatório da lesão hepática. A maioria dos pacientes do estudo apresentavam lesão G III ou G IV (24,52% e 56,60%). Os pacientes do estudo foram divididos em 2 grupos: aqueles que evoluíram com falha do TNO (43 - 81,13%), ou seja, que necessitaram de abordagem cirurgica convencional, e aqueles que evoluíram com complicações relacionadas a lesão hepática (10 ? 18,87%) e que puderam ser submetidos a tratamento conservador ou minimamente invasivo. No primeiro grupo, 28 (65,12%) a causa da falha pode ser relacionada diretamente a lesão hepática. Considerando o segundo grupo, O Bilioma foi a complicação mais frequentemente apresentada (60%). Dentre todos os pacientes, 16 (30,18%) evoluíram para óbito. Destes, 9 relacionados exclusivamente ao TNO de lesão hepática. CONCLUSÃO: O tratamento não operatório de lesão hepática é o tratamento de escolha nos grandes centros de trauma com baixo índice de falha e mortalidade. A falha do tratamento é mais frequente em pacientes com lesão grau V (2 de 4). As lesões associadas são uma importante causa de óbito dentre estes pacientes, mostrando a importância de uma seleção rigorosa dos pacientes que serão submetidos ao TNO.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1173

TÍTULO DO TRABALHO: Análise de intervalos de tempo como marcadores de qualidade no atendimento ao traumatizado leve

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GIOVANNA ZUCCHINI RONDINI; JOSE GUSTAVO PARREIRA; LUCA CAMPOLINO ROSSO; CAROLINE TAMARO; BARBARA BOZZOLI DESTRO; JACQUELINE ARANTES G. PERLINGEIRO; SILVIA CRISTINE SOLDA; JOSE CESAR ASSEF. SANTA CASA SP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

Introdução: O traumatizado leve pode não ter a atenção adequada quando é atendido em paralelo a outros doentes com emergências clínicas e cirúrgicas. O atraso na conduta pode interferir no prognóstico e no tempo de permanência hospitalar. Isto acaba por aumentar o número de doentes no serviço de emergência, gerando competição pela atenção profissional e deterioração da qualidade de atendimento.Objetivo: é avaliar, por meio da aferição de intervalos de tempo entre admissão e conduta, a qualidade no atendimento a vítimas de traumas leves.Método: Avaliação das informações obtidas do Registro de Trauma, incluindo adultos admitidos no Serviço de Emergência, em um período de cinco meses, a contar de abril de 2016. Consideramos como traumatizados ?leves? os que não necessitaram de internação. Avaliamos as variáveis: tempo entre admissão e realização de radiografias (TAdRx); tempo entre admissão e tomografia computadorizada (TAdTc); tempo entre admissão e avaliação da neurocirurgia (TAdNc), como também, tempo entre admissão e saída do hospital nos pacientes que não ficaram internados (TAdSa). A evolução destes tempos (mediana em minutos) foi acompanhada nos meses em questão, na medida que intervenções foram sendo realizadas para a melhora dos marcadores.Resultados: Foram incluídas 1560 vítimas de trauma, dos quais 1092 (64%) tiveram alta após os exames iniciais (não necessitaram de internação) e formaram nossa amostra. Os intervalos de tempo aferidos (mediana, em minutos), para os 5 meses, foram os seguintes: TAdRx (180, 133, 150, 105, 90); TAdTc (190, 193, 240, 140, 170); TAdNc (420, 324, 340, 300, 300); TAdSa (480, 530, 450, 330, 300). As ações implantadas neste período foram as seguintes: criação de um grupo de discussão incluindo os responsáveis pela radiologia / ortopedia / neurocirurgia, estabelecimento de metas de tempo a serem atingidas pelas equipes, informação / educação do grupo, estabelecimento de relatórios mensais sobre o performance da equipe, rediscussão dos protocolos para solicitação de exames de imagem, disponibilização de aparelho de radiografia móvel (exclusivo para sala de trauma), estabelecimento do ?residente do trauma? entre os residentes de plantão e da ?visita do trauma?, a ser realizada diariamente.Conclusão: Os intervalos de tempo entre admissão e conduta trouxeram informações relevantes como marcadores de qualidade no atendimento ao traumatizado leve.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1299

TÍTULO DO TRABALHO: AVANÇOS NO USO DE TELEMEDICINA: A EXPERIÊNCIA DA RESPOSTA AO DESASTRE NA BOATE KISS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANE CAROLINE ARAUJO BARRETO1; ALEXANDRE RICARDO FARRET JUNIOR1; BRUNA TELLES SCOLA1; JULIA TONIETTO PORTO2; GABRIELLE FOPPA RABAIOLI1; ALICE DA COSTA SAALFELD1; LUCIANO SILVEIRA EIFLER1; EMÍLIE VON AHN BIERHALS1. 1. ULBRA, CANOAS - RS - BRASIL; 2. CANOAS, CANOAS - RS - BRASIL.

RESUMO:

OBJETIVOTelemedicina (TM) é o uso de sistemas de comunicação utilizados para fornecer serviços de saúde à distância. O objetivo deste trabalho é relatar como foi utilizado a telemedicina durante o atendimento às múltiplas vítimas do incêndio que ocorreu na boate KISS, o segundo maior da história do Brasil, em 2013.MÉTODORealizou-se um relato feito pelos profissionais que estiveram no comando deste resgate e uma revisão literária com artigos encontrados na plataforma Pubmed através das palavras-chave ?telemedicine? e ?trauma?. Assim, XX artigos foram encontrados e XX entraram para bibliografia.RESULTADOSA TM tem grande potencial para melhorar o desfecho no atendimento a pacientes em estado crítico de saúde pois, permite a integração interdisciplinar de profissionais oriundos de grandes centros especializados. Ainda, esta integração é possível sem aumentar os custos. A resposta a um desastre se divide em três partes: a fase imediata pós desastre, a resposta subaguda ao desastre (dias a semanas) e a recuperação (meses a anos). Durante a resposta ao desastre, 54 pacientes foram transferidos para 8 hospitais da região metropolitana do Rio Grande do Sul através de transporte aeromédico. Após a transferência das vítimas, a Sociedade Brasileira de Trauma (SBT), juntamente com a Universidade de Miami, realizou 7 videoconferências com a participação de hospitais brasileiros, dos Estados Unidos, Canadá e outros países. Com estas videoconferências, foi possível discutir sobre a realização da broncoscopia, uso de membrana extracorpórea e o uso de hidroxicolbalamina no envenenamento com cianeto. Ao todo, foram 62 internações, com 51 altas hospitalares, 07 óbitos e 04 permaneceram internados ao longo do ano. Dentre todos profissionais envolvidos, 92% relatou que a experiência foi relevante durante o manejo de cada caso.CONCLUSÕESA TM permitiu a integração de múltiplos centros especializados durante a resposta ao desastre que aconteceu em 2013 na Boate KISS facilitando a preparação e aconselhamento profissional dos envolvidos no cuidado direto das vítimas.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2994

TÍTULO DO TRABALHO: Cirurgia de Controle de Danos - estamos perdendo controle nas indicações?

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: SILVANIA KLUG PIMENTEL; MELINA PAULA DE ARAUJO MESKAU; TULIO RUCINSKI. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, CURITIBA - PR - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: analisar as indicações subjetivas de cada cirurgião para cirurgia de controle de danos (CCD), levantar dados objetivos sobre o estado fisiológico do paciente no momento da cirurgia e correlacionar o momento em que a cirurgia foi escolhida com estes dados.Método: foi realizado um estudo prospectivo entre janeiro de 2016 e fevereiro de 2017 em um hospital referência para trauma. Foram selecionados pacientes vítimas de traumas e que foram submetidos à peritoniostomia. Não houve intervenções na conduta do paciente. Após cada cirurgia era aplicado um questionário no cirurgião responsável, abordando as motivações para a escolha da CCD. Também foram coletados dados nos prontuários dos pacientes, do pré-hospitalar até o fechamento da peritoniostomia. Para avaliar as condições hemodinâmicas dos pacientes, foram coletadas pressão arterial sistólica e frequência cardíaca na chegada ao pronto socorro; nível sérico de lactato e presença de acidose metabólica grave foram usados como indicadores laboratoriais de pior prognóstico - corroborando objetivamente, então, a escolha subjetiva pela CCD.Resultados: no período de treze meses foram selecionados 46 pacientes. 97,8% eram do sexo masculino. A média de idade foi de 35 anos. O trauma penetrante ocorreu em 71,7% dos casos e o trauma fechado em 28,3%. As principais indicações para CCD foram instabilidade hemodinâmica (47,8%) e lesões de alta complexidade (30,4%). Na maioria dos casos a escolha pela CCD foi tomada após o início da cirurgia (56,52%). 91,7% dos casos onde a escolha pela CCD ocorreu na chegada ao PS apresentava sinais de choque hipovolêmico grau III ou IV. Já nos casos onde a indicação ocorreu após o início da cirurgia, 92,3% estavam com choque grau III ou IV. Alterações nos dados laboratoriais corroboraram a escolha pela CCD no pronto-socorro em 58,3% dos casos, e quando a escolha foi feita no centro cirúrgico, 69,2% dos pacientes apresentavam níveis anormais de lactato e/ou acidose metabólica. 39,1% das reoperações ocorreram no momento previsto. Em 10,9%, a reintervenção ocorreu antes do tempo previsto e em 32,6% após o previsto. Os demais pacientes (17,4%) evoluíram a óbito antes disso.Conclusões: Na maioria dos casos a escolha pela CCD foi à chegada do paciente no PS ou logo após o início do procedimento, baseando-se principalmente no estado hemodinâmico e gravidade das lesões, sendo que em 65,78% a decisão, mesmo precoce, foi compatível com dados objetivos do estado hemodinâmico e laboratoriais.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 676

TÍTULO DO TRABALHO: Cirurgia Laparoscópica no Trauma Abdominal: Estudo Retrospectivo em um Centro de Referência

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CARLOS AUGUSTO METIDIERI MENEGOZZO; SERGIO HENRIQUE BASTOS DAMOUS; PEDRO HENRIQUE FERREIRA ALVES; DANILO ALVES ANDRADE; ANTONIO DE CAMPOS SICA ANDREOTTI; CASSIO EDUARDO DA SILVA GONTIJO; CELSO DE OLIVEIRA BERNINI; EDIVALDO MASSAZO UTIYAMA. HOSPITAL DAS CLÍNICAS, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

OBJETIVOA aplicação da laparoscopia na cirurgia do trauma ainda é limitada por diversas razões, tanto técnicas quanto estruturais, incluindo a escassez de evidência com relação a segurança e resultados em algumas situações. O objetivo deste estudo é mostrar a experiência com a abordagem laparoscópica de vítimas de trauma em um serviço de referência. MÉTODORevisão retrospectiva de uma base de dados prospectiva de vítimas de trauma admitidas em um período de 7 anos. Foram incluídos todos os pacientes cuja abordagem cirúrgica inicial foi laparoscópica. RESULTADOSUm total de 94 pacientes foram incluídos na análise. Setenta e cinco (79%) eram do sexo masculino, com média de idade de 31 + 12,5 anos. Em 43 casos (45,2%) o trauma foi contuso. A média ISS foi 13,8. As indicações de laparoscopia mais comuns foram a presença de líquido livre sem lesão de víscera parenquimatosa (31,6%) e ferimento na transição toracoabdominal (29,5%). Dos procedimentos realizados, 70 (74%) foram considerados como diagnósticos positivos, dos quais 17 foram convertidos para cirurgia aberta e 33 completados por via laparoscópica. O principal motivo para conversão foi a necessidade de ressecção intestinal (9 casos). Não houve casos de lesões despercebidas na laparoscopia diagnóstica. Houve 4 casos de complicações pós-operatórias graves (Clavien >3), sendo duas delas diretamente relacionadas ao procedimento cirúrgico. Laparotomias exploradoras desnecessárias foram evitada em 93,7% dos pacientes CONCLUSÕESA abordagem laparoscópica de vítimas de trauma é viável e segura em pacientes selecionados, tendo como principal vantagem a possibilidade de evitar laparotomias desnecessárias e suas complicações. Baixas taxas de lesões despercebidas e de complicações dependem de técnica cirúrgica minuciosa. REFERÊNCIAS Mandrioli M, Inaba K, Piccinini A, Biscardi A, Sartelli M, Agresta F, Catena F, Cirocchi R, Jovine E, Tugnoli G, Di Saverio S. Advances in laparoscopy for acute care surgery and trauma. World J Gastroenterol 2016; 22(2): 668-680 Johnson JJ, Garwe T, Raines AR et al. The use of laparoscopy in the diagnosis and treatment of blunt and penetrating abdominal injuries: 10-year experience at a level 1 trauma center. Am J Surg 2013;205(3):317?320; Grushka J, Ginzburg E. Through de 10-mm looking glass: advances in minimally invasive surgery in trauma. Scand J Surg. 2014 Apr 15;103(2):143-148.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1021

TÍTULO DO TRABALHO: DEFININDO A NECESSIDADE DA REALIZAÇÃO DE RADIOGRAFIA DE TÓRAX EM VÍTIMAS DE TRAUMA FECHADO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LUCA GIOVANNI ANTONIO PIVETTA; JOSE GUSTAVO PARREIRA; JACQUELINE ARANTES G. PERLINGEIRO; JOSE CESAR ASSEF; GIOVANNA ZUCCHINI RONDINI; CRISTIANO BELOW. ISCMSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

Introdução: A maioria das vítimas de trauma fechado não apresenta lesões torácicas significativas. Por outro lado, a radiografia de tórax é amplamente utilizada levando a um percentual elevado de radiografias que não apresentam lesões. A presente pesquisa pretende identificar, baseados em critérios clínicos, um grupo de vítimas de trauma fechado com baixa probabilidade de apresentar alterações na radiografia simples de tórax à admissão (RXT).Método: Análise retrospectiva dos dados de registro de trauma em um período de 24 meses entre 2008 e 2010. Foram selecionados adultos vítimas de trauma fechado que realizaram RXT à admissão. Avaliação das seguintes variáveis clínicas: exame neurológico normal à admissão (ExNN), estabilidade hemodinâmica (EH), exame físico de tórax normal à admissão (ExTN), idade inferior a 60 anos (ID2 cabeça, abdome, extremidades). Estes critérios clínicos foram progressivamente sobrepostos para selecionar um grupo com a menor probabilidade de apresentar uma RXT anormal à admissão.Resultados: Foram incluídos 5536 vítimas de trauma fechado, sendo que 302 (5,5%) apresentaram lesões torácicas. Dos 4647 que foram submetidos a RXT na admissão, 268 (5,7%) apresentaram um achado anormal no exame. Dos 2897 admitidos com ExNN, 116 (4,0%) tinham RXT alteradas. Dos 2426 com ExNN e EH, 74 (3,0%) apresentaram alteração na RXT. Dos 1698 com ExNN, EH e ExTN, 24 (1,4%) apresentaram RXT alterada. Dos 1347 com ExNN, EH, ExTN e ID1 confirmada (0,9% do total de indivíduos que realizaram RXT). As lesões identificadas foram: fratura de costela (9), pneumotórax(3), hemotórax(1). Quatro pacientes necessitaram de drenagem torácica. Nos 1140 casos com ExNN, EH, ExTN, IDConclusão: É possível identificar um subgrupo de vítimas de trauma fechado com baixa probabilidade de apresentar alterações à RXT à admissão. Referências:Evaluating validity of clinical criteria for requesting chest X-rays in trauma patients referred to emergency room. Nejati A(1), Khalaj S, Azizkhani R, Shahryarian S, Kolahdouzan M, Hossein MS. Adv Biomed Res. 2012;1:22Role of routine chest radiographs in the evaluation of patients with stable blunt chest trauma--a prospective analysis. Myint KS(1), French S, Williams-Johnson J, Williams E, Johnson P, Reid MO, Gordon-Strachan G. West Indian Med J. 2012 Jan;61(1):64-72.NEXUS chest: validation of a decision instrument for selective chest imaging in blunt trauma. Rodriguez RM, Anglin D, Langdorf MI, et al. JAMA Surg 2013; 148:940.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1163

TÍTULO DO TRABALHO: Exclusão da presença de lesões intra-abdominais em vítimas de trauma fechado pelo emprego de variáveis clínicas e ultrassom abdominal completo

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FLAVIA HELENA BARBOSA MOURA; JOSE GUSTAVO PARREIRA; THIARA ALVES MATOS; CRISTIANO BELOW; GIOVANNA ZUCCHINI RONDINI; JACQUELINE ARANTES G. PERLINGEIRO; SILVIA CRISTINE SOLDA; JOSE CESAR ASSEF. SANTA CASA SP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: Identificar grupo de vítimas de trauma fechado nos quais a presença de lesões intra-abdominais (LIA) poderia ser excluída pela utilização de critérios clínicos em conjunto com a ultrassonografia abdominal completa.Método: Análise retrospectiva de informações do registro de trauma coletadas entre 2008 e 2010. Foram incluídas vítimas de trauma fechado com idade superior a 14 anos. Avaliamos as seguintes variáveis clínicas: estabilidade hemodinâmica (EH), exame neurológico normal à admissão (ExNN), exame físico/Rx de tórax normal à admissão (ExTN), exame físico abdominal/pélvico normal a admissão (ExAbN) e ausência de lesões distrativas (ALD). Estes critérios clínicos foram progressivamente sobrepostos para selecionar um grupo com a menor probabilidade de apresentar uma LIA. A ultrassonografia abdominal completa (US) foi realizada por médico radiologista, no departamento de radiologia. Foram consideradas ?lesões distrativas? as com AIS>2 em crânio, tórax e/ou extremidades.Resultados: Foram incluídas 5536 vítimas de trauma fechado. Foram identificadas LIA com AIS>1 em 172 (3.1%) casos. Considerando apenas os 4291 com EH, as LIA estavam presentes em 85 (2.0%). Nos 2815 com EH e ExNN, as LIA foram diagnosticadas em 48 (1.7%). Nos 2001 casos com EH, ExNN e ExTN, as LIA foram observadas em 28 (1.4%). Dos 1828 com EH, ExNN, ExTN, e ExAbN, as LIA foram encontradas em 8 (0,4%). Dos 1561 com EH, ExNN, ExTN, ExAbN e ALD, houve apenas 2 LIA identificadas (2 lesões esplênicas ? uma de tratamento não-operatório e outra tratada por esplenectomia). No grupo com todas as variáveis clínicas, 495 apresentavam US normal e, neste grupo, não foram identificadas LIA posteriormente.Conclusão: Pela somatória de critérios clínicos, é possível identificar um grupo de vítimas de trauma fechado com baixa chance de apresentar LIA significativas. Ao adicionar um US normal a este protocolo, a probabilidade de LIA é muito próxima de zero.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2507

TÍTULO DO TRABALHO: Falha do Tratamento não operatório das lesões esplênicas contusas: atualização e casuística do Hospital João XXIII

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: SIZENANDO VIEIRA STARLING1; GABRIEL PINTO LARA FALEIRO2; DOMINGOS ANDRE FERNANDES DRUMOND2; CINTIA DOMINGUES BERNARDES2; GABRIELA DUARTE COSTA CONSTANTINO2. 1. HOSPITAL JOAO XXIII, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. HOSPITAL JOÃO XXIII, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: O tratamento não operatório (TNO) é considerado a primeira opção na abordagem inicial dos pacientes com lesão esplênica por trauma abdominal contuso, mas ainda apresenta desafios. O trabalho objetiva analisar a experiência do Hospital João XXIII quanto à falha deste tratamento. Métodos: Estudo transversal dos pacientes com lesão esplênica contusa que evoluíram com falha do TNO atendidos no período de novembro 2004 a fevereiro de 2017. As variáveis analisadas foram gênero, idade, mecanismo do trauma, estabilidade hemodinâmica à admissão, exame abdominal inicial, grau da lesão, achados radiológicos, presença de lesões associadas, necessidade de hemotransfusão e mortalidade. Resultados: No período estudado, do total de 953 pacientes submetidos ao TNO por lesão esplênica, 72 (7,6%) evoluíram com falha. Dos pacientes abordados, 59 (82%) eram homens e 13 (18%) eram mulheres. A maioria tinha entre 30 e 60 anos (44%). À admissão, 59 (82%) pacientes estavam estáveis e 59 (82%) tinham dor abdominal. O principal mecanismo de trauma foi acidente automobilístico (27%), seguido por motociclístico (26%). Doze pacientes (17%) apresentavam lesão esplênica Grau II, 26 (36%) Grau III, e 34 (47%) Grau IV. Desessete pacientes (24%) apresentavam lesões associadas de vísceras abdominais. A maioria d falha do TNO ocorreu 7 dias de trauma. Em 5 casos (7%) a causa da falha foi a presença de blush de contraste na tomografia, em 30 casos (42%) estava associada à presença de hematoma subcapsular, em 35 casos (48%) a falha foi associada a taquicardia ou queda de hematócrito e em 2 casos (3%) a causa foi lesão despercebida. Do 72 de pacientes em que houve falha do TNO 42 (60%) receberam hemocomponentes durante a internação. A esplenectomia total foi o procedimento realizado em 68 pacientes (94%). A mortalidade total foi de 7% (5 casos), sendo o óbito decorrente da lesão esplênica em apenas 1 caso (1%). Conclusão: A falha do TNO ocorre principalmente nas lesões esplênicas grau IV. É importante mudar a abordagem inicial dessa lesão antes de selecionar o paciente para TNO. A presença de hematoma subcapsular esplênico é um importante fator que predispõe a falha do TNO.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1305

TÍTULO DO TRABALHO: FILTROS DE QUALIDADE: UMA MANEIRA DE IDENTIFICAR PONTOS DE ATENÇÃO NO ATENDIMENTO AO TRAUMATIZADO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CRISTIANO BELOW1; JOSE GUSTAVO PARREIRA2; THIARA ALVES MATOS1; ISABELA CAMPOS BRIANTI1; FELIPE ARAUJO MORAES DOS SANTOS1; JACQUELINE ARANTES G. PERLINGEIRO3; SILVIA CRISTINE SOLDA3; JOSE CESAR ASSEF3. 1. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CACA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 3. IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: Analisar a utilidade de filtros de qualidade? pré-estabelecidos para a identificação de oportunidades de melhora no atendimento ao traumatizado.Método: Revisão retrospectiva de dados do Registro de Trauma (2015). Foram incluídos adultos vítimas de trauma internados e que tiveram seu caso revisto pelo Programa de Qualidade no Atendimento ao Traumatizado. Além dos dados gerais da amostra, avaliamos a frequência e tipo de complicações e óbitos. A estratificação da gravidade foi feita pelos índices RTS, ISS e TRISS. Os filtros de qualidade analisados foram os seguintes: Drenagem de hematoma subdural agudo após 4 horas da admissão em pacientes com ECGResultados: Analisamos 663 casos. A média etária foi de 39 + 9 anos. Cerca de 80% eram vítimas de trauma fechado. As médias de RTS, ISS e TRISS foram: 6,7 + 1,4; 6,8 + 11,3 e 0,90 + 0,20. Quarenta e sete pacientes morreram (7%), principalmente devido a traumatismo craniano (51%). A frequência dos filtros na amostra foi a seguinte: F1 (1,4%), F2 (0,3%), F3 (0,8%), F4 (0,5%), F5 (0,2%), F6 (2,0%), F7 (0,3%), F8 (0,2%), F9 (0,2%) e F10 (1,8%). Relacionaram-se significativamente com a presença de complicações: F2, F3 e F7. Foram significativamente associados a maior letalidade: F1 e F3. O Filtro 10 foi significativamente associado com melhor sobrevivência e menor taxa de complicações.Conclusão: A análise dos filtros de qualidade em questão foi capaz de identificar oportunidades de melhora no atendimento ao traumatizado, contudo, devido a baixa frequência observada na nossa amostra, novas propostas devem ser desenvolvidas.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1020

TÍTULO DO TRABALHO: IL-6 é um Potencial Marcador Imunológico da Coagulopatia Aguda do Trauma

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANDRE GUSMAO CUNHA1; ANA CELIA DINIZ C. BARBOSA ROMEO1; ODDONE FREITAS MELRO BRAGHIROLI2; PEDRO HUMBERTO FÉLIX DE SOUSA FILHO2; ANDRÉA MENDONÇA GUSMÃO CUNHA2; ROBERTO JOSÉ MEYER NASCIMENTO2. 1. HOSPITAL DO SUBÚRBIO, SALVADOR - BA - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, SALVADOR - BA - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: A descrição da coagulopatia como evento precoce em pacientes politraumatizados levou à inferência de que esta alteração ocorre por distúrbios imunológicos/inflamatórios. Entretanto, tais mecanismos ainda não foram completamente elucidados. Este estudo pretende comparar o perfil imunológico de pacientes traumatizados com e sem coagulopatia aguda do trauma.Método: Estudo transversal de pacientes politraumatizados graves (ISS>15) admitidos no Hospital do Subúrbio. Foram excluídos pacientes admitidos com > 2 horas pós-lesão, ou que tenham sido administrados mais que 2000mL de soluções cristaloides, ou sem RNI admissional (Amostras de soro foram coletadas à admissão do paciente. Alíquotas destas amostras foram armazenadas em criotubos a -70ºC, para definir a dosagem de citocinas (IL-6, IL-10, TNF) realizada por citometria de fluxo. Amostras não analisadas foram descartadas.Os pacientes foram divididos em dois grupos - sem Coagulopatia Aguda do Trauma (CoAT-), com RNI1,2 - e suas dosagens de citocinas foram comparadas.Resultados: 2602 pacientes politraumatizados foram admitidos no Hospital do Subúrbio entre Junho/2015 e Novembro/2016. Amostras de 49 pacientes graves (ISS>15) foram coletadas para o estudo imunológico, sendo 25 pacientes CoAT- e 24 pacientes CoAT+. As dosagens de TNF e IL-10 não apresentaram diferença entre os grupos CoAT- e CoAT+ (p=0,457 e p=0,163, respectivamente). Níveis séricos de IL-6 foram maiores em pacientes CoAT+ (355 pg/mL vs. 93 pg/mL, p=0,001). A área sob a curva ROC para IL-6 foi de 0,778 (IC 95% 0,638 ? 0,918), com ponto de corte de 194 pg/mL apresentando sensibilidade 75% e especificidade de 80% para CoAT+.Conclusões: Pacientes CoAT+ apresentam uma níveis significativamente elevados de IL-6. Seu bom desempenho na curva ROC torna IL-6 um potencial marcador imunológico da Coagulopatia Aguda no Trauma.Bibliografia:AISIKU, I. P. et al. Plasma cytokines IL-6, IL-8, and IL-10 are associated with the development of acute respiratory distress syndrome in patients with severe traumatic brain injury. Crit Care, 20, 288?297, 2016.GENÉT, G. F. et al. Trauma-induced coagulopathy: standard coagulation tests, biomarkers of coagulopathy, and endothelial damage in patients with traumatic brain injury. J of Neurotr, 30, 301?306, 2013.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2801

TÍTULO DO TRABALHO: IMPACTO DA ASSOCIAÇÃO DAS LESÕES ESPLÊNICA E HEPÁTICA NO PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RAFAEL LEME CURADO; NATALIA GALVAO SILVA; ALCIR ESCORIA DORIGATI; BRUNO MONTEIRO TAVARES PEREIRA; ELCIO SHIYOITI HIRANO; GUSTAVO PEREIRA FRAGA. UNICAMP, CAMPINAS - SP - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: Analisar e comparar os resultados através da Classificação de Lesões Traumáticas da AAST de pacientes com lesões esplênicas isoladas com àqueles com lesões hepaticas associadas.Métodos: Estudo realizado de forma retrospective emu ma base de dados da Disciplina de Cirurgia do Trauma coletados de forma prospective de pacientes internados no hospital universitário da Universidade estadual de Campinas ? UNICAMP. Os pacientes que foram elegíveis para esta análise estão divididos em dois grupos: (a) com trauma esplênico isolado e (b) trauma hepatico associado.Resultados: No período, 272 pacientes foram admitidos com trauma esplênico isolado e 206 com trauma esplênico e hepático associados. Noventa e oito pacientes (36,03%) foram tratados conservadoramente em grupo isolado; e vinte e cinco pacientes (12,14%) do grupo com lesão associada foram tratados conservadoramente (p Conclusão: A abordagem não-operatório dos traumas abdominais fechados poderia ser mais eficiente, não importando se existem lesões associadas no paciente. As lesões associadas foram relacionadas com uma maior taxa de complicações, necessidade de hemoderivados, mortalidade geral e tempo de permanência hospitalar, mas não a mortalidade tratamento não-cirúrgico.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1330

TÍTULO DO TRABALHO: PROTOCOLO DE PROFILAXIA DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO EM PACIENTES POLITRAUMATIZADOS HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LUIZ CARLOS VON BAHTEN; CRISTIANO SILVA PINTO; GIOVANNA GULIN GUARINELLO; MATHEUS HENRIQUE LIMA PUPULIN. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU, CURITIBA - PR - BRASIL.

RESUMO:

OBJETIVO: Reduzir as ocorrências de TVP e TEP assim como suas consequências através da orientação sobre a profilaxia do tromboembolismo venoso baseada na literatura atual, dentro das limitações existentes e considerando que o local de aplicação do mesmo é um hospital escola e 100% SUS.METODOLOGIA: Avaliação do espectro de pacientes e cirurgias realizadas em nosso serviço, sendo uma grande parte de poli traumatizados e definição de um protocolo para profilaxia de TVP e TEP nesses pacientes.RESULTADOS: Formulação de um formulário para preenchimento classificando os pacientes quanto a necessidade de profilaxia, os fatores de risco para profilaxia e as contraindicações das mesmas, a ser preenchido no pré-operatório ou no início do internamentoCONCLUSÕES: Apesar de pacientes poli traumatizados não possuírem protocolos específicos quanto ao uso de profilaxia, se faz necessário avaliar todos os pacientes cirúrgicos, poli traumatizados ou não, quanto ao risco de desenvolvimento de TVP/TEP. Assim sendo, como proposta para melhoria da implementação do uso correto da profilaxia para TEV em pacientes cirúrgicos sugerimos a implementação do questionário abaixo junto aos documentos do pré-anestésico de todos os pacientes cirúrgicos deste hospital.BIBLIOGRAFIA:Protocolo de Profilaxia de Tromboembolismo Venoso em Pacientes Internados do Hospital Sírio-Libanês, 2011 Estudo comparativo entre protocolos para profilaxia da trombose venosa profunda: uma nova proposta, Rev. Bras. Cir. Plást. 2010 Hypercoagulability following blunt solid abdominal organ injury: when to initiate anticoagulation, Am J Surg. 2013 December Management of Deep Vein Thrombosis (DVT) Prophylaxis in Trauma Patients, Bull Emerg Trauma 2016 Venous Thromboembolism Prophylaxis; Clinics in Colon and Rectal Surgery, 2013 Prevenção de Tromboembolia Venosa, Protocolos Clinicos, 2013, FHEMIG, Minas Gerais Selective nonoperative management of blunt hepatic injury, J Trauma Acute Care Surg, Aug, 2012 Stassen et al Selective nonoperative management of blunt splenic injury: An Eastern Association for the Surgery of Trauma practice management guideline, J. Trauma Acute Care Surg, Aug. 2012 International clinical practice guidelines for the treatment and prophylaxis of venous thromboembolism in patients with cancer. J Thromb Haemost 2013 A retrospective analysis of the effectiveness of low molecular weight heparina for venous thromboembolism prophylaxis in trauma patients Am J of Surgery 2014?

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 948

TÍTULO DO TRABALHO: RNI admissional na avaliação da coagulopatia no trauma

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANDRE GUSMAO CUNHA1; ANA CELIA DINIZ C. BARBOSA ROMEO1; ODDONE FREITAS MELRO BRAGHIROLI2; PEDRO HUMBERTO FÉLIX DE SOUSA FILHO2; ANDRÉA MENDONÇA GUSMÃO CUNHA2; ROBERTO JOSÉ MEYER NASCIMENTO2. 1. HOSPITAL DO SUBÚRBIO, SALVADOR - BA - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, SALVADOR - BA - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: Hemorragia é a principal causa de óbito hospitalar por trauma e cerca de 25% dos pacientes politraumatizados são adimitidos com coagulopatia. Poucos serviços no mundo dispõem de tromboelastograma para o diagnóstico da coagulopatia no trauma. Este estudo utiliza o RNI admissional para comparar parâmetros clínicos, laboratoriais e desfechos hospitalares de pacientes politraumatizados. Método: Estudo de coorte prospectivo de pacientes politraumatizados admitidos no Hospital do Subúrbio. Dados clínicos (mecanismo de trauma, choque hemorrágico) e desfechos finais (hemotransfusão e mortalidade) dos pacientes foram extraídos do Sistema de Prontuário Eletrônico, compilados para um sistema de Business Intelligence (BI), e posteriormente exportados para uma planilha Excel. Dados laboratoriais (RNI, R, plaquetas, fibrinogênio) foram avaliados na admissão (1,2 - e seus dados foram comparados.Resultados: Dos 2602 pacientes politraumatizados admitidos no Hospital do Subúrbio entre Junho/2015 e Novembro/2016, 1074 pacientes colheram RNI admissional, com 300 pacientes C+ (27,9%). Pacientes C+ apresentaram maior incidência de trauma penetrante (50,7% vs. 23,4%, pConclusões: O RNI admissional (1,2) em nosso meio está associada ao trauma penetrante e ao choque hemorrágico, apresentando maior tempo de internação, maior taxa de admissão em terapia intensiva, maior necessidade de cirurgia e piores desfechos hospitalares, com maiores taxas de hemotransfusão e de mortalidade.Bibliografia:HOLCOMB, J. B. et al. Admission Rapid Thrombelastography Can Replace Conventional Coagulation Tests in the Emergency Department. Ann Surg, v. 256, n. 3, p. 476?486, 2012.MAEGELE, M., SCHÖCHL, H., & COHEN, M. J. An Update on the Coagulopathy of Trauma. Shock, v. 41, n. 18, p. 21?25, 2014.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1174

TÍTULO DO TRABALHO: Utilização de critérios clínicos para a seleção das vítimas de trauma fechado que necessitam de radiografia simples de pelve à admissão

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: THIARA ALVES MATOS; JULIO PATROCINIO MORAES; JOSE GUSTAVO PARREIRA; SILVIA CRISTINE SOLDA; JACQUELINE ARANTES G. PERLINGEIRO; PEDRO DE SOUZA LUCARELLI ANTUNES; MURILO GOLIN; JOSE CESAR ASSEF. FCMSCSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: identificar, baseados em critérios clínicos, um grupo de vítimas de trauma fechado com baixa probabilidade de apresentar alterações na radiografia simples de pelve à admissão (RXP).Métodos: Análise retrospectiva dos dados de registro de trauma em um período de 24 meses entre 2008 e 2010. Foram selecionados adultos vítimas de trauma fechado que realizaram RXP à admissão. Avaliamos as seguintes variáveis clínicas: exame neurológico normal à admissão (ExNN), estabilidade hemodinâmica (EH), exame físico de pelve normal à admissão (ExPN), idade inferior a 60 anos (ID2 cabeça, abdome, extremidades). Estes critérios clínicos foram progressivamente sobrepostos para selecionar um grupo com a menor probabilidade de apresentar uma RXP anormal à admissão.Resultados: 5536 vítimas de trauma fechado foram incluídas no estudo. Foram identificados 101 (3,3%) RXP anormais dentre os 3055 pacientes que apresentavam RXP na admissão. Nos 1862 com ExNN, identificamos 38 RXP alteradas (2,0%). Nos 1535 com ExNN e EH, observou-se 28 RXP alterados (1,8%). Nos 1506 com ExNN, EH e ExPN, identificamos 21 com RXP positivo (1,4%). Dos 1202 com ExNN, EH, ExPN e IDConclusão: Ao adicionar critérios clínicos, é possível identificar um grupo vítimas de trauma fechado com chance muito baixa de apresentar fraturas pélvicas. A necessidade de RXP neste grupo deve ser revista.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1370

TÍTULO DO TRABALHO: Abdômen Agudo Inflamatório Cirúrgico no Idoso Dependente e Muito Idoso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARIANA SIMEONI MONTEIRO DE GUIMARÃES; ROBERTO OSMAR DE C. ESTEVES; LIA ROQUE ASSUMPCAO. HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: A população mundial de idosos progride anualmente. Dor abdominal é uma queixa comum em idosos, 50% dos pacientes com esses sintomas são internados, e destes 30% serão submetidos a intervenções cirúrgicas. Considera-se pela OMS Idoso Dependente e Muito Idoso pacientes acima de 75 anos e este grupo de pacientes apresentam sintomas mais tardios de abdômen agudo inflamatório cirúrgico, aumentando a morbimortalidade da cirurgia de emergência.O presente estudo objetiva relatar série de casos de abdômen agudo cirúrgico inflamatório em 14 pacientes acima de 75 anos.Métodos: Foi realizado estudo retrospectivo, descritivo e analítico de pacientes submetidos a cirurgia de emergência por abdômen agudo, atendidos consecutivamente no Hospital Central do Exercito entre Janeiro de 2015 a Dezembro de 2016. Características do procedimento, comorbidades dos pacientes e morbimortalidade durante a internação foram computados.Resultados: Na data da cirurgia a idade em média foi de 81,2 anos com prevalência do sexo feminino de 71,4%. Entre os procedimentos realizados, 14,2% foram decorrentes de apendicite aguda, 28,6% de colectomias, 28,6% de obstrução de intestino delgado, 28,6% de colecistite aguda por via laparoscópica. Câncer foi o diagnóstico histopatológico de 21,4% dos pacientes e colostomia foi realizada em 28,6% das abordagens. Morbimortalidade foi de 28,6% em 60 dias: dos três pacientes que precisaram ser reoperados, dois evoluíram para óbito por sepse pulmonar na mediana de 48 dias de internação. A mediana global dos dias de internação foi de 6,5 dias. Comorbidades clínicas foram apresentadas em 85,7% dos pacientes, sendo: hipertensão (71,4%), insuficiência cardíaca (21,4%), DPOC (7,1%), renal crônico (7,1%), coronariopatia (7,1%), diabetes mellitus (21,4%) e demência (7,1%).Conclusão: As reoperações nos idosos acima de 75 anos podem estar associadas ao aumento da morbimortalidade cirúrgica no abdômen agudo inflamatório. A fragilidade do sistema pulmonar deve ser levada em consideração como fator complicador das reoperações. Apesar da prevalência alta de comorbidades entre os pacientes a resolução do quadro cirúrgico foi efetiva em sua maioria.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2353

TÍTULO DO TRABALHO: ABORDAGEM LAPAROSCÓPICA DA OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR BRIDAS: SÉRIE DE CASOS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CAMYLLE REIS FIGUEIREDO1; JOSE FRANCISCO DE MATTOS FARAH1; DIRCE MARIA DE A. D. GIBELLI1; ALBERTO GOLDENBERG2; ADRIANO CORONA BRANCO1; MARCELLO BIANCHI TRIVINO3; MAURICIO RODRIGUES LACERDA1; ELLEN TREVELIN1; GABRIEL LACERDA ESTEVES1. 1. IAMSPE, SAO PAULO - SP - BRASIL; 2. EISNTEIN, SAO PAULO - SP - BRASIL; 3. ALVORADA, SAO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

INTRODUÇÃO/OBJETIVO Abdome agudo obstrutivo AAO é uma afecção muito frequente nos serviços de urgência, corresponde a cerca de 20% das internações em serviços cirúrgicos. O intestino delgado é um sitio frequente de obstrução intestinal sendo bridas e aderência (B&A) a principal causa. Necessitam de cirurgia casos de refratários ao tratamento clínico ou na suspeita de complicações. O tratamento padrão atual é a laparotomia, porém um número crescente de procedimentos laparoscópicos tem sido feito na lise de B&A. O objetivo deste trabalho é apresentar a experiência do nosso serviço na abordagem laparoscópica da lise de B&A. MATERIAIS E MÉTODO Avaliação retrospectiva de prontuários de 24 pacientes indicados para tratamento laparoscópico no pedido de 2010-Jan 2017. Foram 9 masculino e 15 feminino com idade media 46,5 anos entre 15 e 91. Todos os casos inicialmente receberam tratamento clínico padronizado, realizaram tomografia para complementação diagnóstica. Foram indicados casos refratários ao tratamento clínico ou na suspeita de complicação. Sempre se empregou a técnica aberta para realização de pneumopertoneo, procedendo-se a inspeção cuidadosa para o diagnóstico do ponto de obstrução. Realizou-se lise sem uso de cautério. Após o término manteve-se a sonda gástrica rotineira. RESULTADOS/DISCUSSÃO: Houve duas conversões para laparotomia (8,3%) sendo achado em 18 casos A&B, 1 caso de tumor de delgado, 1 caso de endometriose de íleo, 1 caso brida + hérnia de Richter, 1 caso de torção de colón e 2 casos de intussecpção de divertículo Meckel. Houve uma lesão de delgado identificado no intra-operatório. No pós-operatório 2 complicações necessitaram de laparotomia, com achado nova obstrução em um e de lesão de alça de delgado no outro caso. Este último caso pós-operatório de cirurgia bariátrica apresentou complicações sépticas e faleceu. Os demais casos tiveram evolução favorável, recebendo alta no 1 ao 8 PO (média 1,8 dias). Não houve recidiva de sintomas ou outras complicações no seguimento ambulatorial. CONCLUSÃO: a abordagem laparoscópica embora factível ainda tem limites quanto a indicação universal. Estudos comparativos e seleção criteriosa são recomendados. REFERENCIAS: Ville Sallinen, Heidi Wiktrom, Mikael Victorzon, Paulina Salminen, Vesa Koivukangas, Ejia Haukijarvi, et al. Laparoscopic open adhesiolysis for small bowel obstruction ? a multicenter, prospective, randomized , controlled trial. BMC Surgery. 2014; 14:77.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1945

TÍTULO DO TRABALHO: Análise comparativa entre apendicectomia videolaparoscópica e aberta convencional realizada em hospital público de referência em Salvador, Bahia (Brasil).

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GUSTAVO HENRIQUE MENDES RIBEIRO MAIA1; ANDRE GUSMAO CUNHA1; MARCIO RIVISON SILVA CRUZ2; ANA CELIA DINIZ C. BARBOSA ROMEO2. 1. UFBA, SALVADOR - BA - BRASIL; 2. HOSPITAL DO SUBÚRBIO, SALVADOR - BA - BRASIL.

RESUMO:

Objetivos: Avaliar os resultados da apendicectomia videolaparoscópica (AVL) comparando à apendicectomia aberta convencional (AAC) e caracterizar o perfil dos pacientes submetidos à apendicectomia em um hospital público de Salvador, Bahia (Brasil).Método: Estudo de coorte retrospectivo, de pacientes submetidos a apendicectomia aberta e videolaparoscópica, por apendicite aguda, no Hospital do Subúrbio ? Bahia, entre janeiro/2012 e dezembro/2013. Dados epidemiológicos, clínicos, laboratoriais e desfechos finais dos pacientes foram extraídos do Sistema de Prontuário Eletrônico e analisados com o auxílio do software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 17.0 (Chicago, EUA).Resultados: 517 pacientes apresentaram diagnóstico de apendicite aguda no período estudado. A AVL foi o tratamento mais frequente, com 311 pacientes (60,2%), e taxa de conversão de 8,4%. Pacientes masculinos foram mais submetidos a AAC (70,5% vs. 54,2%, pDentre os pacientes que realizaram AVL 48,3% eram estágio I em comparação com 22,8% que realizaram AAC, mostrando diferença estatística também. Os pacientes que foram classificados como estágio II e III foram mais submetidos AAC, também com relevância estatística.A hospitalização dos pacientes submetidos à AAC foi de 4,46 dias (Max.=31,45 e Min.=0,7). Já os pacientes submetidos à AVL permaneceram 3,62 dias (Max.=39,44 e Min.=0,46). Foi encontrado diferença estatisticamente significante em relação a mediana de permanência no hospital, sendo que os pacientes submetidos a AVL tem um tempo de permanência menor (2,8 x 3,1 dias, p=0,01). Não foi constatado nenhum óbito intra-operatório e apenas 13 pacientes (2,5%) precisaram de UTI no pós-operatório, sendo 8 submetidos a AAC e 5 AVL, dos quais 2 houve conversãoConclusões: A AVL é segura, eficaz, demanda menor tempo de internamento e potencialmente redutora de custos hospitalares. Sua ampla implementação nos hospitais da rede SUS deve ser incentivada. Bibliografia:Nicola Z, Gabriella S, Alberto M, Saverio CF. Transumbilical laparoscopic-assisted appendectomy in children: Clinical and surgical outcomes. World J Gastrointest Endosc. 2014 ;6(4): 101?4. Wray CJ, Kao LS, Millas SG, Tsao K, Ko TC. Acute appendicitis: controversies in diagnosis and management. Curr Probl Surg. 2013; 50(2): 54?86.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1661

TÍTULO DO TRABALHO: Avaliação retrospectiva do uso do score AIMS65 nos pacientes admitidos com diagnostico de hemorragia Digestiva Alta

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: HEITOR FERNANDO XEDIEK CONSANI1; MARILIA COLTURATO CLETO2; YASMINE HENRIQUES DE FIGUEIREDO REBECCHI2. 1. CENTRO CIRURGIA DA HÉRNIA E UNIDADE REGIONAL DE EMERGENCIA - CHS, SOROCABA - SP - BRASIL; 2. UNIDADE REGIONAL DE EMERGENCIA - CHS, SOROCABA - SP - BRASIL.

RESUMO:

É sabido que a utilização de score de risco em hemorragia digestiva alta seja importante é recomendado por diversas sociedades sua utilização ainda não é frequente em nosso meio. Diversos estudos principalmente os multicêntricos vem mostrando benefícios da utilização no manejo desses pacientes.Avaliamos em nosso serviço retrospectivamente prontuários de pacientes com hemorragia digestiva alta não varicosa aplicando o AIMS65 ? AlbuminaLevando-se em conta como resultado a mortalidade e tempo de internaçãoOs dados de pacientes admitidos no serviço de emergência do Conjunto Hospitalar de Sorocaba com sangramento digestivo alta agudo foram levantados e anlisados aplican-se o AIMS65.Para aqueles sem fatores de risco, a taxa de mortalidade foi de 0,3% em comparação com 40% em pacientes com todos os 5 (P 0,001).A mortalidade global foi de 10,3% (n = 26), e foi de 3%, 7,8%, 20%, 36% e 40% para os escores AIMS65 de 1, 2, 3 , 4 e 5 respectivamente; Estes valores foram significativamente mais elevados naqueles com escores ? 2 do que naqueles com escore Limitações: Dados de banco de dados usados ??não incluem resultados como resangramento.Conclusões: AIMS65 é um escore de risco simples e preciso que prevê mortalidade intra-hospitalar e tempo de internação

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2881

TÍTULO DO TRABALHO: FATORES CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS NOS PACIENTES COM OBSTRUÇÃO INTESTINAL.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FERNANDO ANTONIO MARTINS BERMUDES; FERNANDO TORRES BERMUDES; LUIS ALBERTO VALENTE LAUFER; STEPHANNY DE CARVALHO BARBOSA; GUSTAVO GOMES OLIVEIRA; NATHALIA VILLARINS PEDROSA. HOSPITAL ESTADUAL DR JAYME SANTOS NEVES, VITÓRIA - ES - BRASIL.

RESUMO:

IntroduçãoObstrução intestinal é uma causa frequente de abdome agudo, correspondendo a 4,8% de todos os pacientes cirúrgicos admitidos em prontos-socorros e 21,8% naqueles com manejo cirúrgico. Ocorre mais no intestino delgado (80%). Tem causas variadas, com mortalidade elevada.ObjetivoDefinir o perfil clínico epidemiológico de pacientes com obstrução intestinal e avaliar os possíveis fatores de agravo.MétodoEstudo de abordagem quantitativa e mista com análise retrospectiva de prontuários de pacientes atendidos com diagnóstico de obstrução intestinal entre 01/01/2015 e 01/01/2016. Avaliaram-se variáveis epidemiológicas e clínicas com análise descritiva em percentual e busca de fatores relacionados a agravos da doença. Este estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa do HUCAM.ResultadosForam selecionados 68 pacientes, a maioria do sexo feminino, 54,41%, raça negra (51,47%), com comorbidades 57,35%, média de idade de 58 anos e média do tempo de internação de 11 dias. Cirurgia abdominal prévia apareceu em 39,7%. Encontramos relação positiva, com significância estatística quanto aos pacientes com conduta conservadora e internação em UTI, assim como óbito, entre o número de exames solicitados e a conduta conservadora e entre o tempo até a cirurgia e conduta conservadora além de internação em UTI.ConclusãoHouve predomínio do sexo feminino, raça negra e tempo de internação prolongado, com muitas comorbidades, principalmente hipertensão. Solicitação de exames elevada aconteceu mais em pacientes com conduta inicial conservadora, e isso levou mais pacientes à UTI e ao óbito. O tempo maior até a cirurgia teve relação com conduta conservadora e internação em UTI.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1000

TÍTULO DO TRABALHO: OS BENEFÍCIOS DO USO DA ESCALA DE ALVARADO EM UMA EMERGÊNCIA CIRÚRGICA DE UM HOSPITAL SECUNDÁRIO.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CARLOS MAGNO QUEIROZ DA CUNHA1; GIOVANNI TROIANI NETO1; ANDRE CAVALCANTE BRASIL1; DIEGO FREITAS FÉLIX1; VICTOR ANDRADE DE ARAÚJO1; FRANCISCO JULIMAR C. DE MENEZES1; ROMMEL RENO PORCINO REINALDO2; DANIEL DIAS DE HOLANDA FREITAS1. 1. UNIVERSIDADE DE FORTALEZA, FORTALEZA - CE - BRASIL; 2. HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:

OBJETIVOApendicite aguda é a principal causa de abdome agudo cirúrgico e apesar de simples nas primeiras 24 horas, pode evoluir com perfuração e necrose após 48-72 horas. Visando maior acurácia diagnóstica, a escala de Alvarado utiliza dados clínicos e do hemograma para sugerir abordagem cirúrgica. Assim, o presente trabalho avaliou os benefícios da escala de Alvarado em uma emergência cirúrgica de um hospital secundário.MÉTODOEstudo prospectivo, realizado com 40 pacientes submetidos à apendicectomia, nos quais foram coletados: início da dor abdominal e pontuação pela escala de Alvarado. Ademais, durante ato cirúrgico foram registrados o grau do do processo inflamatório do apêndice vermiforme, presença de plastrão, tipo de tratamento do coto apendicular e intercorrências. Dados foram analisados no programa SPSS v.22.RESULTADOSTodos os pacientes pontuaram acima de 6 na escala de Alvarado, 52,5% com escore máximo, sendo a média de 9,32 pontos. Dor à descompressão brusca (mais de 95% dos casos) e anorexia (mais de 90%) como principais sintomas encontrados no estudo ratificam dados da literatura. Leucocitose isolada e associada a desvio à esquerda, presente em 100% e 95% dos casos, respectivamente, reforçam a relação da escala de Alvarado com graus mais avançados de apendicite. Diante disso e das limitações técnicas e estruturais (ausência de exames de imagem mais acurados) no serviço da presente pesquisa, a escala de Alvarado ganha maior valor na elucidação da abordagem de pacientes com suspeita de apendicite aguda.Foram achadas 27,50% de apendicites grau II, 35,00% III, 27,50% IV e 10,00% V. Apenas 12,50% dos pacientes com dor abdominal a menos de 72 horas apresentaram plastrão. Tal proporção aumenta para 50,00% em pacientes com 4-7 dias, e a partir de 8 dias, todos tiveram tal achado durante a cirurgia. O tratamento do coto apendicular foi feito preferencialmente por bolsa de tabaco (80,00%), porém, em apêndices com base necrosada ou por preferência do cirurgião, foram utilizadas outras técnicas: ligadura simples (15,00%), N de Moynihan (5,00%). A média de alta foi 3,375 dias, com mediana e moda de 3 dias. Apenas uma infecção de ferida operatória e um seroma foram relatados após um mês.CONCLUSÃOApesar de não identificada significância estatística entre escala de Alvarado e grau do apêndice ou dias de dor, ela ainda é ferramenta de grande utilidade diagnóstica, além de altas pontuações correlacionarem-se com a progressão do processo inflamatório apendicular.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2124

TÍTULO DO TRABALHO: PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE EMERGÊNCIA DE SÃO LUÍS, MARANHÃO.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ARTUR SERRA NETO1; PAOLO MENEZES MIRANDA2; JOSE ARIMATEA ALVES DE CARVALHO JUNIOR3; ANNA FLAVIA MOREIRA DE FARIA4; ANNE NATHALY ARAUJO FONTOURA4; RAYLA BEZERRA ROCHA2; BIANCA SANTANA DE SOUZA4. 1. HOSPITAL DR. CLEMENTINO MOURA - SOCORRAO II, SAO LUIS - MA - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE CEUMA, SAO LUIS - MA - BRASIL; 3. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, SÃO LUÍS - MA - BRASIL; 4. UNIVERSIDADE CEUMA, SÃO LUÍS - MA - BRASIL.

RESUMO:

INTRODUÇÃO: O abdome agudo obstrutivo é uma afecção muito frequente, cerca de 20% das internações em serviço de cirurgia por acometimento agudo abdominal são devidas a obstruções intestinais. O manejo seguro e efetivo depende do diagnóstico rápido e preciso e para isso é essencial o conhecimento do perfil clínico-epidemiológico do mesmo. OBJETIVOS: Traçar o perfil clínico-epidemiológico de pacientes com abdome agudo obstrutivo em um hospital público de emergência em São Luís ? Maranhão, buscando identificar as causas mais prevalentes que levaram os pacientes à procura de atendimento médico de emergência. MÉTODO: Estudo transversal, retrospectivo, através da análise de prontuários de pacientes com diagnóstico de obstrução intestinal, admitidos no hospital de Emergência Dr. Clementino Moura ? Socorrão II, no período de Janeiro de 2015 a Dezembro de 2015. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade CEUMA. RESULTADOS: Obteve-se uma amostra de 52 pacientes, destes 71.2% (37) do sexo masculino e 28.8% (15) do feminino. A frequência se mostrou maior em pacientes entre 40-49 anos (21.2%). A maioria dos pacientes são da capital 65.4% (34). O tempo de surgimento dos sintomas mais frequente, até o paciente chegar ao hospital, foi após as 48 horas com 55.8% (29). As principais etiologias da obstrução foram hérnias, bridas/aderências e tumores correspondendo, respectivamente, 48.1%(25), 23.1% (12) e 9.6%(5). Volvo de sigmoide foi responsável por 9,6% (5) e demais causas (9,6%). A perfusão tecidual das alças encontrava-se frequentemente simples em 75%(39), o nível da obstrução foi predominantemente alta 67.3%(35) e a forma de oclusão mais comum foi do tipo em alça fechada com 57.7%(30) dos casos. Em 12 pacientes realizou-se somente lise de bridas e aderencias, em 20 enterectomia com entero-anastomose, em 5 Hemicolectomia direita com ileostomia e também em 5 hemicolectomia esquerda a Hartman. Demais pacientes condutas variadas. Em relação a evolução, a taxa de alta hospitalar se destacou em relação a de óbito com 82.7%. O tempo de permanência hospitalar mais comum era entre 1 e 6 dias 63.5%(33). CONCLUSÃO: A partir deste estudo conseguimos traçar o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes com obstrução intestinal, dados que servem para orientar os profissionais da área da saúde para uma abordagem mais rápida e eficiente, objetivando assim uma menor taxa de morbimortalidade dos doentes.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 3068

TÍTULO DO TRABALHO: PERFIL DE PACIENTES COM SINDROME DE FOURNIER TRATADOS EM HOSPITAL PÚBLICO TERCIÁRIO NO OESTE DO PARANÁ

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DJONEY RAFAEL DOS SANTOS; ANNATA TEIXEIRA DELLA COSTA; RAPHAEL FLAVIO FACHINI CIPRIANI; FERNANDO ANTONIO C. SPENCER NETTO. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ, CASCAVEL - PR - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: Analisar o perfil dos pacientes com SF tratados em hospital público terciário no oeste do Paraná.Métodos: Realizou-se um estudo transversal, retrospectivo e descritivo baseado de análise de prontuários de pacientes portadores de SF no período de janeiro de 2012 à novembro de 2016.Resultados: Foram tratados 40 pacientes com SF no período: 29 (72,5%) homens e 11 (27,5%) mulheres. A média de idade foi de 51,7 ±16,3 anos. A média do tempo de evolução da doença, do sintoma inicial até entrada no serviço, foi de 10,5 ± 1,2 dias. Todos os pacientes apresentaram algum sinal clínico como dor, abaulamento, eritema, entre outros e comorbidades associadas (38 pacientes - 95%), sendo as mais comuns diabetes mellitus (DM) tipo II e hipertensão arterial sistêmica (HAS). A maioria (30 pacientes ? 75%) apresentava como etiologia provável abscesso perianal. Todos os pacientes foram submetidos à antibioticoterapia e tratamento cirúrgico com média de 1,8 ± 1,1 cirurgias/paciente. Nove (22,5%) pacientes evoluíram para óbito. Houve forte correlação entre a presença de sepse na admissão e mortalidade.Conclusão: Pacientes portadores de SF desta casuística apresentavam longo tempo de doença e elevada prevalência de comorbidades. É possível que melhorias no sistema básico de saúde, com controle de doenças crônicas de base e encaminhamento precoce ao especialista, melhore o prognóstico destes pacientes.Bibliografia1.Dornelas MT, Correa MPD, Barra FML, Corrêa LD, Silva EC, Dornelas GV, Dornelas MC. Fournier?s syndrome: a 10-year evaluation study. Rev Bras Cir Plást. 2012;27(4):600-604. http://dx.doi.org/10.1590/S1983-51752012000400022. Santos EI, Vale ALVV, Reis ICPMR, Neves PB, Pontes CMP, Camara SGC. Brazilian scientific evidence on Fournier?s gangrene. Rev Rene. 2014;15(6):1047-1055. http://dx.doi.org/10.15253/rev%20rene.v15i6.33123.Ramirez B, Cavalheiro CS, Campioni FC, Solia MF, Franco RL, Minata MK. Síndrome de Fournier. Rev Fac Ciênc Med Sorocaba. 2014;16(1):1-6.4.Dias MLS, Popov DCS. Síndrome de Fournier: alterações do portador. Rev Enferm UNISA. 2009;10(1):44-47.5.Rocha DM, Bezerra SMG, Nogueira LT, Viana MCBR, Benício CDAV, Santos RR, Lopes VCA, Silva SS, Brito NLC, Macedo HCF, Silva DPS, Guimarães KM, Araújo EP, Sousa FM, Brito AGA, Junior RFS, Jesus AV. Scientific Evidenceson Therapeutic Methods in Treatment of Fournier?s Gangrene. Int Arch Med. 2016;9(251):1-9. http://imed.pub/ojs/index.php/iam/article/view/1910

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2768

TÍTULO DO TRABALHO: PERFIL DOS PACIENTES COM APENDICITE AGUDA COMPLICADA NO HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: VALDENOR NEVES FEITOSA JUNIOR; ANGELO CUNHA DE FIGUEIREDO FILHO; JEFFERSON MENEZES VIANA SANTOS; YILON LIMA CHENG; FRANCISCO EUGÊNIO DE VASCONCELOS FILHO; LUCAS BRUNO BORGES; LUCAS DE OLIVEIRA LIMA; JOSE ANTONIO CARLOS O.DAVID MORANO. HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: Traçar o perfil dos pacientes com apendicite complicada abordados no serviço de emergência cirúrgica do Hospital Geral de Fortaleza (HGF).Metodologia: Trata-se de estudo observacional, restrospectivo, descritivo analítico realizado a partir da revisão de prontuários médicos eletrônicos (sistema ars vitae) e materiais. No período de janeiro de 2015 à janeiro de 2016, foram selecionados 101 pacientes que se submeteram a tratamento cirúrgico por apendicite complicada no HGF, sendo que somente 92 pacientes enquadravam-se nos critérios de inclusão e não preenchiam os critérios de exclusão da pesquisa.Resultados: Os fatores como sexo, ASA, origem do paciente não demonstraram significância no aumento do tempo de internação hospitalar. A idade foi fator determinante no maior tempo de internação hospitalar tendo os pacientes idosos (?60 anos) uma internação hospitalar significativamente maior (p=0.046). O tempo entre o inicio dos sintomas e o tratamento definitivo teve uma média de 5,74 dias, tempo total de internação hospitalar teve uma média de 11.17 dias e os paciente demoraram cerca de 13.52 horas entre admissão hospitalar e a cirurgia. Todos esses tempos mostraram-se maiores que os apresentados pela literatura médica, tendo o tempo elevado entre o inicio dos sintomas e a cirurgia causado uma internação hospitalar significativamente mais prolongada (p= 0.02). A videolaparoscopia teve um tempo de internação hospitalar média de 5 dias, sendo significativamente menor em relação a cirurgia convencional (pConclusão: Vê-se a necessidade de uma melhor estruturação no atendimento inicial dos pacientes da emergência do HGF e de melhorar o acesso do usuário do SUS à emergência cirúrgica do HGF, diminuendo, assim, complicações e internações mais prolongadas. A ampliação do uso da videolaparoscopia parece ser uma alternativa para a redução dos custos econômicos e sociais apendicite complicada.Bibliografia: Horvath, P. et al. Comparison of clinical outcome of laparoscopic versus open appendectomy for complicated appendicitis. Surg Endosc. 2016 David R. Flum. Acute Appendicitis ? Appendectomy or the ?Antibiotics First? Strategy N Engl J Med 2015; 372:1937-1943 May 14, 2015

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2634

TÍTULO DO TRABALHO: Perfil epidemiológico das apendicectomias realizadas no Brasil, pelo Sistema Único de Saúde, no período de 2008 a 2014

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MATHEUS SILVA DE PAULA ROCHA1; RODRIGO SILVA DE PAULA ROCHA2; MARIA ISABEL RAMOS SARAIVA3; MATEUS QUARESMA MENDONÇA4; RODRIGO PARREIRA GOMIDE1; LUIZ CARLOS DE MORAIS1. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS - REGIONAL JATAÍ, JATAÍ - GO - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 3. CLÍNICA PARTICULAR, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 4. HUGOL - HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA, GOIÂNIA - GO - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo:Estudos têm comparado os métodos de apendicectomia aberta (AA) e apendicectomia videolaparoscópica (AV). Observa-se na literatura aparente vantagem da AV, a qual está associada a menor número de complicações pós-operatórias1,2,4 e menor tempo de internação1,2,3,4,5, mas por um outro lado, a um maior custo1,4,5,6. Pretende-se, assim, avaliar e comparar o perfil epidemiológico das AAs e AVs realizadas no Sistema Único de Saúde (SUS) nos últimos anos. Método:Estudo epidemiológico descritivo retrospectivo, referente aos procedimentos de AA e AV em caráteres eletivo e de urgência, realizados através do SUS, no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2014. Os dados foram obtidos a partir do Sistema Nacional de Informação de Agravos de Notificação (DATASUS-SINAN) e distribuídos em séries temporais quanto às variáveis: número de internações, custo médio de internação, tempo médio de permanência hospitalar, número de óbitos e taxa de mortalidade. Resultados:Em caráter eletivo, houve 34.723 apendicectomias, das quais 33.657 (96,03%) por técnica aberta e 1.066 (3,07%) por laparoscópica. O valor médio das internações oscilou, com média de R$ 482,13 para AA e R$ 533,44 para AV. O tempo médio de permanência apresentou declínio progressivo para AA e oscilou para AV, com médias de 3,91 dias e 3,54 dias, respectivamente. O número de óbitos foi de 78 para AA e 2 para AV. A taxa de mortalidade para AA oscilou e apresentou média de 0,23%, enquanto AV apresentou 0,18%. Já em caráter de urgência, notificaram-se 649.673 apendicectomias, com 636.939 (98,04%) AA e 12.734 (1,96%) AV. O custo médio das internações apresentou aumento progressivo para ambas técnicas, com média de R$ 554,00 para AA e R$ 581,65 para AV. O tempo médio de internação apresentou declínio para as duas técnicas, com média de 3,77 dias para AA e 3,62 dias para AV. Houve 1.795 óbitos para AA e 12 para AV. A taxa de mortalidade de AA apresentou média de 0,28% no período, contra 0,11% pela AV, a qual mostrou maior oscilação. Conclusões:Tanto em caráter eletivo quanto em de urgência, a AA foi a mais realizada no período. A técnica videolaparoscópica apresentou menor tempo médio de permanência hospitalar, menor número de óbitos e menor taxa de mortalidade. Apesar de a AV ter-se mostrado pouco mais onerosa, os benefícios gerados ao paciente por ser técnica minimamente invasiva devem ser considerados para sua adoção. No entanto, faz-se necessária infraestrutura, equipamentos e capacitação dos profissionais.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2747

TÍTULO DO TRABALHO: AVALIAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DOS CASOS DE NEOPLASIAS MALIGNAS DE PRÓSTATA NO ESTADO DO TOCANTINS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: UROLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JÚLIA CYRÍACO; ANA FLÁVIA RIBEIRO DE SOUSA; THIAGO DELMONDES FEITOSA; GUILHERME NASCIMENTO PINHEIRO; GEOVANA DO NASCIMENTO NUNES; LAYLLA LÚCIA BORGES PINHEIRO; BRENDA SILVEIRA DIAS; CELSO ROCHA DA SILVA. UNIRG, GURUPI - TO - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: Apresentar a incidência de neoplasias malignas de próstata no estado do Tocantins de novembro de 2014 à novembro de 2016 com hospitalização. É caracterizado como o sexto tipo de câncer mais prevalente a nível mundial e o mais comum em homens de diversos países, chegando a cerca de 10% dos canceres.[1] No Brasil até o ano de 2015 era estimado que 1 (um) em cada 6 (seis) indivíduos maiores de 45 anos tivessem o CA de próstata sem saber da presença da doença.[2] É visto como fator de risco a rafa afro americana, histórico familiar e obesidade com IMC>30.[3] Métodos: Levantamento epidemiológico baseado nos dados do Banco de Dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde ? DATASUS. Trata-se de um estudo transversal sobre internação por câncer maligno específico na próstata nos municípios tocantinenses. Resultados: Contabilizou-se 301 internações por neoplasias malignas em 12 municípios tocantinenses, incluindo as 4 cidades com maior aporte hospitalar no estado. Sendo que 55,14(n=166) casos registrados em Araguaína seguido por Palmas com 29,90%(n=90) dos registros e Gurupi com 3,98%(n=12). Quanto a faixa etária há predomínio desses cânceres em pacientes de 70 a 79 anos com 39,20%(n=118), seguido por 60 a 69 anos com 31,86%(n=96). Decorrente ao aumento da expectativa de vida dos pacientes, há vertentes visando melhorias no bem-estar e saúde, evitando também os efeitos adversos do tratamento.[1] A média de casos por município tocantinense foi de 25,08, com desvio padrão (S^1) de 50,86 e erro de S^1 de 14,68, com variância de 8227,73. A avaliação estatística na faixa etária mais acometida por cidade apresenta média de 13,11, com S^1 de 22,27 e erro de S^1 de 6,43 e variância de 496,36. Conclusão: A prevalência das neoplasias malignas da próstata é maior entre 70-79 anos no estado tocantinense devido possivelmente ao aumento da expectativa de vida, devem ser feitos maiores estudos a cerca do tema, a fim de esclarecer se existem demais fatores relacionados à idade que venham a predispor ao câncer.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1231

TÍTULO DO TRABALHO: Escore R.E.N.A.L. elevado está associado à conversão de Nefrectomia Parcial em Radical, no tratamento do Câncer Renal

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: UROLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JÉSSICA PALMA SOARES1; ANDRÉ COSTA MATOS2; MARCOS DALL`OGLIO2; JOÃO JUVENIZ2; LUIZ GUSTAVO TOLEDO3. 1. FACULDADE DE TECNOLOGIA E CIÊNCIAS, SALVADOR - BA - BRASIL; 2. INSTITUTO DO CÂNCER DO ESTADO DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 3. SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: Testar a hipótese de que o escore R.E.N.A.L. elevado é capaz de predizer a conversão cirúrgica da via laparoscópica para via aberta, ou a totalização intraoperatória da nefrectomia parcial para radical.Metodologia: Entre janeiro de 2010 e junho de 2012, 320 pacientes foram submetidos ao tratamento cirúrgico (nefrectomia parcial ou radical) para tumores renais no Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP). Os pacientes incluídos na amostra tinham tumores 01), calculose renal ipsilateral ao tumor, tuberculose renal, e os submetidos a cirurgias prévias no rim ou em andar superior do abdome ipsilateral ao tumor renal. Foi avaliada a acurácia do escore R.E.N.A.L. em prever a taxa de conversão cirúrgica, através de curva ROC, identificando o melhor ponto de corte deste escore.Resultados: Foram incluídos para análise dos dados, de acordo com os critérios de seleção, 71 pacientes. Em relação as características clínicas, a idade média foi de 60,0±12,7 anos, sendo 39 (54,9%) do gênero masculino. No que se refere às características patológicas dos tumores, a média do tamanho do tumor foi de 4,1 cm. A mediana do escore RENAL foi de 9 (IIQ 4-11), sendo a maioria (59,2%) de média complexidade. A acurácia do escore R.E.N.A.L. em prever taxa de conversão foi testada através da curva ROC que demonstrou uma AUC de 0,715 (0,595 - 0,836); p = 0,002. Avaliando-se um ponto de corte privilegiando a especificidade da informação, encontramos para R.E.N.A.L. > 9, 46% de sensibilidade e 78% de especificidade. Dos indivíduos que foram submetidos à totalização, 4 (8,9%) possuíam escore R.E.N.A.L. Conclusão: O escore R.E.N.A.L. pode ajudar na predição da necessidade de conversão da via de acesso laparoscópica para aberta, ou totalização da nefrectomia parcial durante o tratamento cirúrgico de tumores renais de até 7,0cm. Os pacientes com escore R.E.N.A.L. >9 estão sob maior risco.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1903

TÍTULO DO TRABALHO: O impacto de alterações histológicas do parênquima renal não-neoplásico na incidência de insuficiência renal crônica após nefrectomia radical

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: UROLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RICARDO ARAUJO BRANDINA; ROGÉRIO AUGUSTO GOMES SILVEIRA; GUILHERME IRIA FUJITA; CAROLINA FERREIRA BALDECERRA. PUC-LONDRINA, LONDRINA - PR - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: Avaliar a associação de parâmetros histopatológicos no parênquima renal não neoplásico com o desenvolvimento de doença renal crônica (DRC) de início recente após nefrectomia radical.Métodos: Os dados utilizados foram extraídos de 222 pacientes submetidos a nefrectomia radical. Utilizou-se a fórmula MDRD (Modification of Diet in Renal Disease). O ponto final do estudo foi o desenvolvimento de DRC, definida como uma taxa de filtração glomerular estimada (TFGe) menor que 60 mL / min / 1,73 m2. Um patologista renal avaliou três características histológicas no parênquima não neoplásico: glomeruloesclerose , arteriosclerose e fibrose intersticial. A avaliação da glomeruloesclerose foi calculada pelo número total de glomérulos escleróticos, dividido pelo número total de glomérulos avaliados, e expressa em porcentagem. A extensão da oclusão arterial foi quantificada em três grupos, nomeadamente: 1. 0%-25%, 2. 26%-50% e 3. Superior a 50%. A fibrose intersticial foi avaliada como ausente ou presente. Resultados: Após um seguimento médio de 49,06 meses, a redução média da TFGe foi de 26,5% após nefrectomia radical. Quase metade dos pacientes (53,8%) desenvolveram DRC. Para cada aumento de 2,5% em alterações glomerulares, cada aumento pontual no índice de comorbidade de Charlson e cada aumento de 10 anos na idade do paciente, a TFGe diminuiu 28%, 33% e 39%, respectivamente (P Conclusão: Alterações histológicas do parênquima renal não neoplásico podem ser utilizadas para predizer pacientes que evoluirão para DRC após uma nefrectomia radical.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2415

TÍTULO DO TRABALHO: Transplantes Sem Fronteiras ? Um novo Projeto para Descentralização dos Centros de Transplantes no Brasil

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: UROLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ALESSANDRO SILVESTRE1; TERCIO GENZINI1; HUDA MARIA NOUJAIM1; BEIMAR EDMUNDO ZEBALLOS SEMPERTEGUI2; JUAN RAFAEL BRANEZ PAREIRA3; LEONARDO TOLEDO MOTA1; TIAGO GENZINI DE MIRANDA1; NADIA MIE TAIRA1; FERNANDA RIBEIRO DANZIERE1; MARCELO PEROSA DE MIRANDA1. 1. HOSPITAL BANDEIRANTES, SAO PAULO - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL BANDEIRANTES, POTOSI - BOLIVIA; 3. HOSPITAL BANDEIRANTES, COCHABAMBA - BOLIVIA.

RESUMO:

Introdução: A disparidade regional na atividade de transplantes é problema maior no Brasil e em outros países do mundo. Os centros de transplantes brasileiros concentram-se nos estados litorâneos, sendo que toda a região centro-oeste, norte e parte do nordeste é desprovida de programas ativos. Objetivo: Capacitar equipes multiprofissionais em áreas desprovidas de transplantes no Brasil. Métodos: De 2009 a 2016, desenvolveu-se o Projeto Transplantes Sem Fronteiras (TSF), em que uma equipe experiente em transplantes de fígado, pâncreas e rins desloca-se até o estado alvo e desenvolve o Programa, capacitando os recursos humanos e Instituição in locus. A capacitação tem início com workshops quinzenais e, após período de 3 a 6 meses, os transplantes são iniciados. A equipe tutora itinerante do TSF cobriu uma área de 2.600.000km2 do território nacional para capacitações de centros distantes incluindo ManausAM, Rio Branco-AC, Redenção-PA, Itabuna-BA, Goiânia-GO e Brasília-DF. A evolução dos pacientes é discutida semanalmente entre a equipe tutora e a local por meio de teleconferências e prontuários eletrônicos compartilhados. Resultados: Neste período, realizaram-se 423 transplantes em seis diferentes estados do centro-oeste, norte e nordeste do Brasil, sendo 156 de fígado e 267 de rim. Dos 423, 280 (66%) foram realizados com a presença da equipe tutora e 143 (34%), somente pelas equipes locais. A sobrevida de um ano de paciente e enxerto nos programas de transplante de fígado variou de 86% a 100% nos diferentes serviços. A sobrevida de um ano de paciente nos programas de transplante de rim variou de 90% a 100% e dos enxertos, de 90% a 97% nos centros envolvidos. Conclusão: O projeto TSF mostrou-se eficiente e capaz de desenvolver centros de transplantes em áreas desprovidas deste recurso, demonstrando que é possível com a tutoria in locus de uma equipe experiente pular a curva de aprendizado e reproduzir resultados de excelência desde o início. Palavras-chaves: disparidade regional; capacitação em serviço; tutoria; transplante de órgãos

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 969

TÍTULO DO TRABALHO: A duodenopancreatectomia é a responsável pelo retardo de esvaziamento gástrico?

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RICARDO TADASHI NISHIO; ADHEMAR MONTEIRO PACHECO JR.; RODRIGO ALTENFELDER SILVA; ANDRE DE MORICZ. SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

O emprego da duodenopancreatectomia (DPPP) com preservação pilórica foi popularizado por Traverso e Longmire no final da década de 1970, inicialmente como alternativa à gastroduodenopancreatectomia (GDP) no tratamento da pancreatite crônica.1 Atualmente, a DPPP vem sendo empregada no tratamento do adenocarcinoma de pâncreas e outros tumores de pâncreas que exijam a remoção cirúrgica da porção cefálica do pâncreas. Comparativamente, tanto a GDP e a DPPP apresentam resultados semelhantes em relação à morbidade pós operatória, mortalidade pós operatória, qualidade de vida e sobrevida do paciente.2 O retardo de esvaziamento gástrico é uma complicação frequente da DPPP, sendo descrita em 12% a 42% dos casos.3 Sua causa ainda não está completamente estabelecida, prolongando o tempo de internação do paciente, aumentando gastos com o tratamento e oferecendo desconforto ao paciente. Realizou-se o levantamento de prontuários do período de janeiro de 2001 a dezembro de 2016, e, foram realizadas 105 duodenopancreatectomias com preservação pilórica. Setenta e dois pacientes (68%) apresentaram internação com período superior a 10 dias. Dos 72 pacientes, doze pacientes (16%) sem complicações permaneceram internados por mais de dez dias e houve perda de seguimento de quinze pacientes (20%). Quarenta e cinco pacientes apresentaram internação superior a 10 dias. Desses pacientes, doze pacientes (26%) permaneceram internados por complicações clínicas. Vinte e seis pacientes (67%) apresentaram dificuldade para alimentação associado à outras causas como fístula pancreática, coleções abdominais, fistulas biliares, trombose de vasos ou deiscência de anastomose. Sete casos (15%) ficaram com o diagnóstico somente de retardo gástrico, sendo quem em dois, encontraram-se problemas como úlcera de boca anastomótica. Apesar de frequente, nossa análise revelou que a presença de retardo do esvaziamento gástrico está frequentemente associada à presença de outras complicações que podem interferir na realimentação do doente, não havendo, no entanto, técnicas que possam prevenir o aparecimento dessa complicação, assim como relatado por Parmar et al.4

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2460

TÍTULO DO TRABALHO: ANÁLISE COMPARATIVA DE QUATRO TÉCNICAS CIRÚRGICAS EM MAIS DE 700 TRANSPLANTES DE PÂNCREAS DE UM ÚNICO SERVIÇO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: TIAGO GENZINI DE MIRANDA; FRANCISCO ANTONIO SERGI FILHO; TERCIO GENZINI; HUDA MARIA NOUJAIM; LEONARDO TOLEDO MOTA; JUAN RAFAEL BRANEZ PAREIRA; BEIMAR EDMUNDO ZEBALLOS SEMPERTEGUI; GABRIELA TOMAZ MARTINHO; NADIA MIE TAIRA; MARCELO PEROSA DE MIRANDA. HOSPITAL BANDEIRANTES, SAO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

Introdução: Existem diversas técnicas operatórias no transplante de pâncreas(TP) e controvérsia sobre a superioridade de alguma delas. Objetivo: Apresenta-se análise comparativa de 4 técnicas diferentes de TP. Métodos:Analisaram-se 727 TP realizados entre 1996 a 2016, sendo 395 TP e Rim Simultâneo(TPRS) e 332 TP solitários(TP Após Rim e TP Isolado). As técnicas foram distribuídas em Sistêmica-Vesical(SV), Sistêmica-Entérica(SE), PortalEntérica(PE) e Portal-Duodenal(PD). Entre os TPRS, 137 foram SV, 176 SE, 44 PE e 38 PD; nos TP solitários, 182 foram SV, 32 SE, 47 PE e 71 PD. Realizouse análise estatística com significância para pResultados: Nos TPRS, houve semelhança quanto a sexo, idade do doador ,receptor e uso de doadores com doença cérebro-vascular(AVC) nos 4 grupos. A sobrevida de 1 ano para paciente, enxerto renal e pancreático foi semelhante entre as 4 técnicas, assim como a incidência de perda técnica ou imunológica do pâncreas. Apesar de estatisticamente não significante, o sucesso do pâncreas foi de 71% na técnica SV e de 84% na PD, assim como o sucesso do rim que foi de 78% na SV e de 89% na PD. Nos TP solitários, houve semelhança quanto a sexo,idade do receptor e uso de doadores com AVC. A sobrevida de paciente em 1 ano foi semelhante entre as técnicas variando de 93% nas SV a 97% nas PD; o sucesso do pâncreas em 1 ano também foi semelhante entre as técnicas, mas com maior perda técnica no grupo SE. Conclusão: As 4 técnicas utilizadas pela equipe mostraram-se semelhantes em sobrevida de paciente e enxerto, mas com tendência a resultado superior de enxerto pancreático e renal nos TPRS com a técnica PD e melhor sobrevida de paciente nos TP solitários com esta mesma técnica.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 629

TÍTULO DO TRABALHO: ANÁLISE DESCRITIVA DAS COMPLICAÇÕES INTRA E PÓS-OPERATÓRIAS DE PACIENTES SUBMETIDOS À COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA ELETIVA NO HOSPITAL DE TRANSPLANTES EURYCLIDES DE JESUS ZERBINI

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LUCAS PAZZOLINE OLIVEIRA ALEXANDRIA1; RIVALDO SERRANO DE ANDRADE NETO1; MARINA GONZALEZ DE TOLEDO1; FERNANDO POMPEU PIZA VICENTINE2; MAURICIO ANDRADE AZEVEDO1; THIAGO D`ADDAZIO MACHADO1; JOSÉ LUIS QUINTANA QUISPE1. 1. CONJUNTO HOSPITALAR DO MANDAQUI, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL DE TRANSPLANTES EURYCLIDES DE JESUS ZERBINI, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

Objetivos: analisar quantitativamente a taxa de complicações intra e pós operatórias de pacientes submetidos a colecistectomia videolaparoscópica eletiva no Hospital de Transplantes Euryclides de Jesus Zerbini. Analisar quantitativamente os principais desfechos das complicações cirúrgicas da colecistectomia videolaparoscópica eletiva. Os desfechos analisados incluem: tempo de internação hospitalar, dor pós-operatória, sangramento intra-operatório, infecção de ferida operatória, necessidade de conversão para cirurgia aberta, classificação de Clavien-Dindo para complicações pós-operatórias, fístulas biliares e drenagem de cavidade. Métodos: Trata-se de um estudo do tipo transversal, observacional, retrospectivo, descritivo com abordagem quantitativa. A amostragem total foi de 1007 pacientes que foram submetidos à colecistectomia videolaparoscópica eletiva no período de Janeiro de 2014 a Setembro de 2016 sendo os dados avaliados através de prontuários eletrônicos, manuscritos, descrições cirúrgicas, e documentos do ambulatório. Resultados: dos 1000 pacientes incluídos no estudo, trinta (3%) pacientes acabaram convertendo a colecistectomia videolaparoscópica para aberta. Sessenta e dois (6,2%) pacientes complicaram com sangramento intra-operatório. O tempo de internação dos pacientes não complicados foi de 2 a 3 dias, enquanto que o tempo de internação dos pacientes que foram convertidos para colecistectomia aberta variou de 2 a 33 dias (média de 7 dias). Com relação à classificação de complicações pós-operatórias de Clavien-Dindo, aproximadamente 36 (33%) foram classificados como Grau I, sessenta (55%) Grau II, seis (5,5%) Grau III, quatro (3,66%) Grau IV e três (2,84%) Grau V. Conclusão: concluímos, portanto, que as causas da conversão para cirurgia aberta foram, em ordem decrescente: dificuldade técnica, sangramento, síndrome de Mirizzi, fístula colecistoduodenal, coledocolitíase, lesões de vias biliares e adenoma de vesícula. Do total de sangramento, oito (12,9%) acabaram convertendo. E, pela Classificação de Clavien-Dindo, ficou evidenciado que a colecistectomia videolaparoscópica permanece ainda como uma cirurgia segura. Referências: Stinton, Laura M et al. Epidemiology of Gallbladder Disease: Cholelithiasis and câncer. Gut Liver. 2012 April; vol. 6, n.2, pp.172?187; T. Constantinescu, Abdul Kariem H. Huwood Al Jabouri. Gallstone Disease in Young Population: Incidence, Complications, Therapeutic Approach. Chirurgia (2012), vol.107, n.4, pp. 579-582.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1380

TÍTULO DO TRABALHO: Análise do melhor período para realização de colecistectomia após serem submetidos a colangiopacreatografia retrógrada endoscópica

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ALUISIO ALMEIDA PINTO1; MURILLO DE LIMA FAVARO1; OTTO MAURO DOS SANTOS-ROSA2; SILVIO GABOR1; YASMIN GARCIA BATISTA1; MARCELO AUGUSTO F. RIBEIRO JR.1. 1. UNISA, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. UNISA-SP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

Introdução: A colecistectomia é o tratamento de escolha para a doença calculosa biliar, mas quando há coledocolitíase associada, é necessário realizar a CPRE para extração do cálculo. Após este procedimento está indicada a colecistectomia para evitar recidiva de cálculo em colédoco. Porém a escolha da data para essa ser realizada pode afetar no resultado cirurgico. Objetivo: Analisar qual o melhor momento para realização da colecistectomia após a CPRE. Método: Estudo retrospectivo analisando os prontuários eletrônicos dos pacientes que realizaram colecistectomia após serem submetidos a CPRE, e comparado a duração cirúrgica, tempo de internação, uso de dreno abdominal, conversão de via de acesso e lesão de vias biliares nos diferentes intervalos de tempo entre CPRE e colecistectomia. Resultados: Dos pacientes analisados 80,49% eram do sexo feminino. A média de idade entre os pacientes foi de 46 anos. As colecistectomias videolaparoscópicas (CCC VLP) foram realizadas nos seguintes intervalos de tempo após a CPRE: entre 0 ? 3 dias (7%), entre 3 ? 30 dias (32%), e acima de 30 dias após a CPRE (71%). Houve uma taxa de conversão de CCC VLP para aberta de 4,87%. A conversão foi realizada somente no intervalo de tempo entre 3 - 30 dias após a CPRE (15,38%). Pacientes que realizaram colecistectomia videolaparoscópica entre o 3º e 30º dia após a CPRE tiveram maior taxa de drenagem de cavidade abdominal. As colecistectomias videolaparoscópica realizadas entre o 3º e 30º dia após a CPRE tiveram maior duração cirúrgica. O tempo de internação foi maior no intervalo entre 3 e 30 dias após a CPRE, com uma média de 2,54 dias. Só houve lesão em via biliar no intervalo entre 3 e 30 dias após a CPRE (7,69%). Conclusões: O melhor momento para realizar CCC VLP nos pacientes submetidos a CPRE é preferencialmente antes dor 3o dia e após do 30º dia após a CPRE, devido a menor duração cirúrgica, menor taxa de lesão de vias biliares, menor taxa de conversão da via de acesso, menor taxa de colocação de dreno em cavidade abdominal, e menor tempo de internação hospital após a CCC VLP. Bibliografia:AHMED, M.U., Aftab A., Seriwala H. M. et al. Can Single Incision Laproscopic Cholecystectomy Replace the Traditional Four Port Laproscopic Approach: A Review. Global Journal of Health Science; Vol. 6, No. 6; 2014BENCINI, Lapo; Tommasi C.; Manetti R.; Farsi M.. Modern approach to cholecysto-choledocholithiasis. World J Gastrointest Endosc 2014 February 16; 6(2): 32-40

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1309

TÍTULO DO TRABALHO: ASPECTOS TÉCNICOS E RESULTADOS DA COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA POR PORTAL ÚNICO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MURILLO DE LIMA FAVARO1; SILVIO GABOR1; OTTO MAURO DOS SANTOS-ROSA2; RUY FRANCISCO PIMENTEL PEDROSO1; LIGIA RIBEIRO1; MARCELO AUGUSTO F. RIBEIRO JR.1. 1. UNISA, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. UNISA-SP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

Introdução: A busca de procedimentos cirúrgicos menos traumáticos, esteticamente melhores, sem comprometimento da eficácia e segurança, em conjunto com os avanços tecnológicos e maior experiência das equipes, levaram ao desenvolvimento de técnicas operatórias com incisões cada vez menores, as denominadas ?cirurgias minimamente invasivas" Objetivo: Avaliar os aspectos técnicos da colecistectomia por portal único. Método: Foram analisados 250 pacientes entre 18 e 74 anos submetidos a colecistectomias videolaparoscópicas por portal único entre Fevereiro de 2011 e Julho de 2016, independente da indicação eletiva ou de urgência, sem restrição de seleção dos pacientes. Todos os procedimentos foram realizados pela mesma equipe cirúrgica, seguindo as mesmas padronizações técnicas, dentro de diversos hospitais de São Paulo. Foram avaliados dados como o sexo, idade, índice de massa corpórea (IMC) = peso/altura2, tempo cirúrgico (tempo do video de gravação da cirurgia somados ao tempo cronometrado do acesso cirúrgico e seu fechamento), fio de fechamento, dispositivos utilizados, complicações e necessidade de conversão para técnica multiportal ou aberta. Resultados: No presente estudo 64% dos pacientes eram mulheres, 27% dos paciente estavam dentro da faixa de IMC normal, sendo que sua maioria era sobrepeso - aproximadamente 53% dos quais 20% eram obesos. Das 250 cirurgias, 245 foram exclusivamente realizadas por portal único, sendo que a taxa de conversão foi de 2% (inclusão de outros trocateres acessórios ou conversão para MPLS). Já a conversão para cirurgia aberta ocorreu em 3 casos (1,2%). Conclusões: A colecistectomia por portal único consegue, após padronização técnica e treinamento da equipe cirúrgica, ser um procedimento cirúrgico seguro quando comparado à cirurgia multiportal associado a uma vantagem estética reconhecida. Bibliografia: 1 - Agaba EA, Rainville H, Ikedilo O, Vemulapali P. Incidence of port-site incisional hernia after single-incision laparoscopic surgery. JSLS. 2014;18(2):204?10. 2 - Yamazaki M, Yasuda H, Koda K. Single-incision laparoscopic cholecystectomy: a systematic review of methodology and outcomes. Surgery Today. 2014;537?48. 3 - Sakran N, Goitein D, Raziel A, Hershko D, Szold A. Advantages of minimal incision laparoscopic cholecystectomy. Isr Med Assoc J. 2014;16(6):363?6.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1282

TÍTULO DO TRABALHO: Avaliação da Função Hepática em Doentes com Pancreatite Aguda

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RODRIGO DE ALMEIDA MASTRROROSA; ANGELO CHELOTTI DUARTE; ALINE CELEGHINI ROSA VICENTE; VICTOR MINARI CAMPOS; BRUNA DO NASCIMENTO SANTOS; GIOVANNA ZUCCHINI RONDINI; NADIA MIE TAIRA; TERCIO DE CAMPOS. SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

Introdução: A Pancreatite Aguda (PA) é um processo inflamatório agudo do pâncreas com envolvimento variável de tecidos regionais ou sistemas orgânicos. Em 85% dos casos ocorre apenas inflamação no pâncreas com taxa de mortalidade inferior a 2%. Os outros 15% são PA grave ou crítica, com complicações sistêmicas mais frequentes e mortalidade de até 70%. Já foi demonstrado o aumento da degradação na matriz extracelular no fígado e o aumento das enzimas hepáticas no sangue, após pancreatite. O fígado participa da inflamação sistêmica, liberando mediadores inflamatórios e levando a lesão de outros órgãos, podendo levar à piora da PA.Objetivo: Avaliar a função hepática comparada com a gravidade e mortalidade nos doentes com PAMétodos: Trata-se de uma coleta prospectiva de doentes com PA admitidos em um único centro. A avaliação da função hepática foi feita por meio do escore MELD, que utiliza os valores de bilirrubina sérica, creatinina sérica e índice internacional normalizado(INR), coletados na admissão do paciente. Sendo comparado com a gravidade da PA(seguindo Determinantes de Gravidade) e com a mortalidade. Análise estatística foi realizada com os testes t Student e Chi quadrado(pResultados: Foram avaliados 98 doentes, sendo 59,1% do sexo feminino, com média etária de 48,4 anos. 55,1% classificados em PA leve, 17,3% moderada,24,4% grave e 3% crítica. Sendo 63,2% de etiologia biliar e 23,4% alcoólica. Quanto a evolução, 6,1% foi a óbito. A gravidade sistêmica foi calculada através dos escores: APACHE II, cuja média foi de 5,76(+3,94); SOFA, média de 1,55(+1,81) e Marshall, média 0,50(+0,93). O escore MELD, calculado na admissão, relacionou-se com a gravidade(pConclusão: Os resultados permitem concluir que o score MELD, calculado na admissão do paciente, pode se relacionar com a gravidade da PA e com a taxa de mortalidade. Podendo ser uma importante ferramenta para avaliar o prognóstico do paciente.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 974

TÍTULO DO TRABALHO: Avaliação da taxa de sucesso e das complicações imediatas na CPRE com utilização de fio guia no DF

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GUSTAVO WERNECK EJIMA1; ANA BEATRIZ PEREIRA DE SOUZA1; RAFAEL SANTINI TEIXEIRA FRACON1; FLÁVIO HAYATO EJIMA2; WALLACE ACIOLI FREIRE DE GOIS3; BRUNO CHAVES SALOMÃO2; SARA HABKA4. 1. UNICEUB, BRASILIA - DF - BRASIL; 2. HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL, BRASILIA - DF - BRASIL; 3. HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASILIA, BRASILIA - DF - BRASIL; 4. UNIVERSIDADE DE BRASILIA, BRASILIA - DF - BRASIL.

RESUMO:

OBJETIVO: A Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE) foi inicialmente desenvolvida como método diagnóstico. Atualmente, no entanto, é o método gold standard para doenças obstrutivas das vias biliares. Desse modo, este trabalho é uma avaliação a respeito da eficácia e das complicações imediatas da CPRE em patologias que cursam com esse tipo de obstrução. MÉTODO: Estudo retrospectivo realizado por meio da análise de 1440 prontuários de CPRE, sendo 1109 realizados no serviço público e 331 no serviço privado, todos no DF, por um único endoscopista, em um período de 3 anos. Foram incluídos pacientes com: indicação clínica para o exame como opção terapêutica, CPRE e/ou papilotomia prévios. Não houve restrição de idade e sexo ou fator de exclusão para análise dos laudos. RESULTADOS: A amostra foi constituída por 961 (67%) pacientes do sexo feminino e 479 (33%) do sexo masculino, com média de idade de 50 anos. Das indicações para CPRE, as principais foram coledocolitíase 32,92%, colestase/icterícia 18,54% e pancreatite 14,58%. Dentre os resultados encontrados, a coledocolitíase foi a mais frequente, com 601 (41,74%) casos, sendo o tamanho médio 1 cm; 276 (19, 17%) exames foram normais e 244 (16,94%) foram estenose da via biliar/neoplasia. A taxa de complicação imediata foi de 2,15% (31), sendo que em 22 casos houve CPRE prévia. Ocorreram sangramentos em 8 dos exames realizados, laceração da papila e agitação do paciente em 6 e extravasamento de contraste em 5. Houve indicação da colocação ou retirada de próteses em 28% do total de casos, havendo êxito em 99,01% dos procedimentos. A taxa de sucesso foi de 93,33% (1344). A não cateterização da papila (44) foi a principal causa de insucesso e a não visualização da papila (18) a segunda, não sendo especificado o motivo em 26 casos. Foi feita a indicação cirúrgica para 12 pacientes, sendo que a CPRE foi considerada bem sucedida em 8 desses casos, apesar de não ter alcançado efetividade terapêutica, principalmente devido à presença de cálculos impactados. Foi indicada a cirurgia para 12 pacientes, sendo obtido diagnóstico pela CPRE em 8 desses casos, e nos 4 restantes não foi possível cateterização da via biliar. CONCLUSÃO: A CPRE com passagem de fio guia, na população estudada, possui alta taxa de sucesso e baixa taxa de complicações imediatas quando bem indicada e realizada de forma adequada.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2013

TÍTULO DO TRABALHO: Avaliação do hábito intestinal em pacientes submetidos a colecistectomia

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: VALDINALDO ARAGAO DE MELO1; LARISSA LINS AZEVEDO2; RAMON ROZA DE OLIVEIRA2; MANUELA SENA DE FREITAS2; AMANDA BARRETO DE SOUSA2; MARCUS FELIPE GONÇALVES FEITOSA2; PEDRO HENRIQUE NABUCO FREIRE SIQUEIRA3; LARISSA SILVA CAVALCANTE4. 1. COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES, ARACAJU - SE - BRASIL; 2. FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA, ARACAJU - SE - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE TIRADENTES, ARACAJU - SE - BRASIL; 4. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE, ARACAJU - SE - BRASIL.

RESUMO:

Introdução: A colecistectomia é o tratamento definitivo da colecistite crônica calculosa, essa enfermidade possui alta prevalência, e é a cirurgia do trato digestório mais executada no mundo. Supõe-se que as alterações na fisiologia de colecistectomia, tais como: a presença de bile no período interdigestivo, as alterações na circulação entero-hepática ou na composição da bile, podem ser as causas da alteração do hábito intestinal dos pacientes após o procedimento. Objetivo: avaliar a alteração no hábito intestinal após colecistectomia, observando periodicidade e consistência das dejeções, prevalência de constipação e da diarréia antes e após. Método: estudo prospectivo, transversal analítico com dados obtido por questionários padronizados com pacientes previamente diagnosticados com colecistite crônica calculosa e submetidos à colecistectomia na FBHC em Aracaju/SE de setembro de 2015 a outubro de 2016. Resultados: do total de pacientes estudado (55), 49% foram submetidos à colecistectomia convencional e 51% submetidos a colecistectomia videolaparoscópica. Do total, 25% dos pacientes eram sempre constipados antes da cirurgia e apenas 5% continuaram sempre constipados após a colecistectomia. Dos 45% que responderam que nunca foram constipados, 38% mantiveram-se sem constipação e em 7,3% houve aumento na frequência. Após a cirurgia houve um aumento em 8% dos que jamais informaram quadro de diarreia e 1,8% dos pacientes que relataram persistência da diarreia mesmo após a cirurgia. Os outros 12,7% pacientes que nunca tiveram diarreia aumentaram a frequência de dejeções pós-colecistectomia. Portanto, foram identificadas diferenças estatisticamente significativas na comparação dos pacientes antes e depois colecistectomia, tanto em relação a constipação e diarreia, quanto em relação a consistência e frequência das dejeções. Conclusões: na maioria dos pacientes houve mudança no hábito intestinal no pós-operatório de 1 mês a mais de 1 ano da colecistectomia. Percebeu-se uma alteração significativa na função intestinal, sendo muito mais frequente o alívio da constipação do que o desenvolvimento de diarreia.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 467

TÍTULO DO TRABALHO: Avaliação retrospectiva das solicitações de Colangiopancreatografia Endoscópica Retrograda - CPRE utilizando como base protocolo da American Society for Gastrointestinal Endoscopy - ASGE

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: HEITOR FERNANDO XEDIEK CONSANI1; MARILIA COLTURATO CLETO2; YASMINE HENRIQUES DE FIGUEIREDO REBECCHI2. 1. CENTRO CIRURGIA DA HÉRNIA E UNIDADE REGIONAL DE EMERGENCIA - CHS, PIRACICABA - SP - BRASIL; 2. UNIDADE REGIONAL DE EMERGENCIA - CHS, SOROCABA - SP - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo:Avaliar as indicações de CPRE na Unidade Regional de Emergência - URE do Conjunto Hospitalar de Sorocaba - CHS baseando-se nos critérios estabelecidos pelo protocolo da ASGE para detecção de coledocolitiase--?The role of endoscopy in the management of choledocholithiasis, GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY Volume 74, No. 4 : 2011? Métodos: Foram avaliados retrospectivamente pacientes atendidos na URE-CHS com diagnostico de litíase biliar, levando em conta quadro clinico exames laboratoriais e de imagem.O protocolo da ASGE foi aplicado retrospectivamente nos pacientes incluídos neste estudo, sendo estratificados pelo risco de possuírem coledocolitíase em baixo, intermediário e alto, com diagnostico ou nao de coledocolitiase confirmado pela CPRE ou colangiografia intraoperatoriaResultados: Avaliados 112 prontuarios de pacientes maiores que 18 anos com suspeita de coledocolitiase , desses, 50 (44,6%) preencheram critérios ASGE de alta probabilidade para coledocolitíase. Destes, 32 (64%) apresentaram coledocolitíase nos testes de confirmação. Por outro lado, dos 62 pacientes (55,4%) que foram classificados como probabilidade baixa ou intermediária, 20 (32,2%) tiveram coledocolíase. A acurácia do protocolo em nosso serviço foi de 65%. Trabalhos mostram que a incorporação de um segundo conjunto de exames laboratoriais não melhorou a precisão e um declínio significativo nos testes de função hepática não previu de forma confiável a passagem espontânea do cálculo.Conclusao : A utilização do protocolo da ASGE para predição de coledocolitiase em nosso servico pode reduzir a solicitação de exames em redundância e diminuir o tempo de internação .Esses achados reforçam ainda a importância do desenvolvimento de ferramentas de estratificação de risco alternativas para a coledocolitíase, visando minimizar a CPRE diagnóstica desnecessária.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2247

TÍTULO DO TRABALHO: Cirurgias pancreáticas: casos operados entre 2010 e 2015

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PHILLIPE GERALDO T. DE ABREU REIS1; FLAVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASICH1; MASSAKAZU KATO1; LUIZ ANTONIO NEGRÃO DIAS1; VICTOR JOSÉ DORNELAS MELO2; HYGOR TROMBETTA2; DANIELE REZENDE XIMENEZ2; GABRIELA ROMANIELLO2. 1. HOSPITAL ERASTO GAERTNER, CURITIBA - PR - BRASIL; 2. UFPR, CURITIBA - PR - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: Apresentar dados referentes aos pacientes submetidos a cirurgia pancreática entre 2010 e 2015. Estudar características epidemiológicas tentando definir fatores de risco para a doença e resultado do tratamento. Métodos: Os dados foram coletados do prontuário médico junto ao Serviço de Arquivo Médico. A ficha utilizada é baseada no padrão do Instituto Nacional do Câncer. As frequências absolutas e relativas foram geradas a partir do sistema SISRHC e tabuladas através do Sistema EpiInfo, versão 7.1. A taxa de sobrevida foi calculada pelo método de Kaplan-Meier. Resultados: Foram realizadas 98 cirurgias pancreáticas, sendo 43 cirurgias de Whipple, 10 pancreatectomias corpo-caudais, e 43 derivações bilio-digestivas. 50% dos pacientes foram do sexo masculino. 55% dos pacientes apresentaram histórico de tabagismo e 25,6% de etilismo. Somente 1 paciente apresentava história familiar de neoplasia peri-ampular. Apenas 22,8% dos pacientes haviam registro de ecografia pré-operatória, entretanto todos realizaram TC ou RNM. 93,8% dos pacientes não realizaram CPRE antes da cirurgia. 8,6% dos pacientes realizaram laparoscopia estadiadora pré-operatória. 13,2% dos pacientes já apresentavam metástases pré-operatória. 56% dos pacientes apresentavam tumores de cabeça do pâncreas, 10,9% peri-ampulares e 9,8% de corpo e cauda. O tipo histológico mais frequente foi o adenocarcinoma (54,5%). Somente 2 pacientes receberam quimioterapia pré-operatória e 24,2% foram para adjuvância. Somente 4,2% dos pacientes tiveram complicações intra-operatórias. Em 26,1% dos pacientes foram realizadas ressecções multiorgânicas, e 11% necessitaram de drogas vasoativas no pós-operatório. 30% dos pacientes receberam hemotransfusão. De todas as cirurgias, 37% tiveram complicação pós-operatória grau 2 ou 3 de Clavien-Dindo e 48% necessitaram reoperação. 20% dos pacientes atingiram remissão em 6 meses, 19,5% apresentaram progressão da doença. 74,6% dos pacientes foram a óbito em menos de 5 anos. Conclusão: Pancreatectomias apresentam dificuldade técnica e anatômica considerável, além de serem indicadas para neoplasia de alta agressividade. Os desfechos cirúrgicos apresentam altos índices de complicações.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2236

TÍTULO DO TRABALHO: COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA AMBULATORIAL É SEGURA E CUSTO-EFETIVA: A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO BRASILEIRO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: TATIANA MIE MASUKO1; UIRÁ FERNANDES TEIXEIRA2; AUGUSTO NATORF GOTUZZO1; FERNANDO JOSÉ SAVÓIA DE OLIVEIRA1; RODRIGO DE PIERI COAN1; MARCOS BERTOZZI GOLDONI2; FABIO LUIZ WAECHTER1; PAULO ROBERTO OTT FONTES1. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 2. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: O tratamento da colelitíase é amplamente aceito, preferencialmente, pela cirurgia videolaparoscópica. Desde que foi implementada essa se tornou mais segura e factível devido aos avanços nas técnicas cirúrgicas, anestésicas e de cuidados perioperatórios. Com tais avanços, a cirurgia ambulatorial - com curto período de internação - mostrou proporcionar a recuperação mais rápida e com bom prognóstico no que diz respeito à redução de complicações e gastos financeiros. Este artigo apresentará os resultados da aplicação de videolaparoscopia ambulatorial na resolução da colelitíase sintomática, ou litíase associada à pólipos. Método: Foi realizada a avaliação retrospectiva de 200 colecistectomias videolaparascópicas eletivas, realizadas pela mesma equipe de cirurgia hepato-bilio-pancreática, entre 1º de janeiro de 2010 e 30 de julho de 2015. Inicialmente foi realizada a investigação laboratorial e ultrassonográfica para descartar eventual colestase. Os pacientes então chegavam ao hospital 90 minutos antes do procedimento, em jejum de 8 horas, e recebiam a profilaxia antibiótica 1 hora antes do procedimento. Ao final da cirurgia, o pneumoperitônio era desfeito e refeito dentro de 3 minutos para revisão de eventuais sangramentos no leito hepático ou nas incisões dos portais. Os pacientes permaneciam então de 5 a 7 horas em observação na sala de recuperação com controle analgésico e antiemético. Caso houvesse condições clínicas, recebiam alta com reavaliação em 15 dias. Resultado: Entre os 200 selecionados, 22 foram descartados por precisarem de 1 ou 2 dias de internação. No grupo de 178 pacientes remanescentes, 3 necessitaram retornar ao hospital antes dos 15 dias previstos devido a sintomas de dor ou vômitos. Neste estudo nenhum paciente apresentou complicações graves. Finalmente, comparando 10 pacientes submetidos a colecistectomia laparoscópica ambulatorial para 10 pacientes que permaneceram hospitalizados por 1 dia, considerando o mesmo seguro de saúde e insumos cirúrgicos, o custo hospitalar total foi em média 35% menor para o grupo ambulatorial. Conclusão: Se demonstra importante, portanto, a discussão sobre a colecistectomia videolaparoscópica ambulatorial, modelo seguro no qual o paciente permanece por algumas horas em observação pós-operatória. Se tem ainda, em pacientes compatíveis ao protocolo, redução dos longos e custosos dias de internação nosocomial.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2730

TÍTULO DO TRABALHO: Colecistites um problema de saúde pública - cirurgia laparoscopica ambulatorial uma solução?

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LIANA CHAUL SFAIR MONEIRO; THAIANE DA GUIA ROSA FIORAVANTE; VANESSA BARTO PFEILSTICKER; JUHAD EZZEDDINE ABDUL HAK. HOSPITAL REGIONAL DA CEILANDIA, BRASILIA - DF - BRASIL.

RESUMO:

INTRODUÇÃO: a colelitíase e suas complicações são doenças de resolução cirúrgica e altamente prevalentes no Brasil. Das técnicas cirúrgicas novos protocolos de abordagem já possibilitam a mesma ser realizada a nível ambulatorial.OBJETIVO: mostrar o impacto quanto a mortalidade e morbidade da colelitiase e suas complicações a nível nacional e questionar se a colecistectomia videolaparosocopica ambulatorial seria uma solução no contexto do Sistema Unico de Saude (SUS).MÉTODOS: estudo observacional e transversal. Foram coletados dados do DATASUS no período de 2011 a 2016 para caracterizar a morbidade e a mortalidade de doenças relacionadas a colelitiase. Por fim realizada revisão de literatura para a hipótese da cirurgia ambulatorial como uma solução.RESULTADOS: no DATASUS entre 2011 a 2016, a faixa etária com maior número absoluto de internações por colelitíase e colecistite foi de 30 a 39 anos. O valor médio de internação foi maior na faixa etária de 5 a 9 anos (699,17 reais). O sexo com maior taxa de mortalidade foi o sexo masculino em todas as regiões do Brasil, no entanto o valor total de internação foi maior no sexo femininoCONCLUSÃO: pelo DATASUS a colecistite apesar de não representar uma alta taxa de mortalidade, há elevado gasto e elevado número de pacientes internados por colelitíase e colecistite. A estratégia da colecistectomia laparoscópica ambulatorial (CLA) com uma seleção adequado dos pacientes se mostra como a solução para diminuir as filas de colecistectomia eletiva resolver o problema de saúde pública no Distrito Federal e no Brasil.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2116

TÍTULO DO TRABALHO: COLECISTOSTOMIA PERCUTÂNEA: UM ESTUDO RETROSPECTIVO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: DENISE AKERMAN1; GABRIEL LACERDA ESTEVES1; DENIS SZEJNFELD1; MARLON MONARIM1; EDUARDO FIGUEIREDO BENEDETTI2; JOSE FRANCISCO DE MATTOS FARAH1. 1. HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL ALVORADA, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

OBJETIVO:Avaliar os resultados a curto prazo após a realização de colecistostomia percutânea em pacientes com colecistite aguda no Hospital do Servidor Público Estadual e em um Hospital privado ligado aos autores do trabalho, determinando mortalidade, tempo de internação e de retirada do dreno, uso de antibioticoterapia associada, escores de gravidade e as características desses pacientes.MÉTODOS:Foi realizado um estudo retrospectivo com pacientes que foram submetidos a colecistostomia percutânea entre outubro de 2014 e março de 2017. Prontuários médicos e resultados de exames complementares foram analisados. As estatísticas descritivas utilizaram ±2 desvios-padrão.RESULTADOS:O estudo incluiu 9 pacientes que realizaram colecistostomia percutânea, sendo 6 (66%) do sexo masculino, apresentando uma média de idade de 76,3±8,3 (min=63 e máx=86) anos. 6 (66%) pacientes iniciaram antibioticoterapia com Ceftriaxone e Metronidazol, 4 (44%) utilizaram tazobactam, e foram drenados após a falha terapêutica. Todos os pacientes tinham uma ou mais comorbidades, sendo que 5 (55%) apresentavam HAS, 5 (55%) Diabetes Mellitus, 4 (44%) Doença Renal Crônica, 3 (33%) já apresentaram AVE, e 5 (55%) já apresentaram IAM prévio. De acordo com o Marshall Scoring System, 7 pacientes apresentaram um escore maior ou igual a 2. Em relação a classificação de Tokyo (2013), 4 pacientes foram classificados como Tokyo II e 5 como Tokyo III. Analisando a escala da ASA, 4 pacientes foram classificados como ASA III, 4 como ASA IV e 1 como ASA V. O tempo médio de internação foi de 35,4±28,9 (min=11 e máx=87) dias. 2 (22%) pacientes evoluíram para óbito (após 48h do procedimento), 2 pacientes mantém o dreno até o momento, e outros 5 retiraram o dreno com uma média de 68,8±65,3 (min=15 máx=173) dias. 2 (22%) pacientes realizaram a colecistectomia videolaparoscópica tardia devido a quadro sintomático.CONCLUSÃO:Os resultados a curto prazo da colecistostomia em pacientes com colecistite aguda grave e com múltiplas comorbidades foram satisfatórios, porém observa-se que a indicação usada é nos casos graves e sem resposta ao tratamento clínico e de risco cirúrgico quase inaceitável. É necessário avaliar este método em condições mais favoráveis.BIBLIOGRAFIA:1.Ansaloni et al.2016 WSES guidelines on acute calculous cholecystitis.World Journal of Emergency Surgery(2016)11:252.Peitzman AB, Watson GA, Marsh JW. Acute cholecystitis:When to operate and howto do it safely.J Trauma Acute Care Surg.2015;78(1):1?12.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 853

TÍTULO DO TRABALHO: Complicações pós-CPRE: Incidência e Fatores de Risco.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PEDRO OLIVEIRA DE MENEZES QUITETE DE CAMPOS; OTTO MAURO DOS SANTOS-ROSA; MARCELO AUGUSTO F. RIBEIRO JR.; ALEXANDRE ZANCHENKO FONSECA; ANNA CAROLINA FERNANDES MORAES; BETINA NOVAES LISBOA; ISABELLA HELENA MARTINS TEODORO; PAULA BERGAMASCO DA SILVA. UNISA-SP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

Introdução: A colangiopancreatografia retrógada endoscópica (CPRE) possui altas taxas de complicações, chegando a 10% com 1% de mortalidade. O uso de recursos menos invasivos no diagnóstico de patologias das vias biliares reservando a CPRE para uso terapêutico vem crescendo, assim como uma indicação mais adequada do procedimento e maior conhecimento sobre seus riscos.Objetivo: Determinar a incidência e os fatores preditivos de complicações da CPRE nos doentes submetidos ao procedimento de forma terapêutica.Método: Foi realizado uma análise retrospectiva dos prontuários dos pacientes submetidos à CPRE no Hospital Geral do Grajaú (HGG), no período de março de 2013 a setembro de 2016.Resultados: Foram incluídos 320 pacientes, sendo 69,7,8% mulheres e 30,3% homens, com idade média de 53 anos. As indicações das CPREs foram variadas, sendo sua realização mais comum para o tratamento da coledocolitíase, que respondeu por 93,1% dos procedimentos. A complicação mais comum foi a pancreatite aguda, respondendo por quase metade das complicações. O tempo de cirurgia, idade mais jovem, portadores de hipertensão arterial, uso de medicação B-bloqueadora, bilirrubina pré-operatória normal e cateterização inadvertida do ducto pancreático principal apresentaram significância estatística com as complicações pós-operatória.Conclusão: Verificou-se que a maioria dos pacientes que complicaram eram relativamente mais jovens e não se apresentavam ictéricos no momento do procedimento; duração prolongada do procedimento também aumenta a incidência de complicações, sendo um fator operador dependente. Assim, a CPRE não está isenta de complicações, devendo ser bem indicada para que a morbidade seja aceitável.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 441

TÍTULO DO TRABALHO: DUODENOPANCREATECTOMIA LAPAROSCÓPICA EM 50 PACIENTES CONSECUTIVOS SEM MORTALIDADE

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCEL AUTRAN CESAR MACHADO1; TIAGO BASSÈRES2; RODRIGO CAÑADA SURJAN1; FABIO FERRARI MAKDISSI1. 1. FMUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL SIRIO LIBANES, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

OBJETIVO: A cirurgia pancreática laparoscópica tem se expandido gradualmente e atualmente, em centros especializados, é realizada duodenopancreatectomia (DPT) por videolaparoscopia. Este estudo apresenta dados sobre a eficácia da DPT laparoscópica em um único centro.MÉTODO: Trata-se de um estudo observacional prospectivo de uma única coorte. De março de 2012 a setembro de 2015, 50 pacientes consecutivos foram submetidos à DPT laparoscópica utilizando uma técnica de cinco trocartes. A reconstrução do trato digestivo foi realizada com técnica de dupla alça jejunal sempre que possível. Os pacientes com sinais radiológicos de invasão da veia porta foram operados por via aberta.RESULTADOS:Vinte e sete mulheres e 23 homens com uma mediana de idade de 63 anos (intervalo 23-76) foram submetidos a DPT laparoscópica. Cinco pacientes foram submetidos a pancreatectomia total. Todos, exceto 1 paciente (operação bariátrica anterior), foram submetidos à ressecção com preservação do piloro. A reconstrução foi realizada com dupla alça jejunal em todos os casos, exceto em 5 casos de pancreatectomia total. A conversão foi necessária em 3 pacientes (6%) como resultado de dissecção difícil (dois casos) e invasão de veia porta insuspeita (1 paciente). O tempo operatório médio foi de 420 minutos (intervalo 360-660), e a mortalidade em 90 dias foi nula. A fístula pancreática ocorreu em 13 pacientes (26%). Houve uma grau C (reoperado), uma grau B (drenagem percutânea), e todos as restantes foram grau A (tratamento conservador). Outras complicações incluíram sangramento local (n = 1), fístula biliar (n = 2) e esvaziamento gástrico tardio (n = 2). A média de internação hospitalar foi de 8,4 dias (intervalo 5-31).CONCLUSÕES:A DPT laparoscópica é viável e segura, mas é tecnicamente exigente e deve ser reservada a cirurgiões laparoscópicos altamente qualificados com treinamento adequado em centros de alto volume. A anastomose pancreática isolada pode ser útil para diminuir a gravidade das fístulas pancreáticas pós-operatórias. Portanto, poderia ser uma boa opção em pacientes com alto risco de desenvolver fístula pancreática, bem como por cirurgiões menos experientes.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 461

TÍTULO DO TRABALHO: ESTUDO COMPARATIVO DO CONTROLE DA ANALGESIA MEDICAMENTOSA PÓS-OPERATÓRIA NA COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA ELETIVA: UM ENSAIO CLÍNICO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCELO OLIVEIRA NUNES1; PROF. DR. JOÃO FERNANDES BRITTO ARAGÃO2; MARIA TAINAR BARBOSA DE ALMEIDA1; SÉRGIO LUIZ MACHADO NASCIMENTO1; AMANDA SILVEIRA CARVALHO DANTAS1; ROBERTA SOUZA SANTOS1; BEATRIZ CALAZANS DE ANDRADE1; SEBASTIÃO DUARTE XAVIER JUNIOR3. 1. UNIVERSIDADE TIRADENTES, ARACAJU - SE - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE / UNIVERSIDADE TIRADENTES, ARACAJU - SE - BRASIL; 3. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE, ARACAJU - SE - BRASIL.

RESUMO:

Objetivos: Analisar a eficácia do cetoprofeno e do butilbrometo de escopolamina associado a dipirona sódica na analgesia pós-operatória de colecistectomia videolaparoscópica; comparar os dois tratamentos. Métodos: Estudo prospectivo, longitudinal, randomizado, analítico, realizado em quatro hospitais privados de Aracaju/SE. Formação de dois grupos de 22 pacientes escolhidos aleatoriamente: grupo I medicados com butilbrometo de escopolamina associado a dipirona sódica e grupo II com cetoprofeno. Os fármacos foram prescritos no momento da alta hospitalar. Se presente, registrava-se em formulário padronizado, intensidade e localização da dor e se havia remissão após uso do analgésico preconizado. Foram confeccionadas tabelas de frequência para as variáveis qualitativas e para as quantitativas: médias, desvio padrão e intervalo de confiança. As variáveis foram analisadas por teste t de student, Mann-Witney e Qui-quadrado. O intervalo de confiança foi de 95%. Resultados: Decorridas 24h da realização do procedimento cirúrgico, 50% do total de pacientes não relatou dor de qualquer natureza. Nos quatro dias subsequentes, o número de pacientes sem dor aumentou progressivamente: 2º dia, 77,3%; 6º dia, 86,4%; 4º dia, 93,5% e 5º dia, 95,5%, não havendo significância estatística na comparação intergrupos em nenhum dos dias. Conclusão: O cetoprofeno e o butilbrometo de escopolamina associado a dipirona sódica são analgésicos eficazes no pós-operatório mediato de colecistectomia videolaparoscópica. Não foram identificadas diferenças estatísticas significantes na comparação dos dois medicamentos. O butilbrometo de escopolamina associado a dipirona sódica é uma alternativa barata e segura para promover analgesia em colecistectomizados. REFERÊNCIAS DAOUDIA, M. et al. Biological inflammatory markers mediate the effect of preoperative pain-related behaviours on postoperative analgesics requirements. BMC Anesthesiology, v. 15, 16 dez. 2015. GURUSAMY, K. S. et al. Pharmacological interventions for prevention or treatment of postoperative pain in people undergoing laparoscopic cholecystectomy. The Cochrane Database of Systematic Reviews, v. 3, p. CD008261, 2014. RAFIQ, M. S.; KHAN, M. M. Scar Pain, Cosmesis and Patient Satisfaction in Laparoscopic and Open Cholecystectomy. Journal of the College of Physicians and Surgeons--Pakistan: JCPSP, v. 26, n. 3, p. 216?219, mar. 2016.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1918

TÍTULO DO TRABALHO: ESTUDO SOBRE A POSIÇÃO E QUANTIDADE DE CLIPES DE TITÂNIO NO PóS OPERATÓRIO DE COLECISTECTOMIAS VIDEOLAPAROSCÓPICAS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PRESIDENTE DUTRA EM SÃO LUÍS- MA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ROCLIDES CASTRO DE LIMA1; AMANDA JORDAO SILVA DE DEUS2; ARTUR SERRA NETO3; GIULIANO PEIXOTO CAMPELO4; JOSE APARECIDO VALADAO4; ELIAS AMORIM5; MICHELLY SAMPAIO BONATES DURANS6; LUIS EDUARDO VERAS PINTO7. 1. HOSPITAL SÃO DOMINGOS, PETROLINA - PE - BRASIL; 2. HOSPITAL UNIVERSITARIO PRESIDENTE DUTRA- HUUFMA, SÃO LUÍS - MA - BRASIL; 3. HOSPITAL UNIVERSITARIO PRESIDENTE DUTRA- HUUFMA, SAO LUIS - MA - BRASIL; 4. HOSPITAL SÃO DOMINGOS, SAO LUIS - MA - BRASIL; 5. UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHAO, SAO LUIS - MA - BRASIL; 6. HOSPITAL UNIVERSITARIO PRESIDENTE DUTRA, SAO LUIS - MA - BRASIL; 7. HOSPITAL SAO DOMINGOS, SAO LUIS - MA - BRASIL.

RESUMO:

Introdução: A colecistectomia videolaparoscópica (CVL) é a técnica usada para tratamento de colelitíase nos dias atuais. A dissecção do ducto e da artéria cística é necessária para obter a visão crítica de segurança. A colocação de clipes de titânio no ducto e na artéria cística com posterior secção destes é a técnica mais utilizada para iniciar o descolamento da vesícula do leito hepático. Eventualmente, é necessário clipar ductos ou ramos da artéria cística acessórias aumentando o número de clipes em cavidade abdominal e pode ocorrer a soltura de clipe em cavidade. Objetivo: Avaliar a quantidade de clipes em CVL no Hospital Universitário Unidade Presidente Dutra (HUUPD). Métodos: Estudo descritivo,transversal e observacional, população composta por pacientes com colelitíase com colecistite ou não, submetidos a CVL no HUUPD, no período de fevereiro a março de 2016. Utilizou-se ficha protocolo para coleta e registro das informações obtidas pelos dados dos relatos cirúrgicos, além de radiografia de abdome em posição ântero-posterior no primeiro dia de pós operatório. Realizou-se revisão bibliográfica nas bases de dados SciELO, LILACS, PubMed, Bireme. Análise de dados: Os testes estatísticos foram feitos com o programa Stata 13.0. Foi considerada significativo um p1. Nathaniel, J. Laparoscopic cholescystectomy. Uptodate. 2015.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1190

TÍTULO DO TRABALHO: Fatores preditores de evolução pós-operatória desfavorável impedindo alta precoce em colecistectomias videolaparoscópicas

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GRAZIELLA MORAES MACHADO1; RAUL FLÓRIO REAL1; THAIS VICENTINE XAVIER2; ELISA DE VIEGAS HOFFMEISTER1; LUIS FERNANDO MOREIRA1; HENRIQUE IAHNKE GARBIN3; GABRIELLA RICHTER DA NATIVIDADE3; BERNARDO SILVEIRA VOLKWEIS1. 1. HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS, PELOTAS - RS - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: Determinar parâmetros prognósticos, clínicos e cirúrgicos, para alta precoce em pacientes submetidos a colecistectomia videolaparoscópica (CL), a fim de planejar protocolo de CL em regime ambulatorial. Método: Análise descritiva do prontuário de 52 pacientes submetidos à CL eletivas (jan a dez/2016) oriundos de ambulatório de Cirurgia Geral do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e de 51 pacientes submetidos à CL em caráter de urgência (jul a nov/2016) oriundos do Serviço de Emergência. Tamanho amostral calculado usando programa ?Sealed Envelope?. Foram considerados parâmetros do paciente e do procedimento cirúrgico, sendo inseridos na base de dados Google Docs. Análise estatística utilizou-se SPSS, testes de Chi-Square e Mann-Whitney em dois grupos. Resultados: Cirurgias foram realizadas em caráter hospitalar (99%) e ambulatorial (1%). Maioria dos pacientes do sexo feminino (72%), em ambos os grupos. O escore ASA foi preditor em indicar maior tempo de permanência hospitalar após CL no grupo eletivas em comparação ao grupo urgências. Dor pós-operatória é também um fator comum impedindo a alta precoce porém, em nosso estudo, não houve relevância entre o nível de dor e um maior tempo de internação. Maior grau de complicação pós-operatória foi relevante para aumentar os dias de internação nas CL de urgência. Em relação a tais complicações estão necessidade de uso de antibiótico terapêutico (12), necessidade de uso de dreno intra-cavitário por sangramento em leito hepático (1) e maior grau de inflamação (2), achado transoperatório de coledocolitíase residual para futura CPRE (1), dor intensa (2) e insuficiência respiratória aguda (1). A frequência de perfuração intra-operatória da vesícula biliar ocorreu em 16,5% dos pacientes e a frequência de lesão do ducto biliar foi ZERO, assim como a taxa de conversão em colecistectomia aberta. Conclusões: CL é procedimento seguro e com baixa taxa de complicações neste Serviço. Escore ASA e complicações pós-operatórias (processo inflamatório agudo) foram os únicos fatores preditivos de evolução desfavorável para alta precoce. Tais resultados viabilizam a realização de um protocolo de alta precoce para as CL em casos selecionados, sem os fatores de risco preditores de complicações pós-operatórias. Bibliografia: Radunovic M et al. Complications of Laparoscopic Cholecystectomy: Our Experience from a Retrospective Analysis. Open Access Maced J Med Sci. 2016 Dec 15; 4(4) 641-46.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1510

TÍTULO DO TRABALHO: INCIDÊNCIA DE COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS APÓS COLECISTECTOMIAS CONVENCIONAIS: VIAS ANTERÓGRADA E RETRÓGRADA, REALIZADAS NO HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA-DF

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BRUNO MARQUES CHAVES; PAUMO MOACIR DE OLIVEIRA CAMPOLI; KARLA DE SOUSA CORREIA; MARCOS DORIVAL ZAGO; RHANIÉLLEN SILVA FERREIRA; BRUNO MOREIRA OTTANI. HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA, BRASÍLIA - DF - BRASIL.

RESUMO:

A colecistectomia é um dos procedimentos cirúrgicos mais realizados em todo o mundo. Dentre as técnicas cirúrgicas, há a videolaparoscópica e a convencional. Esta última, pode ser executada pelos métodos retrógrado ou fundo-cística. No Brasil, predomina a convencional, correspondendo a 67,56% das colecistectomias, de 01/2014 a 01/2016. Alguns cirurgiões adotam a técnica fundo-cística como rotina. Via de regra, utiliza-se a dissecção retrógrada. Objetivo: evidenciar qual destas técnicas empregadas no Hospital Regional de Taguatinga (HRT), apresentaram menor incidência de complicações, quando empregadas de forma eletiva e sugerir a melhor técnica como rotina do serviço. Método: estudo Observacional de Coorte Retrospectivo, com revisão de prontuários eletrônicos da Unidade de Cirurgia Geral do HRT, de 03/2014 a jul/2016, dos pacientes acima de 18 anos submetidos à colecistectomia convencional eletiva. Excluídos pacientes menores de 18 anos, em vigência de colecistite, com dados suficientes no prontuário eletrônico ou falecidos nos primeiros 30 dias de pós-operatórios por causas não relacionadas ao procedimento. Os dados foram analisados empregando-se o teste exato de Fisher, Qui-quadrado e Mann-Whitney. Foram considerados valores de p Resultados: Amostra inicial de 1238 pacientes. Excluídos 251, por colecistite ou cirurgias viedolaparoscópicas, enquanto 548 foram excluídos por falta de dados, resultando N = 439. Das variáveis estudadas, não houve diferença estatisticamente significativa entre as duas técnicas cirúrgicas empregadas, quanto à incidência de complicações. No entanto, o número absoluto de mortes, infecção de sítio cirúrgico, número de reinternações e reintervenções foi maior no grupo dos pacientes submetidos à técnica fundo-cística. Conclusão: As duas técnicas possuem incidência de complicação estatisticamente equivalentes, apesar de o valor absoluto destes dados sugerirem maior incidência de complicações na técnica fundo-cística.Bibliografia:1.CHARLES, Brunicardi F. et al. Schwartz`s Principles of Surgery. 10. ed. New York: Mc Graw Hill, 2015.2.FORTUNATO, A.A; GENTILE J.K.A; CAETANO, D.P. Análise comparativa de lesão iatrogênica de vias biliares em colecistectomias laparotômicas e videolaparoscópicas. ABCD Arq Bras de Cir Dig, 2014; v. 4, n.27, p. 272-274.3.Ministério da Saúde, DATASUS. http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/qiuf.def. Acesso: 08/2016.

CODIGO DO TRABALHO: 1032

TÍTULO DO TRABALHO: MANEJO CIRÚRGICO DA COLELITÍASE EM PACIENTES SUBMETIDOS A TRANSPLANTES RENAIS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ROCLIDES CASTRO DE LIMA1; EINART EUDES GUEDES DE SOUZA2; ANDREY SALGADO MORAES FILHO2; MARCELO MARTINS DE MOURA2; JOSE APARECIDO VALADAO3; GIULIANO PEIXOTO CAMPELO3; LUIS EDUARDO VERAS PINTO4; ABDON JOSE MURAD JUNIOR3. 1. HOSPITAL SÃO DOMINGOS, PETROLINA - MA - BRASIL; 2. UFMA, SAO LUIS - MA - BRASIL; 3. HOSPITAL SÃO DOMINGOS, SAO LUIS - MA - BRASIL; 4. HOSPITAL SAO DOMINGOS, SAO DOMINGOS - MA - BRASIL.

RESUMO:

INTRODUÇÃO: Em pacientes de transplante de órgãos sólidos, complicações de colelitíase pode executar um curso fulminante, resultando em alta morbidade e mortalidade em situações de imunossupressão e pode até resultar na rejeição. OBJETIVO: Realizar uma revisão de literatura a fim de determinar os resultados da abordagem para litíase biliar em pacientes submetidos ao transplante renal. MÉTODOS: Foi realizado um levantamento bibliográfico no PUBMED, EMBASE, Cocchrane Libray e Scielo. Foi priorizado o encontro de ensaios prospectivos e randomizados ou de metanálises. CONCLUSÃO: Os dados obtidos da revisão de literatura sugerem que a prevalência de litíase biliar é maior nos pacientes submetidos a TO do que a população geral. As principais alterações que ocorrem e que predispõem a formação de cálculos biliares são as alterações do peso corporal, uso de imunossupressores, diabetes mellitus e hiperlipidemia, sendo a colecistectomia laparoscópica associada à baixa morbidade e mortalidade e bom prognóstico pós-operatório em pacientes transplantados com colecistite não-complicada. Na maioria dos transplantados, a colecistectomia laparoscópica pode ser realizada seguramente e com pouco tempo de operação e de internação hospitalar, sugerindo assim, o manejo expectante dos portadores assintomáticos de litíase biliar em pacientes submetidos à transplante renal.REFERÊNCIAS:Stinton, LM. Epidemiology of gallblader disease: cholelithiasis and câncer. Gut Liver 2012;6:172-87Richardson, WS; Gallstone disease in heart transplant recipients. Ann Surg 2003; 237 (2): 273-6

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1084

TÍTULO DO TRABALHO: O papel da bissegmentectomia central inferior (IVb-V) no tratamento do Carcinoma da Vesícula Biliar: experiência do Hospital Universitário Pedro Ernesto - UERJ

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MAÍRA DA CRUZ GONÇALVES LEAL; BRUNO CESAR SABINO DE FIGUEIREDO; THAÍSSA MENDONÇA MOREIRA; CLAUDIANE DIAS ABREU; ANDRE GEORGE SAUL RONAY; MARCO ANTONIO CORREA GUIMARAES FO; MARCOS BETTINI PITOMBO. UERJ, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: O carcinoma da vesícula biliar é a neoplasia maligna das vias biliar mais comum e o 7º câncer mais frequente do aparelho digestivo. Trata-se de uma neoplasia com comportamento biológico agressivo e cuja única possibilidade de terapia curativa, no momento, é a ressecção cirúrgica radical com margens livres. Durante muito tempo, a abordagem cirúrgica ?cou direcionada a um aspecto meramente paliativo, como consequência do prognóstico reservado e da morbimortalidade do tratamento cirúrgico no passado. Mais recentemente, com a redução das complicações relacionadas ao tratamento cirúrgico radical dessa neoplasia, houve um aumento no número de casos operados, muito embora ainda não seja consensual a extensão adequada da ressecção. No Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) a rotina é a realização de colecistectomia com bissegmentectomia hepática (IVb-V) associada à linfadenectomia alargada nos casos de tumores cT1b, cT2; e hepatectomia direita com linfadenectomia nos casos de tumores cT3. O presente trabalho tem como objetivo analisar os resultados da colecistectomia associada bissegmentectomia hepática (IVb-V) e linfadenectomia no carcinoma da vesícula biliar operados desde a definição desta rotina. Métodos: Foram revisados os prontuários de nove pacientes, com diagnóstico pré-operatório de Tumor de Vesícula, submetidos a Colecistectomia com bissegmentectomia hepática (IVb e V) e linfadenectomia, no período de 2006 a 2016, pelo Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Pedro Ernesto. Resultados ? Foram identificados oito pacientes, com idade ente 58 a 85 anos. O diagnóstico pré-operatório (radiológico) dos pacientes se confirmou em seis dos oito casos avaliados, após a análise histopatológica. Houve um caso de fístula biliar, que resultou em reoperação. Não foram registradas outras complicações pós-operatórias, tampouco óbitos intra-hospitalares. Conclusão ? A abordagem cirúrgica do câncer de vesícula biliar através da realização de Colecistectomia com bissegmentectomia hepática (IVb e V) associada a linfadenectomia extendida é uma opção segura, mesmo em pacientes idosos, com altas taxas de resseção R0 e, conforme os resultados já publicados, considerada o procedimento de escolha para estes tumores.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 3044

TÍTULO DO TRABALHO: O TRATAMENTO DA COLEDOCOLITÍASE NA ERA DA CIRURGIA VÍDEO LAPAROSCÓPICA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: THIAGO ASSIS LISBOA; BÁRBARA DA SILVA OLIVEIRA FONSECA; KENIA DAZZI BERGI; LUCAS AZEVEDO FARIA; JOSÉ REINALDO RIBEIRO DE QUEIROZ JUNIOR; RODRIGO LOIOLA DE GUIMARAES; GUILHERME AUGUSTO NUNES CORREA LIMA; FABIO PIMENTEL MARTINS. SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BELO HORIZONTE, BELO HOROZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: Este estudo tem como objetivo apresentar o algoritmo de tratamento da colecistopatia litiásica associado a coledocolitíase utilizado pela VIII clínica cirúrgica do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, estabelecendo uma discussão sobre as vantagens da via laparoscópica baseado na experiência prática do serviço e ampla revisão bibliográfica referente ao tema. Método:Trata-se de um artigo de revisão, no qual foi feita uma revisão bibliográfica sobre tratamento da coledocolitíase nas bases de dados Cochrane, Scielo, Lilacs,Pubmed. A partir da revisão, a abordagem terapêutica da literatura foi comparada com o algoritmo utilizado pela VIII clínica cirúrgica do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte. Resultados: Estudos clínicos randomizados comparando a CVL-ELVB com a CPER pré-CVL (CPER-CVL) demonstraram que a CVL-ELVB repercutiu em maior taxa de remoção de cálculos da via biliar (90,2%), menor tempo operatório e menor tempo de internação hospitalar , assim como comprovado nos casos operados pela VIII clínica cirúrgica do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte. Não foi constatada diferença significativa nas taxas de morbidade, mortalidade ou de conversão para outros procedimentos entre as técnicas analisadas. A CPER pós-CVL apresentou maior taxa de cálculos retidos. A diferença de custo total por paciente entre a CVL-ELVB e a CVL-CPER evidenciou valores comparativamente reduzidos da CVL-ELVB. Conclusões: A CIO de rotina aumenta a segurança do tratamento de pacientes com colecistopatia litiásica associado a coledocolitíase e favorece o preparo técnico dos cirurgiões para a ELVB caso seja identificado cálculo na via biliar em fase peroperatória.Bibliografia: Koc B, Karahan S, Adas G, Tutal F, Guven H, Ozsoy A. Comparison of laparoscopic common bile duct exploration and endoscopic retrograde cholangiopancreatography plus laparoscopic cholecystectomy for choledocholithiasis: a prospective randomized study. Am J Surg. 2013;206(4):457?63. Herrera-Ramírez ML, López-Acevedo H, Gómez-Peña GA, Mata-Quintero CJ.Efficiency of laparoscopic vs endoscopic management in cholelithiasis and choledocholithiasis. Is there any difference? Cir.Cir. 2016; pii: S0009-7411(16)30089-5. doi: 10.1016/j.circir.2016.10.008Dasari BV, Tan CJ, Gurusamy KS, Martin DJ, Kirk G, McKie L, Diamond T, Taylor MA. Surgical versus endoscopic treatment of bile duct stones. Cochrane Database Syst Rev. 2013;12.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 444

TÍTULO DO TRABALHO: PANCREATECTOMIA DISTAL LAPAROSCÓPICA UTILIZANDO PLATAFORMA DE PORTAL ÚNICO: EXPERIÊNCIA INICIAL COM 20 PACIENTES

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCEL AUTRAN CESAR MACHADO1; TIAGO BASSÈRES2; RODRIGO CAÑADA SURJAN1; FABIO FERRARI MAKDISSI1. 1. FMUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL SIRIO LIBANES, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

OBJETIVO: Foram descritas recentemente diversas técnica utilizando portal único para vários procedimentos laparoscópicos. O objetivo deste estudo é descrever nossa experiência com uma técnica alternativa para pancreatectomia distal laparoscópica, com e sem preservação esplênica, usando uma plataforma de portal único.MÉTODO: Este procedimento foi realizado em 20 pacientes com tumores pancreáticos no corpo pancreático ou cauda. Todos pacientes apresentavam tumor de baixo grau de malignidade. Nenhum paciente com adenocarcinoma foi operado por esta técnica. Uma incisão transumbilical é realizada, e uma plataforma de portal único é introduzida. O estômago é suturado à parede abdominal para expor o pâncreas. Esta técnica utiliza um trocarte adicional de 5 mm no quadrante esquerdo, usado na drenagem após o término do procedimento.RESULTADOS: A mediana do tempo operatório foi de 176 minutos e a permanência hospitalar foi de 2 dias. A mortalidade foi de 0% e a morbidade foi de 20%; 4 pacientes desenvolveram fístula pancreática de grau A. Em dois pacientes, esplenectomia foi necessária em virtude de invasão dos vasos esplênicos ou impossibilidade de obter margens livres. Outro paciente foi submetido à colecistectomia com colangiografia como procedimento adicional. Durante o seguimento (mediana, 11 meses), nenhum paciente desenvolveu hérnia incisional. A aparência estética da incisão foi excelente em todos os casos.CONCLUSÕES:A pancreatectomia distal laparoscópica utilizando uma plataforma de portal único é viável e pode ser realizada com sucesso por cirurgiões com experiência em cirurgia pancreática e cirurgia laparoscópica avançada.

CODIGO DO TRABALHO: 2246

TÍTULO DO TRABALHO: PANCREATECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA PARA LESOES CORPO-CAUDAIS: UMA AVALIAÇÃO RETROSPECTIVA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GERALDO CAMILO NETO1; JOSE FRANCISCO DE MATTOS FARAH1; ADRIANO CORONA BRANCO1; ALBERTO GOLDENBERG2; EDUARDO FIGUEIREDO BENEDETTI2; CAMYLLE REIS FIGUEIREDO1; ELLEN TREVELIN1; GABRIEL LACERDA ESTEVES1. 1. IAMSPE, SAO PAULO - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, SAO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

OBJETIVOS: relatar a experiência da técnica laparoscópica para abordagem de lesões corpo caudais do pâncreas, avaliando os índices de morbidade, fístula pancreática e tipos histológicos. MÉTODOS: estudo descritivo, retrospectivo, multicêntrico. Foram revisados os prontuários de pacientes submetidos a pancreatectomia videolaparoscópica para abordagem de lesões de corpo e cauda pancreática em três hospitais terciários da cidade de São Paulo ? SP no período de xx/xxxx a Dezembro 2016. Índices de morbidade e mortalidade foram levantados. A morbidade foi classificada de acordo com Clavien-Dindo. RESULTADOS: 72 pacientes foram submetidos a pancreatectomia videolaparoscópica no período estudado. Enucleação da lesão foi realizada em 8 pacientes, enquanto a ressecção corpo caudal, com ou sem preservação esplênica foi realizada nos demais. A morbidade do procedimento foi de 44%, com complicações que variaram entre Clavien 1 a 4. O índice de fístula pancreática foi de 26% (n 19): 12 tipo A, 2 tipo B e 5 tipo C. Punção percutânea foi realizada em 11% (n 8) dos casos. A mortalidade em 30 dias de PO foi nula. CONCLUSÃO: a abordagem videolaparoscópica é uma opção terepêutica viável para o manejo da lesões corpo-caudais do pâncreas. O índice do fístulas no pós operatório, todavia, persiste como importante cauda de morbidade. REFERÊNCIAS: SHIN, SH. A comparative study of laparoscopic vs. open distal pancreatectomy for left-sided ductal adenocarcinoma: a propensity score-matched analysis. J Am Coll Surg. 2015 Feb;220(2):177-85. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2014.10.014. Epub 2014 Oct 31. MENDONZA, A.S., Han, HS., Ahn, S. et al. Predictive factors associated with postoperative pancreatic fistula after laparoscopic distal pancreatectomy: a 10-year single-institution experience Surg Endosc (2016) 30: 649. doi:10.1007/s00464-015-4255-1. Yoshikuni, K. Laparoscopic distal pancreatectomy employing radical en bloc procedure for adenocarcinoma: Technical details and outcomes. Surgery , Volume 157 , Issue 6 , 1106 ? 1112. 2017.

CODIGO DO TRABALHO: 2551

TÍTULO DO TRABALHO: PERFIL DAS ANASTOMOSES BILIODIGESTIVAS OCORRIDAS EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE TERESINA NOS ANOS DE 2014 A 2016: ESTUDO DE 80 CASOS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BRENNO IVO SOARES SANTOS1; RAIMUNDO JOSÉ CUNHA ARAUJO JUNIOR2; LUCAS PAZOLINNI VIANA ROCHA2; BRENDA IRLA SOARES SANTOS2; THIAGO MELO DINIZ2; ALEXANDRE GABRIEL SILVA REGO2; CARLO VICTOR SOUSA RODRIGUES3. 1. UFPI/HSPE, TERESINA - PI - BRASIL; 2. UFPI, TERESINA - PI - BRASIL; 3. NOVAFAPI, TERESINA - PI - BRASIL.

RESUMO:

OBJETIVO: Analisar o perfil das anastomoses biliodigestivas realizadas no Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí (HU-UFPI) quanto a indicação, técnica utilizada e complicações precoces nos anos de 2014 a 2016. METODOLOGIA: Estudo observacional e descritivo do tipo quantitativo. A amostra foi constituída a partir de todos os prontuários de pacientes que se submeteram a cirurgias de anastomose biliodigestiva no HU-UFPI no período de março de 2014 a novembro de 2016. Utilizou-se um roteiro estruturado para a coleta dos dados, utilizando-se variáveis como etiologia da obstrução da via biliar, tipo de anastomose realizada e complicações pós-operatórias precoces. Os dados foram tabulados em no programa Excel 2010 para Windows com posterior calculo das porcentagens e análise de cada variável. RESULTADOS: Foram realizadas 80 anastomoses biliodigestivas no serviço, sendo 48,75% por coledocolitíase, 20,0% por lesões iatrogênicas de via biliar, 20,0% em casos de tumores periampulares. A hepaticojejunoanastomose em Y de Roux foi realizada em 42,5% dos pacientes seguido de Coledocojejunoanastomose em y de roux e Coledocoduodeno anastomose em 26,25% e 22,5% respectivamente. 75% das cirurgias realizadas não apresentaram complicações, no qual a Fístula da anastomose foi a mais prevalente entre elas com 10 casos (12,5%), na qual 80% delas ocorreram no uso da técnica Hepaticojejunoanastomose em y de roux. CONCLUSÃO: A principal indicação de anastomose biliodigestiva no HU-UFPI foi a coledocolitiase, sendo a hepaticojejunoanastomose com reconstrução em Y de Roux o tipo de derivação biliodigestiva mais utilizada e a complicação mais comum foi a Fístula, predominante no uso dessa técnica. REFERÊNCIAS: 1. Goessmann H, et al. Biliodigestive anastomosis: indications, complications and interdisciplinary management. Chirurg. 2012 Dec;83(12):1097-108. 2. Cammann S, et al. Cholangitis in the postoperative course after biliodigestive anastomosis. Langenbecks Arch Surg. 2016 Aug;401(5):715-24

CODIGO DO TRABALHO: 627

TÍTULO DO TRABALHO: Perfil Epidemiológico da Neoplasia de Vesícula Biliar no Noroeste do Rio Grande do Sul

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JORGE ROBERTO MARCANTE CARLOTTO1; FERNANDA MARCANTE CARLOTTO2; JUAREZ ANTONIO DAL VESCO1; LUCAS DUDA SCHMITZ1; JOSIANE BORGES3; ANA MARIA MARCOLAN3; GABRIEL WEISS4; JULIA PASTORELLO5. 1. CLÍNICA DAL VESCO, PASSO FUNDO - RS - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO - UPF, PASSO FUNDO - RS - BRASIL; 3. INSTITUTO DE PATOLOGIA DE PASSO FUNDO, PASSO FUNDO - RS - BRASIL; 4. RESIDÊNCIA MÉDICA EM CIRURGIA GERAL - UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL / HCPF, PASSO FUNDO - RS - BRASIL; 5. CENTRO DE ONCOLOGIA DO HOSPITAL DA CIDADE DE PASSO FUNDO - HCPF, PASSO FUNDO - RS - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: Analisar os aspectos epidemiológicos-cirúrgicos dos pacientes com câncer de vesícula biliar no noroeste do estado do Rio Grande do Sul.Método: Estudo retrospectivo de exames anatomopatológicos das peças cirúrgicas. Foram considerados para este estudo pacientes submetidos a tratamento cirúrgico de câncer de vesícula biliar, no período de 1996 a 2016 nos hospitais do noroeste do estado do Rio Grande do Sul. Os pacientes foram avaliados em relação as características demográficas e local de tratamento. Em relação a vesícula biliar, foram analisados a morfologia do órgão, as caracterísicas da lesão, tipo histológico e o grau de diferenciação, além do grau de invasão da neoplasia, margens cirúrgicas e realização de exame de congelação transoperatório.Resultados: Foram avaliadas 197 peças cirúrgicas com câncer de vesícula biliar. A média de idade dos pacientes era 65 anos (±12) e o sexo predominante foi o feminino (70,6%). O principal convênio utilizado foi o SUS (61,4%) e a cidade com maior número desses pacientes foi Passo Fundo (63,4%). O maior número de cirurgias ocorreu durante os anos de 2006-2011 (33,5%), sendo que sua maioria era eletiva (64,5%). O número médio de lesões era de 1,5 (±1,14) e a média do seu maior diâmetro era de 2,5 cm (±1,6). A média de espessura da parede foi de 0,76 cm (±0,46). A maioria das peças cirúrgicas não apresentavam cálculo em seu interior (50,8%). O tipo histológico mais frequente das lesões foi o adenocarcinoma (99%) com moderada diferenciação celular (69%). Na maioria das peças, observava-se invasão angiolinfática (61,4%), perineural (53,3%) e o estadiamento do tumor primário foi T3 na maioria dos casos (81,9%). A média do número de linfonodos era de 2 (±4). A minoria dos pacientes apresentou invasão do fígado (30,5%). O exame transoperatório de congelação foi realizado em 8,6% dos casos. A maioria das peças apresentava margens cirúrgicas livres (77,2%).Conclusões: O perfil do paciente com câncer de vesícula biliar no noroeste do Rio Grande do Sul é de uma mulher, com mais de 60 anos, apresentando um adenocarcinoma com moderada diferenciação, estadiamento do tumor primário em T3, com invasão angiolinfática e perineural.Bibliografia:Ebata T, Ercolani G, Alvaro D, Ribero D, Di Tommaso L, Valle JW. Current Status on Cholangiocarcinoma and Gallbladder Cancer. Liver Cancer. 2016 Nov;6(1):59-65.Kanthan R, Senger JL, Ahmed S, Kanthan SC. Gallbladder Cancer in the 21st Century. J Oncol. 2015.

CODIGO DO TRABALHO: 1650

TÍTULO DO TRABALHO: Prevalência de coledocolitíase e o papel da Colangiorresonância na sua avaliação em pacientes submetidos à colecistectomia no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) no ano de 2016

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RENAN CAMARGO PUTON1; THAIS VICENTINE XAVIER2; RAUL FLÓRIO REAL1; GRAZIELLA MORAES MACHADO1; LUÍS ROBERTO WENDT1; ARTHUR KONISHI ALVES2. 1. HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS, PELOTAS - RS - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: Determinar a prevalência de coledocolitíase nos pacientes submetidos à colecistectomia (CL) e o papel da colangiorresonância (CRNM) no manejo dos mesmos. Método: Análise descritiva do prontuário de 893 pacientes submetidos à CL eletivas/urgências (jan a dez/2016), com análise da correlação e comparação da CRNM com a Colangiopancreatografia endoscópica retrógrada (CPRE) e/ou Colangiografia intraoperatória (Colangio IO). Análise estatística utilizou-se o SPSS, sendo as variáveis categóricas apresentadas como frequências absolutas e avaliadas pelo Qui-quadrado ou teste exato de Fisher. Resultados: Foram 893 pacientes submetidos à CL no ano de 2016 no HCPA , a mediana de idade foi de 49 anos, sendo a maioria (72,6%) do sexo feminino e eletivas (58,2%). A prevalênca de coledocolitíase, considerando qualquer método diagnóstico (CRNM, CPRE ou Colangio IO) foi de 10,3%, semelhante ao encontrado na literatura. A coledocolitíase foi o motivo da realização da CL em 45 (5%) pacientes. A comparação da CRNM com CPRE ou Colangio IO foi possível em 55 pacientes, apresentando sensibilidade de 100% e especificidade de 72%, ambos com significância estatísitca (p

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 401

TÍTULO DO TRABALHO: Principais complicações da colecistectomia laparoscópica: revisão bibliográfica

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MATHEUS LOPES PULS1; SÉRGIO MATTOS PULS2; IGOR FRANK NEVES3; AMANDA TELES LINO BEGOTTI3. 1. UNIVERSIDADE DE ARARAQUARA, ARARAS - SP - BRASIL; 2. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ARARAS, ARARAS - SP - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE DE ARARAQUARA, ARARAQUARA - SP - BRASIL.

RESUMO:

A colecistectomia é o tratamento de escolha para maioria das patologias da vesícula biliar, sendo prática comum em ambiente cirúrgico, realizando ? se mais de 750.000 colecistectomias anualmente nos Estados Unidos. Mesmo apresentando uma baixíssima mortalidade (menos de 0,1%), as colecistectomias são operações com número crescente de complicações segundo estudos comparativos dos cinco últimos anos. Sendo assim, o objetivo desta revisão bibliográfica foi descrever as principais complicações ocorridas por colecistectomias laparoscópicas. Buscou ? se artigos nas bases de dados Medline (acessada via Pubmed), SciELO, Scopus e biblioteca Cochrane utilizando como descritores Complications e Laparoscopic Cholecystectomy. Realizou-se a seleção inicial dos artigos com base nos títulos e resumos e, após verificação do conteúdo apropriado, buscou-se o texto completo, não havendo critério de exclusão quanto ao tipo do estudo. Obteve ? se 63 artigos do período de janeiro de 2012 a janeiro de 2017 e, destes, selecionaram ? se 30 artigos que respondiam satisfatoriamente os objetivos deste trabalho. Foram priorizados os artigos mais atuais, de mais alto fator de impacto e nível de evidência, como revisões sistemáticas. Dentre as possíveis complicações da colecistectomia tem se o vazamento da bile por perfuração da vesícula, lesão do ducto biliar, hemorragias e lesão intestinal como, em ordem decrescente, as ocorrências mais comuns durante a operação. Estudos relacionam essas complicações a condições inerentes do paciente, inexperiência cirúrgica e limitações decorrentes da própria técnica operatória, como queimaduras por diatermia. Esses fatos levaram ao desenvolvimento do conceito de "Stop Rules" para quando se deve interromper a operação. As complicações em pós-operatório são divididas pela classificação de Clavien em grau I a IV em escala crescente de gravidade, abrangendo hemorragias, coleperitônio e abscessos. A principal complicação no pós-operatório tardio (3 meses a 1 ano) é a presença de cálculos residuais. Os riscos e complicações da colecistectomia laparoscópica não devem ser desvalorizados, apesar do grande número de operações realizadas. Acredita ? se que com experiência e treinamento adequado por parte do cirurgião, as complicações tendem a diminuir.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 596

TÍTULO DO TRABALHO: QUANDO INDICAR COLANGIOGRAFIA INTRA-OPERATÓRIA NA COLECISTECTOMIA POR LAPAROSCOPIA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LUNNA OLIVEIRA SANTOS1; MATHEUS DE SOUZA NOGUEIRA1; GABRIELA OLIVEIRA PEIXOTO1; STEPHANIE ARAUJO MARQUES1; JOSÉ MILTON MACHADO DO AMORIM2; THATIANY DA SILVA LIMA1; LUCAS LEAL VARJÃO2; SONIA OLIVEIRA LIMA1. 1. UNIVERSIDADE TIRADENTES, ARACAJU - SE - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE, ARACAJU - SE - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: Avaliar a necessidade da realização de colangiografia intra-operatória, rotineiramente, em cirurgias de colecistectomia laparoscópicaMétodo: Estudo não aleatório conduzido em Hospital Privado com 100 pacientes consecutivos não ictéricos operados pela mesma equipe cirúrgica que foram submetidos a colangiografia intra-operatória de rotina durante o procedimento de colecistectomia laparoscópica para tratamento de colecistite calculosa. Em todos os pacientes foram realizados exames pré-operatórios laboratoriais, incluindo teste de funções hepática (fosfatase alcalina, gama glutamil transferase, bilirrubinas e transaminases) além da ultrassonografia abdominal. Foi critério de exclusão os pacientes com história de reação alérgica ao material do contraste. Após a colocação dos trocateres, a vesícula biliar é apreendida e o ducto cístico, dissecado. Um cliper metálico é colocado na porção proximal do ducto cístico e uma pequena abertura é realizada abaixo do cliper para colocação de um intracáter pediátrico. O contraste diluído é injetado e duas imagens são obtidas mediante uso de intensificador de imagens. As imagens são avaliadas e o cateter é retirado. Após o procedimento a colecistectomia é concluída.Resultados: Dos 100 pacientes não ictéricos com colecistite calculosa verificou-se alterações nos exames de função hepática em 8 desses. Em todos os pacientes, os exames de imagem por USG abdominal não detectou cálculo ou anormalidade do diâmetro do colédoco. Na colangiografia intra-operatoria observaram-se imagens de litíase do colédoco em 4 pacientes, destes 3 apresentaram no pré-operatório alterações nos exames de função hepática com bilirrubinas dentro da normalidade. Os pacientes com exames pré-operatorios dentro da normalidade não apresentaram alterações significativas na colangiografia intraoperatória. No entanto, observou-se uma associação estatisticamente significativa na positividade da colangiografia intra-operatoria e a alteração laboratorial dos exames utilizados para controle (p=.Conclusão: Conclui-se a importância da realização da colangiografia intraoperatoria em pacientes selecionados, com critério baseados em alterações laboratoriais prévias ao procedimento cirúrgico. Bibliografia: Nassar A, et al. Fluorocholangiography: reincarnation in the laparoscopic era-evaluation of intra-operative cholangiography in 3635 laparoscopic cholecystectomies. Surg Endosc. 2016 May;30(5):1804-11.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1316

TÍTULO DO TRABALHO: TRAQUEOSTOMIA CONVENCIONAL CIRÚRGICA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: NORBERTO KODI KAVABATA; ANTONIO JOSE GONÇALVES; MICKAEL OLIVEIRA DUARTE; MARIANNE Y. NAKAI; ANTONIO AUGUSTO TUPINAMBA BERTELLI; ALEXANDRE BABÁ SUEHARA; WILLIAM KIKUCHI; MARCELO BENEDITO MENEZES. SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

Introdução: o objetivo do vídeo é apresentar os principais tempos e cuidados na realização da traqueostomia convencional cirúrgica, a fim de evitar lesões inadvertidas e complicações. Descrição do vídeo: Anestesia local e incisão horizontal na pele de aproximadamente 3 cm de extensão. Descolamento crânio-caudal do retalho de pele com bisturi elétrico para exposição da rafe mediana, tomando-se cuidado com as veias jugulares anteriores e sua comunicante (arco venoso jugular), o qual deverá ser ligada se no trajeto da dissecção. Abertura da rafe mediana na extensão da cartilagem cricóide até abaixo do istmo da glândula tireóide (aproximadamente 2 a 3 cm) mantendo-se o cuidado para não desviar a dissecção lateralmente a fim de evitar lesão dos nervos laríngeos recorrentes. A dissecção deve chegar a traquéia e expor adequadamente sua superfície e o istmo da glândula tireóide. Em virtude da frequente existência de veias do plexo tireoidiano impar (ramos da veia braquiocefálica esquerda) logo abaixo do istmo e sobre a traqueía, a ligadura desses vasos é importante tempo na exposição da traquéia na altura entre o 2º. e 3º. anéis traqueais. A preferência da técnica para realização da traqueotomia pela Disciplina de Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo é a abertura simples da membrana entre o 2º. e 3º. anéis traqueais, idealmente, sem a secção ou ressecção de anel cartilaginoso da traquéia. Nesse tempo, os principais cuidados na abertura da traquéia são o risco de queimadura (combustão pelo uso do bisturi elétrico) e, na abertura lateral excessiva da membrana entre anéis traqueais, lesão de esôfago e ocorrência de fístula traqueoesofágica. Após a traqueotomia, a passagem de cânula de traqueostomia deverá ser realizada com cuidado e auxílio de afastador do tipo Senn Muller. Em paciente intubados, um cuidado fundamental é manter a cânula de intubação na via aérea, logo acima da traqueotomia para, caso haja dificuldade da passagem da cânula de traqueostomia, possibilidade de se deslocar a cânula de intubação novamente para a traquéia e realizar adequada ventilação, principalmente em pacientes com pneumopatias ou condições cardiovasculares graves. Conclusão: A traqueostomia convencional, apesar de ser uma técnica simples, deve ser realizada com técnica adequada e cuidados no manejo dos pacientes para evitar-se complicações graves, inclusive fatais.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1266

TÍTULO DO TRABALHO: TRAQUEOSTOMIA PERCUTÂNEA COM DILATAÇÃO POR BALÃO GUIADA POR ULTRASOM

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANTONIO AUGUSTO TUPINAMBA BERTELLI; MARIANNE Y. NAKAI; WILLIAM KIKUCHI; NORBERTO KODI KAVABATA; ALEXANDRE BABÁ SUEHARA; MARCELO BENEDITO MENEZES; ANTONIO JOSE GONÇALVES. SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

A traqueostomia percutânea vem se tornando o procedimento padrão para o paciente grave de terapia intensiva, que necessita de ventilação mecânica prolongada. Até recentemente as formas de dilatação eram todas mecânicas controladas pela força exercida pelo cirurgião. Nos últimos anos um dilatador por balão que utiliza pressão hidrostática foi introduzido no mercado e parece ser uma forma mais segura de executar a traqueostomia. Com este instrumento um dos passos de retirada do dilatador e colocação da cânula é eliminado, uma vez que a cânula já está montada no introdutor posicionado logo atrás do balão. A traqueostomia percutânea pode ser executada às cegas, guiada por broncoscopia ou por ultrasom. Embora alguns autores tenham demonstrado que o procedimento às cegas é seguro, estes artigos foram produzidos em grandes centros com muita experiência na técnica. Assim a maioria concorda que a utilização da broncoscopia adiciona segurança à esta técnica, mas ela nem sempre está disponível em nosso meio. Já o ultrasom está cada vez mais disponível no ambiente de UTI e pode ser utilizado pela equipe cirúrgica, sem grandes dificuldades. Demonstramos um procedimento de traqueostomia percutânea guiada por ultra-som em ambiente de UTI (à beira do leito). O video se inicia com o posicionamento da cânula orotraqueal na subglote, tracionando-a cranialmente, com visão ultrasonográfica de duplo contorno da parede da cânula, em relação aos anéis traqueias e da cartilagem cricóide, que também podem ser vistos ao ultrasom. Com auxílio do ultrasom, o local da incisão sobre os primeiros anéis traqueais é escolhido. A incisão é feita seguida da divulsão da pele e do tecido celular subcutâneo. A traquéia é então puncionada sob visão ultrasonográfica e um fio guia é posicionado dentro dela. Segue-se a dilatação inicial com dilatador pequeno, seguida da dilatação final com balão hidrostático contendo solução salina. A dilatação final é controlada por manômetro e a pressão é mantida em torno de 10 atmosferas por 20 segundos. Ao final da dilatação o conjunto contendo o balão, o introdutor e a cânula de traqueostomia é introduzido sem dificuldades. O procedimento durou 8 minutos e 40 segundos e o paciente manteve-se estável com parâmetros hemodinâmicos e respiratórios estáveis (demonstrados ao final do video). A traqueostomia percutânea guiada por ultrasom pode ser realizada à beira do leito e a dilatação por balão parece uma técnica promissora dentre as demais disponíveis.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2931

TÍTULO DO TRABALHO: Cirurgia Revisional - Conversão de Cirurgia de Scopinaro para Bypass Gástrico

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LUDMILLA DA SILVA BATISTA1; CAIO CASTRO MENDANHA BARROS2; OSCAR BARROZO MARRA3; RAFAEL INACIO GUIMARAES3; JULIANO MARTINI3; LARISSA CAMPOS BRAGA4; BEATRIZ FERREIRA CARVALHO2; TERUMY DA SILVA BATISTA2. 1. PUC-GOIÁS, GOIANIA - GO - BRASIL; 2. UNIEVANGÉLICA, ANÁPOLIS - GO - BRASIL; 3. HOSPITAL DO CORAÇÃO, GOIÂNIA - GO - BRASIL; 4. PUC-GO, GOIÂNIA - GO - BRASIL.

RESUMO:

Introdução: Atualmente, a obesidade mórbida é um grande problema de saúde pública nos países industrializados. Nesse caso, o único tratamento eficaz a longo prazo reconhecido pelos cientistas é a cirurgia bariátrica. Segundo o Consenso da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, as cirurgias bariátricas, independentemente da técnica, estão indicadas, em relação ao IMC. Pessoas com IMC>40 kg/m², independentemente da presença de comorbidades (doenças agravadas pela obesidade e que melhoram quando a mesma é tratada de forma eficaz) e IMC entre 35 e 40 kg/m² na presença de comorbidades. As cirurgias bariátricas são divididas em cirurgias restritivas e mistas. As técnicas mistas mais conhecidas são: derivação biliopancreática com gastrectomia distal (Cirurgia de Scopinaro) e derivação gastrojejunal em Y-de-Roux. Existem situações em que uma cirurgia bariátrica necessita ser revisada e convertida em uma técnica distinta, seja por perda de peso inadequada, não adaptação à técnica ou reganho de peso. Descrição do vídeo: No vídeo, é demonstrada a conversão da cirurgia de Scopinaro para o Bypass Gástrico em uma paciente do sexo feminino, 48 anos, submetida a Scopinaro há seis anos, evoluindo com diarreia crônica (média de sete evacuações ao dia) e complicações perianais (fissuras e fístulas) sendo esta a indicação de conversão da técnica Scopinaro em Bypass gástrico e resolução dos sintomas. O bypass gástrico reduz a capacidade gástrica para um volume de aproximadamente 20 ml. O estômago remanescente, assim como o duodeno e os primeiros 50 cm de jejuno, ficam permanentemente excluídos do trânsito alimentar. Confecciona-se uma anastomose entre o pequeno reservatório gástrico a uma alça jejunal isolada em Y. As secreções provenientes do estômago e do duodeno exclusos desembocam no jejuno por uma anastomose de 100 cm a 159 cm abaixo do reservatório, distância que irá depender do IMC do paciente. Conclusão: Não existe nenhum nível de evidência A sobre qual é o melhor procedimento bariátrico primário para tratar a obesidade a longo prazo. A maioria dos investigadores opta pelo bypass gástrico para o procedimento bariátrico primário, deixando a cirurgia de derivação biliopancreática para casos selecionados, incluindo cirurgia de revisão para perda de peso inadequada. Ainda, caso seja realizada a cirurgia de derivação biliopancreática primariamente, o bypass gástrico em Y de Roux é considerado o procedimento revisional "padrão-ouro".

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2007

TÍTULO DO TRABALHO: CIRURGIA REVISIONAL EM PACIENTE COM BANDA GÁSTRICA ARTESANAL

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PEDRO HENRIQUE DE FREITAS AMARAL; WILSON RODRIGUES DE FREITAS JR.; PAULO KASSAB; ROBERTO DE MORAES CORDTS FILHO; DANIEL KENDI FUKUHARA; ROBSON CRISTIAN VIRGILIO; FATIMA HASSAN KHODR; ELIAS JIRJOSS ILIAS. SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

INTRODUÇÃO: A BANDA GÁSTRICA É UM PROCEDIMENTO PRIMARIAMENTE RESTRITIVO NO TRATAMENTO DA OBESIDADE. INICIADO NA DÉCADA DE 1990, FOI REALIZADO EM MUITOS PAÍSES POR SER SEGURO E DE FÁCIL EXECUÇÃO. NO ENTANTO APRESENTA FALHA TERAPÊUTICA EM 40% A 50% DOS CASOS, COM NECESSIDADE DE CIRURGIA REVISIONAL DE ATÉ 30%. ESTE CASO SE TRATA DE RETIRADA DE BANDA GÁSTRICA ALOCADA NO PERU. O PACIENTE PROCUROU ATENDIMENTO POR REGANHO DE PESO.DESCRIÇÃO DO VÍDEO: O VÍDEO MOSTRA UMA LAPAROSCOPIA, QUE SE INICIA COM LISE DE ADERÊNCIAS E EXPOSIÇÃO DE UMA BANDA GÁSTRICA ARTESANAL NÃO AJUSTÁVEL, ALOCADA EM POSIÇÃO GÁSTRICA ALTA E QUE FOI REMOVIDA. A SEGUIR, FOI REALIZADO UMA GASTRECTOMIA VERTICAL COM GRAMPEADOR LINEAR E SUTURA DO EPÍPLON NA LINHA DE GRAMPO.CONCLUSÃO: A BANDA GÁSTRICA É UMA OPÇÃO TERAPÊUTICA NO TRATAMENTO DA OBESIDADE PORÉM PODE APRESENTAR PERDA DE PESO INSATISFATÓRIO E REGANHO DE PESO, ALÉM DE OUTRAS COMPLICAÇÕES. O USO DE MATERIAL ARTESANAL PODE ESTAR ASSOCIADO A MAIORES TAXAS DE EVOLUÇÃO ADVERSA.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2459

TÍTULO DO TRABALHO: CIRURGIA REVISONAL APÓS BYPASS GÁSTRICO EM Y DE ROUX: QUAL A MELHOR OPÇÃO?

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GUSTAVO PEIXOTO SOARES MIGUEL1; ISAAC WALKER DE ABREU2; CAROLINE GRAVEL1; GABRIELE CASTIGLIONI GAROZE3; HENRIQUE MOURA BRAGA1; THALES RIBEIRO DOS SANTOS VECCI1; RISIA PECINALI SANTOS1; VICTOR KIEFER FERREIRA2. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO, VITÓRIA - ES - BRASIL; 2. HOSPITAL MERIDIONAL, CARIACICA - ES - BRASIL; 3. HOSPITAL ESTADUAL DR JAYME SANTOS NEVES, SERRA - ES - BRASIL.

RESUMO:

Introdução. A cirurgia bariátrica é considerada o tratamento mais eficaz para perda de peso sustentada. Em 2013 foram realizadas 468609 cirurgias bariátricas no mundo, sendo o Bypass gástrico em Y de Roux o procedimento mais frequente, principalmente em países da América Latina.Sabe-se que 2,1 a 20% dos procedimentos necessitam de cirurgia revisional. O insucesso pode estar relacionado a complicações técnicas, dilatação do pouch gástrico, fístula gástrogástrica e refluxo gastroesofágico, ou a fatores comportamentais como ausência de mudanças dos hábitos de vida.Descrição do vídeo O estudo tem por finalidade a apresentação de quatro casos de cirurgia revisional.O primeiro caso trata-se de uma fístula gastrogástrica. Realizado inicialmente identificação da fístula, posterior secção através de grampeamento linear e reforço das linhas de grampeamento. A paciente evoluiu com fístula gástrica de baixo débito no pós-operatório, resolvida com tratamento clínico.O segundo caso retrata também uma fístula gastrogástrica na qual se realizou secção. Devido ao aumento do tamanho da bolsa gástrica, colocado anel composto por fios de vicryl número zero e feito alongamento da alça biliopancráticaTerceiro caso trata-se de ressecção de fístula gastrogástrica. Realizado ressecção da fístula, com objetivo de diminuição do risco de formação de nova fístula. Produzido novo pouch gástrico de menor volume e feito nova gastroenteroanastomose. Realizado revisão da cavidade e fechamento de brecha mesentérica.O último caso trata-se de uma paciente com refluxo gástrico intenso e reganho de peso. Evidenciado aumento do hiato esofágico e realizado crurorrafia. Efetuado também a colocação de tela de polipropileno ao redor do pouch gástrico objetivando restrição gástrica.Conclusão. O aumento dos procedimentos bariátricos podem explicar o crescente número de cirurgias revisionais. Quando o reganho de peso ocorre devido a complicações técnicas, a cirurgia revisional poderá ser indicada. A melhor técnica a ser utilizada na cirurgia revisional depende da etiologia, visando menores índices de complicações pós-operatórias e sucesso na perda do excesso de peso.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2929

TÍTULO DO TRABALHO: Conversão de Sleeve Gastrectomy com Bypass intestinal em Bypass Gástrico. Cirurgia revisional

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LUDMILLA DA SILVA BATISTA1; CAIO CASTRO MENDANHA BARROS2; OSCAR BARROZO MARRA3; RAFAEL INACIO GUIMARAES3; JULIANO MARTINI3; LARISSA CAMPOS BRAGA4; BEATRIZ FERREIRA CARVALHO2; TERUMY DA SILVA BATISTA2. 1. PUC-GOIÁS, GOIANIA - GO - BRASIL; 2. UNIEVANGÉLICA, ANÁPOLIS - GO - BRASIL; 3. HOSPITAL DO CORAÇÃO, GOIÂNIA - GO - BRASIL; 4. PUC-GO, GOIÂNIA - GO - BRASIL.

RESUMO:

Introdução: A obesidade é uma doença multifatorial, relacionada com diversas causas, desde aquelas de ordem genética até as de ordem socioambiental. A obesidade mórbida, especificamente, é acompanhada por uma série de comorbidades como doenças cardiovasculares, respiratórias e metabólicas e, portanto, as circunstâncias em que esses pacientes se encontram são mais complexas. Desse modo, as terapias clínicas multimodais para obesidade mórbida são insuficientes, enquanto os procedimentos cirúrgicos bariátricos e metabólicos demonstram maior eficácia. A gastrectomia vertical ou sleeve gástrico (GVL) vem sendo o procedimento bariátrico mais realizado, em muitos países. No entanto, alguns dados de longo prazo demonstram muitas vezes insuficiente redução de peso. Há também sintomas gastroesofágicos, que geralmente são refratários ao tratamento clínico. Assim, alternativamente criou-se a conversão de GVL para Bypass gástrico em Y-de-Roux (BGYR). Este é o método de escolha, que promove redução de peso apesar das taxas de complicações um pouco superiores, mas com mortalidade inferior a 1%. Descrição do vídeo: O vídeo demonstra uma paciente, sexo feminino, 42 anos, submetida à cirurgia de Sleeve gástrico com Bypass intestinal há um ano que evoluiu com vômitos frequentes e perda de peso excessivo, tendo como causa uma subestenose na incisura angular gástrica sem resposta à dilatação endoscópica. Portanto, optou-se pela conversão para técnica de Bypass gástrico. Nesse procedimento, é realizada a secção horizontal do pouch da GVL, com grampeador linear, preservando os vasos sanguíneos e, em alguns casos, a redução do pouch é indicada para tubo gástrico dilatado; um grampeador linear é ajustado horizontalmente para delinear o pouch no BGYR; a alça aferente da anastomose gastrojejunal realizada é seccionada por grampeador linear para formar o Y-de-Roux. A alça alimentar de Y-de-Roux é criada através da divisão do jejuno abaixo do ligamento duodenojejunal. Em seguida, ela é medida e uma jejunojejunostomia mecânica laterolateral é criada, abaixo da gastrojejunoanastomose. Conclusão: Devido ao frustrante resultado dos pacientes com gastroplastia vertical revistos cirurgicamente sem realizar conversão para BGYR e, tendo-se em vista uma mortalidade inferior aos demais procedimentos, é conveniente executar a cirurgia simultaneamente com BGYR como primeiro procedimento revisional.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1052

TÍTULO DO TRABALHO: GASTRECTOMIA VERTICAL LAPAROSCÓPICA PARA O TRATAMENTO DA OBESIDADE EM UM PACIENTE CIRRÓTICO: MANOBRA PARA A PREVENÇÃO DE COMPLICAÇ?ES

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ROCLIDES CASTRO DE LIMA1; TALVANE DA SILVA GOMES NETO2; ANDREY SALGADO MORAES FILHO2; FRANCISCO DAS CHAGAS PIMENTA NETO2; JOSE APARECIDO VALADAO1; LUIS EDUARDO VERAS PINTO1; ABDON JOSE MURAD JUNIOR3; GIULIANO PEIXOTO CAMPELO1. 1. HOSPITAL SÃO DOMINGOS, SAO LUIS - MA - BRASIL; 2. UFMA, SAO LUIS - MA - BRASIL; 3. HOSPITAL SAO DOMINGOS, SAO LUIS - MA - BRASIL.

RESUMO:

A obesidade está associada a uma série de comorbidades. Uma das mais frequentes é a esteatose hepática. Cerca de 90% dos pacientes obesos apresentam esteatose hepática e desses, uma certa quantidade irá evoluir para esteatohepatite não alcoólica. Esta demanda maior interesse devido ao risco de progressão para cirrose e hepatocarcinoma. Cirrose hepática (CH) é definida pela desorganização da arquitetura lobular do fígado, caracterizada histologicamente por fibrose e formação de nódulos regenerati-vos. Apesar de se tratar de população de grande risco, o combate da obesidade nesses pacientes se justifica, inclusive com procedimentos cirúrgicos. Além de contribuir para a redução de peso, a cirurgia bariátrica é também uma cirurgia metabólica voltada para a remissão de doenças crônicas. A gastrectomia vertical laparoscópica (GVL) está ganhando popularidade no tratamento da obesidade mórbida. É considerado como um processo mais seguro do que outros procedimentos mais complexos, uma vez que nao possui desvios do transito intestinal e evita a deficiência de micronutrientes em longo prazo. A estratificação do risco cirúrgico nos pacientes com cirrose hepática pode ser feita através da classificação de Child-Pugh. O objetivo deste vídeo foi demonstrar o transoperatório de uma GVL em um paciente com cirrose hepática Child-Pugh A.Cirurgia realizada no Hospital São Domingos em São Luis-MA. O paciente L. C. P. M., 32 anos, diabético e índice de massa corpórea de 39 Kg/m2. Inicialmente foi indicado um by pass gástrico devido ao diagnostico de diabetes. Porem no intra-operatório foi evidenciado fígado de aspecto cirrótico e então optado pela biópsia e um melhor estudo do caso com hepatologista. Negava etilismo e as sorologias para hepatites virais eram negativas. Apos avaliação e investigação foi confirmada a cirrose hepática, mas sem outras patologias associadas. Foi submetido a gastrectomia vertical com duração de 63 minutos. Evoluiu sem intercorrências e teve alta hospitalar com 48 horas em dieta liquida.Consideramos que a GVL em pacientes cirróticos com falha no tratamento clínico da obesidade deve ser encorajada haja vista a possível progressão para transplante hepático, onde a obesidade mórbida é contraindicação, fator de complicação pós-operatório e de diminuição da sobrevida tardia. Mais estudos devem ser realizados para corroborar nossos resultados.Ferraz, A. A. B.; Torres, O. J. M.; Martins, A. C. A. Cirurgia do fígado, p. 477-508. Clínica cirúrgica do CBC.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 3107

TÍTULO DO TRABALHO: HIATOPLASTIA no SLEEVE

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: WILSON TORRES E SOUZA; MARCIO ALEXANDRE PROSPERO; FREDERICO ALVES NEGRAO. IGASTRO, LONDRINA - PR - BRASIL.

RESUMO:

Apresentaremos a padronização para a realização da Hiatoplastia concomitante à Gastroplastia vertical (Sleeve), assim como suas indicações e critérios pré e per-operatório para a sua realização. Discutir-se-á posição da literatura mundial, em relação à este tema. Debater sobre a Validade deste procemento, e sua morbi-mortalidade. Debater sobre a incidência de Refluxo Gastroesofágico pós-sleeve, e a eficácia da correção do alargamento hiatal durante o Sleeve

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 3019

TÍTULO DO TRABALHO: NECROSE GÁSTRICA SUBTOTAL PÓS-PLICATURA GÁSTRICA - TRATAMENTO EMERGENCIAL UTILIZANDO A GASTRECTOMIA VERTICAL

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LEONARDO EMILIO DA SILVA; LUDMILLA DA SILVA BATISTA; CAIO CASTRO MENDANHA BARROS; ALEX BESSA; PHELIPE GONÇALVES MENDES PIMENTEL; GUILHERME SERONNI; FELIPE ARAÚJO LACERDA; ISABELA SUAVINHA JAYME. ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS, GOIANIA - GO - BRASIL.

RESUMO:

Paciente feminina, 52 anos, branca, natural de Goiânia, Goiás. Há 4 dias foi submetida, em outro serviço, à plicatura gástrica para o tratamento não convencional da obesidade, quando se apresentava com 34 de IMC (SIC). Há 12 horas da internação inicou com forte dor abdominal em andar superior que rapidamente de tornou difusa. Associado ao quadrod e dor apresentou distensão abdominal com confusão mental, dificuldade para respirar (SIC) e está sem urinar há mais de 12 horas.Ao exame: confusa, em torpor, descorada (+++/4+); desidratada (+++/4+); taquipneica; cianose de extremidades com enchimento capilar muito ruim. MV bem diminuido nas bases. FR 32inc/minPA 50/?? # FC 142bpm # Sat O2 87% (ar ambiente)Abdome distendido difusamente com sinais evidentes e difusos de irritação peritoneal. RHA ausentes. Submetida rapidamente à reposição volemica com 3,5 litros de soro Ringer e 3 unidades de concentrado de hemácias e entubação oro-traqueal com ventilação mecânica. Após esses procedimentos de resuscitação volêmica inicamos Ceftriaxone 2g + metronidazol 500hg IV. Indicamos abordagem laparoscópica após melhora hemodinâmica com FC de 106bpm # PA 100/50 Torr (sem drogas vasoativas) e Sat O2 de 100% com 60 de FiO2.Encontramos cerca de 3,5 litros de líquido hemático na cavidade e necrose subtotal gástrica na área da plicatura prévia. Após apiração da cavidade optamos pela realizamos de gastrectomia vertical (SLEEVE) com lavagem da cavidade com cerca de 10litros de soro fisiológico aquecido e drenagem com coto gástrico. Tempo cirúrgico de 100 minutos. Permaneceu internada durante 11 dias e recebeu alta no PO 12 sem qualquer morbidade. Hoje encontra-se no PO 19 meses com IMC de 26.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 937

TÍTULO DO TRABALHO: RETIRADA DE BANDA GÁSTRICA POR LAPAROSCOPIA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ROCLIDES CASTRO DE LIMA1; ANDERSON MATHEUS MEDEIROS DE ARAÚJO2; TALVANE DA SILVA GOMES NETO2; GIULIANO PEIXOTO CAMPELO3; ABDON JOSE MURAD JUNIOR3; LUIS EDUARDO VERAS PINTO3; PEDRO HENRIQUE MORAES DE MOURA4; JOSE APARECIDO VALADAO1. 1. HOSPITAL SÃO DOMINGOS, SAO LUIS - MA - BRASIL; 2. UFMA, SAO LUIS - MA - BRASIL; 3. HOSPITAL SÃO DOMINGOS, SÃO LUÍS - MA - BRASIL; 4. UFMA, SÃO LUIS - MA - BRASIL.

RESUMO:

Retirada de banda gástrica por laparoscopiaA obesidade é uma epidemia mundial com cerca de 600 milhões de pessoas obesas (IMC>30kg/m²). No brasil, 17,9% da população é acometida por essa doença. Existem várias opções para o tratamento cirúrgico da obesidade: gastroplastia vertical, bypass intestinal, cirurgia de Scopinaro, duodenal switch e banda gástrica ajustável.As bandas gástricas de silicone ajustáveis laparoscópicas foram por algum tempo atrás muito utilizadas e têm um princípio de restrição na ingesta alimentar. São colocadas através de um procedimento minimamente invasivo, com problemas sistêmicos e operatórios baixos, mas não livre de complicações.As complicações relacionadas com a banda podem ocorrer em até 11,3% dos casos, com predomínio da dilatação da bolsa (5,2%) e problemas com o portal (4,2%). A extrusão da banda pode ocorrer em até 2,9% dos pacientes. Uma opção terapêutica para a extrusão da banda é a retirada cirúrgica, com ou sem conversão em outro procedimento bariátrico.No nosso serviço atualmente não colocamos mais esse dispositivo. Indicamos a retirada da banda gástrica nos casos em existem sintomas como disfagia, dor epigástrica ou outros sintomas associados.A retirada da banda gástrica por laparoscopia pode ser desafiadora nos casos em que existem muitas aderências ou migração do dispositivo, porém a equipe cirúrgica deverá utilizar técnica cirúrgica meticulosa visando a remoção desse dispositivo e a prevenção de complicações mais graves.O video demonstra a retirada da banda gástrica em um paciente sem queixas abdominais, porém com reganho de peso. A seguir foi realizado um by pass gástrico devido a obesidade. Referência:1. Campos, J.; Galvao Neto, M.; Ramos, A.; Dib, R. Endoscopia bariátrica terapêutica. Ed. Revinter. 2013

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 3042

TÍTULO DO TRABALHO: TRATAMETO DA SUPEROBESIDADE COM DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO PELA TÉCNICA DE MINIGASTRIC BYPASS COM VÁLVULA TIPO NISSEN.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LEONARDO EMILIO DA SILVA; LUDMILLA DA SILVA BATISTA; CAIO CASTRO MENDANHA BARROS; ALEX BESSA; PHELIPE GONÇALVES MENDES PIMENTEL; GUILHERME SERONNI; FELIPE ARAÚJO LACERDA; LARA SILVA PAIXÃO. ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS, GOIANIA - GO - BRASIL.

RESUMO:

Paciente com IMC de 56; HAS; diabetes tipo 2 há 12 anos insulinodependente; síndrome da apnéia obstrutiva do sono; dislipidemia e insuficiência venosa de MMII. Portador de doença do refluxo gastroesofágico com uso crônico de IBO há mais de 20 anos, sem resposta. na endoscopia havia esofagite grau C com Barret, sem displasia.Após esclarecimento dos riscos e avaliação multidiscilinar com endocrinologista; pneumologista; cardiologista; nutricionista e psicóloga indicamos minigastric bypass com alça de 220cm e crurorrafia e v;alvula tipo Nissen. Evoluiu bem, recendente alta no PO 3. Encontra-se no PO 8 anos com IMC de 28, sem uso de hipoglicemiantes ou insulina mantendo níveis de glicemia de jejum máximo de 106 e HbA1 de 5,8. Endoscopia evidencia esofagite grau A e encontra-se assintomático da doença do refluxo gastro-esofágico.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 614

TÍTULO DO TRABALHO: EFEITO ESTÉTICO DO ACESSO INFRA-AREOLAR VERSUS INFRA-MAMÁRIO NA SIMPATECTOMIA TORACOSCÓPICA NO TRATAMENTO DA HIPERIDROSE

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: STEPHANIE ARAUJO MARQUES; LUNNA OLIVEIRA SANTOS; MATHEUS DE SOUZA NOGUEIRA; GABRIELA OLIVEIRA PEIXOTO; GABRIELA LINS LIMA; ISABELLA PAIVA PALMEIRA; GUSTAVO HENRIQUE BARBOZA NASCIMENTO; SONIA OLIVEIRA LIMA. UNIVERSIDADE TIRADENTES, ARACAJU - SE - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: Comparar a factibilidade e o aspecto cosmético cicatricial dos acessos infra areolar versus o infra-mamário associados com o axilar para a realização da simpatectomia toracoscópica no tratamento da hiperidrose primária de ambos os gêneros em qualquer faixa etária.Descrição do vídeo: Estudo observacional retrospectivo de corte longitudinal constituído por portadores de hiperidrose primária submetidos à simpatectomia toracoscópica pelos acessos infra areolar ou infra mamário associado ao axilar operados de Janeiro de 2002 a janeiro de 2016. Analisou-se a factibilidade e o aspecto cicatricial da ferida cirúrgica com 7 e 360 dias pós-operatórios. Na realização da simpatectomia toracoscópica, a partir de 2002, passou-se a utilizar apenas dois acessos, sendo um axilar de 5 mm e outro infra mamário de 10 mm em nível do quinto espaço intercostal da linha hemiclavicular. As vias de acesso utilizando as incisões infra-areolar e axilar foram iniciadas no ano de 2004, em crianças de ambos os gêneros e em adultos do gênero masculino. Em 2008 passou-se a ser realizadas em mulheres de todas as idades. No período de 2004 a 2008, utilizava-se a incisão infra-areolar de 10 mm, em virtude da disponibilidade da óptica. De 2009 a 2016, optou-se pelo uso da óptica de 5 mm, mantendo a qualidade da imagem e possibilitando a redução da incisão infra-areolar para 5 mm. No período de 2002 a 2016, realizou-se simpatectomia endoscópica em 639 pacientes, sendo 45% do gênero feminino e 55% do masculino, com média de idade de 26,9 anos. Na via infra mamária verificou-se a presença de cicatrizes hipertróficas e queloideanas, enquanto na via infra areolar não foram verificadas estas alterações. Não houve alterações nem perda de sensibilidade no complexo areolar em ambas vias utilizadas. A presença de aderências entre as pleuras parietal e visceral e de mamas volumosas dificultou, porém não impossibilitou, o ato operatório pelo acesso infra areolar mamário. A lactação não impediu, enquanto que a presença de prótese mamária contra indicou este acesso. Conclusão: A via de acesso infra areolar promove um melhor efeito cosmético cicatricial quando comparada a infra mamária na realização da simpatectomia toracoscópica para o tratamento da hiperidrose primária, tanto no gênero masculino quanto no feminino, em qualquer faixa etária.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 619

TÍTULO DO TRABALHO: EFICÁCIA E SEGURANÇA DA SIMPATECTOMIA LOMBAR RETROPERITONIOSCÓPICA BILATERAL PARA TRATAMENTO DE HIPERIDROSE PLANTAR EM AMBOS O SEXOS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

AUTORES E INSTITUIÇÕES: STEPHANIE ARAUJO MARQUES; LUNNA OLIVEIRA SANTOS; GABRIELA OLIVEIRA PEIXOTO; HELDA CRYSTIANE CIRILO TELES; NAIANA MOTA ARAÚJO; ISABELLA PAIVA PALMEIRA; BÁRBARA FERNANDA PACHECO DA COSTA; SONIA OLIVEIRA LIMA. UNIVERSIDADE TIRADENTES, ARACAJU - SE - BRASIL.

RESUMO:

Introdução: apresentar a factibilidade e os passos técnicos da simpatectomia lombar retroperitonioscópica bilateral e táticas utilizadas no tratamento cirúrgico da hiperidrose plantar primaria em ambos os sexos. Descrição do vídeo: Realiza-se os procedimentos pré-operatório, com o paciente em decúbito dorsal com pequeno coxim em região lombossacra. Realiza-se incisão transumbilical com colocação de trocater de 5 mm e introdução da óptica, após realização do pneumoperitônio. Sob visualização da cavidade abdominal incisa-se transversalmente a pele em 5 mm no flanco direito. A seguir, introduz-se uma pinça hemostática divulsionando a musculatura até o peritônio parietal para a colocação de um trocater de 5 mm sob visão direta. Realiza-se a infusão de CO2 para a criação do retropneumoperitônio. Uma outra incisão de 5 mm é realizada na pele a cada lado da incisão do flanco na linha axilar posterior para colocação dos trocateres. Identifica-se o músculo psoas e divulsiona-se o peritônio parietal posterior até a localização do simpático lombar. O nervo simpático é visualizado na borda medial do músculo psoas, à direita da coluna lombar, abaixo do ureter e veia cava inferior. Isolam-se e ressecam-se os gânglios L2, L3 e L4. Revisa-se a hemostasia, retiram-se os trocateres, sutura-se as incisões da pele e faz-se o curativo. Procedimento semelhante é realizado no lado esquerdo. O nervo simpático é visualizado na borda medial do músculo psoas, à esquerda da coluna lombar, abaixo do ureter e aorta abdominal. Os gânglios são enviados para exame anátomo-patológico. Realizou-se 115 simpatectomias (um dos lados não foi retirado o gânglio nervoso, e sim um linfático) lombares em 58 pacientes, sendo 38 do gênero feminino e 20 do masculino, não houve conversão para técnica por laparotomia. Inicialmente utilizava-se o intensificador de imagem para confirmar a posição dos gânglios no homem, com o intuito de evitar a retirada indevida do gânglio L1, porém atualmente não há necessidade, pois já se tem a convicção da localização do L2, tomando como referência a cicatriz umbilical. Não houve ejaculação retrógrada e nem aumento da sudorese compensatória. Atualmente, mesmo com a convicção de se tratar do gânglio simpático, a peça retirada ainda é encaminhada para exame anátomo-patológico. Conclusão: simpatectomia retroperitonioscópica lombar bilateral é um método seguro no tratamento da hiperidrose plantar primária em ambos os sexos.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2527

TÍTULO DO TRABALHO: Escleroterapia química com Espuma para Tratamento da Insuficiência Venosa Crônica (IVC)

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: CIRURGIA VASCULAR

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANA CAROLINA OLIVEIRA DA SILVA1; LUCAS GERMANO FIGUEIREDO VIEIRA1; AUGUSTO CEZAR LACERDA BRASILEIRO1; ANA CLARA OLIVEIRA DA SILVA2; KAROLINE RODRIGUES COSTA ARAÚJO1; WALDÊNIO ARAÚJO BARROS DOS SANTOS1; ARTHUR GONÇALVES DE LIMA FRANÇA1; GABRIELA DE LIMA FERREIRA LUCENA1. 1. FAMENE, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. FCM-PB, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

RESUMO:

Introdução: A insuficiência venosa crônica (IVC) é uma doença de grande prevalência na população com capacidade de alterar a qualidade de vida do doente, e com um importante impacto socioeconômico. Dessa forma, na busca de métodos eficientes e com menores custos, escleroterapia com polidocanol em espuma, tem sido uma excelente alternativa no tratamento de veias safenas incompetentes e das suas tributa?rias. Descrição do vídeo: Para dar início ao procedimento, o eco-doopler do paciente é reavaliado e inicia-se a preparação da técnica em que é necessária a utilização de aparelho de ultrassonografia (USG), para guiar a aplicação e verificar a oclusão das veias insuficientes e da substância química esclerosante. Fora utilizado espuma polidocanol, preparada com uma mistura de 2ml de polidocanol a 3% e 8ml de ar ambiente, produzindo a espuma através da técnica de Tessari (torneira de 3 vias e 2 seringas de 10ml). A punção foi realizada com agulha butterfly 21G guiada por USG em pontos mais distais do membro enquanto a paciente encontrava-se em decúbito dorsal ou ventral a depender do ponto de aplicação. Em mesmo momento pôde-se vizualizações a veia safena magna sendo ocluída em toda sua extensão (a ?olho nu? e com o USG). Após a aplicação foi solicitado ao paciente para fazer movimentos repetidos de dorsiflexão e plantiflexão do tornozelo para acelerar o retorno do sistema venoso profundo e evitar trombose venosa profunda (TVP). Em seguida, foram colocadas as meias compressivas no paciente. Conclusão: A técnica de escleroterapia química com espuma é uma técnica de fácil aplicação, que pode ser repetida em várias sessões, não necessita de anestesia local e tem resultados muito satisfatórios que podem servir como uma alternativa rápida e barata à cirurgia (flebectomia), melhorando o acesso de muitos pacientes e gastos do governo.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 437

TÍTULO DO TRABALHO: APENDICECTOMIA RETROCECAL SUBHEPÁTICA POR VIDEOLAPAROSCOPIA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: IGOR ARANTES DE OLIVEIRA GÓES; CELENE BENEDITI BRAGION; ADRIELI HELOISA CAMPARDO PANSANI; VITOR RAFAEL PASTRO; DENISEGRAFFITTI D?AVILA; PAULA CRISTINA STEFFEN NOVELLI; DANILO TOSHIO KANNO; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL.

RESUMO:

Introdução: o acesso laparoscópico tem ganhado grande espaço na abordagem das patologias inflamatórias do abdome. Na abordagem de apendicite aguda, a laparoscopia tem evidenciado menor índice de infecção dos sítios cirúrgicos. O trabalho tem como finalidade apresentar um vídeo de abordagem de apendicite por laparoscopia. Relato de caso: homem, 42 anos, com dor abdominal em flanco direito há 3 dias, febre e icterícia discreta. O hemograma evidenciou leucocitose com desvio a esquerda, e discreta elevação da bilirrubina indireta. Foi realizada tomografia computadorizada que confirmou apendicite retrocecal com continuidade do apêndice ate o leito subhepático posterior ao cólon direito. Foi realizada apendicectomia por laparoscopia, utilizando 4 portais de trabalho com retirada do apêndice pelo portal umbilical. Paciente evoluiu bem, com alta hospitalar no terceiro dia de pós operatório. Conclusão: a laparoscopia é uma via factível de acesso a apendicite retrocecal subhepática evitando grandes laparotomias.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1845

TÍTULO DO TRABALHO: Cirurgia Minimamente Invasiva Transanal para Excisão Total do Mesorreto (TAMIS - TME) após Retossigmoidectomia Videolaparoscópica em pacientes com Tumor de Reto

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: SERGIO EDUARDO ALONSO ARAUJO1; ALEXANDRE BRUNO BERTONCINI1; MARCELLI TAINAH MARCANTE2; VICTOR EDMOND SEID1. 1. HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. HIAE, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

No início dos anos 1980, Prof Gerhard Buess, inspirado pela baixa visibilidade pela TAE (transanal- excisions) desenvolveu a microcirurgia endoscópica transanal (TEM ? transanal endoscopic microsurgery) e a partir dela surgiu a cirurgia minimamente invasiva transanal (TAMIS ? transanal minimally invasive surgery). A partir desta técnia é possível utilizar insufladores, câmera e pinças laparoscópicas em um dispositivo portal único (single port) que permite o desenvolvimento de uma técnica híbrida para o tratamento do câncer colorretal. Sabe-se que a excisão total do mesorreto (ETM) pode ser especialmente difícil quando realizada por via de acesso exclusivamente abdominal, ainda que laparoscópica ou robótica, para pacientes obesos, sexo masculino, portadores de tumores distais situados na face anterior do reto e com pouca ou nenhuma resposta ao tratamento neoadjuvante. Nessas situações, a excisão total do mesorreto transanal, se apresenta como uma alternativa atraente. Nessa operação, procede-se a uma abordagem abdominal e transanal para completar a ETM. A parte abdominal da operação é concluída primeiro por via laparoscópica multiportais, e após término dos tempos operatórios, a plataforma SILSPortTM (Medtronic Covidien) é empregada para a ETM transanal. O reto distal foi inicialmente ocluído por sutura em bolsa e a dissecção retal no sentido cranial feita com o auxílio do pneumorreto primeiramente na face posterior, depois na anterior e, por último nas laterais, estritamente seguindo o mesmo plano embriológico de dissecção seguido durante a ETM minimamente invasiva. Ao término da dissecção ?retrógrada?, todo o cólon esquerdo é mobilizado e exteriorizado pela rima anal. O espécime é trans-secionado e procede-se à confecção de uma anastomose coloanal término-terminal com emprego do grampeador circular e ileostomia de proteção.Concluímos pela experiência com nossos pacientes que a abordagem por TAMIS-TME é vantajosa devido à localização do tumor e a facilidade que a técnica qoferece comparativamente a outras técnicas. Embora a segurança oncológica associada a TAMIS-TME necessite ser validada em um número maior de casos de preferência em estudos multicêntricos prospectivos, desafios de implementação estão previstos uma vez que a TAMIS-TME deve ser uma indicação para casos selecionados onde se espera um obstáculo associado à ETM por videolaparoscopia ou robótica.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2115

TÍTULO DO TRABALHO: Colectomia Direita Robótica: Padronização técnica com anatomose intracorpórea

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: SERGIO EDUARDO ALONSO ARAUJO; ALEXANDRE BRUNO BERTONCINI; MARCELLI TAINAH MARCANTE; VICTOR EDMOND SEID. HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

A cirurgia robótica tem sido uma tecnologia útil para dissecções e atualmente entende-se que a excisão total do mesorreto parece ser o procedimento melhor delineado para ser realizado com assistência robótica. A colectomia direita vem sendo proposta como uma ferramenta de treinamento, em vigência da falta de padronizações técnicas descritas na literatura, em contra partida a cirurgia realizada por via laparoscópica já está bem descrita e com altas taxas de sucesso. Porém, assim como no início da videocirurgia convencional, as padronizações técnicas foram desenvolvidas após diversas tentativas e erros. As atuais descrições para a colectomia direita robótica referem sobre o emprego de dois braços robóticos o que resulta em um desnecessário maior tempo operatório comprovado na literatura, ou mesmo realizando-se a reconstrução do trânsito por uma anastomose extracorpórea, que é mais trabalhosa do que se a assistência robótica for provida durante toda a operação.No vídeo foi demonstrado o caso de um paciente submetido a colectomia direita robótica após ressecção endoscópica de adenocarcinoma pT1 do cólon ascendente. A cirurgia foi toda realizada via robótica tendo o único tempo laparoscópico a transecção dos ligamento redondo e falciforme com posicionamento do cólon transverso sobre o fígado. Empregou-se 5 portais e a anastomose foi realizada intracorpórea. Os passos técnicos fundamentais como: controle vascular dos vasos ileocólicos precedendo a dissecção médio-lateral completa, a liberação do mesentério do íleo terminal, o descolamento intercoloepiplóico com confecção da anastomose ileocólica lateral isoperistáltica mecânica, e o fechamento da brecha mesocólica são apresentados e realizados sob assistência robótica. O espécime foi extraído ao final da operação por pequena incisão periumbilical. A dissecção foi realizada com eletrocautério monopolar e o tratamento vascular com energia ultrassônica.A colectomia direita robótica é um procedimento ainda experimental, carecendo de padronizações técnicas. Ao comparar com a colectomia videolaparoscópica parece não haver tanta vantagem, sobretudo por que estamos comparando um procedimento altamente sistematizado a um procedimento que ainda não tem execução passo-a-passo validada, com impacto direto sobre evitar a falha de progressão. Neste caso, em específico, foi obtido um ótimo resultado pós operatório com a padronização sugerida pela equipe.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2983

TÍTULO DO TRABALHO: Dilatação de estenose de anastomose por via transanal laparoscópica, pós-retossigmoidectomia

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GABRIELA MOREIRA COSTA1; BRUNA ZINI DE PAULA FREITAS2; REGINA GREILBERGER RIBEIRO3; GUILHERME ZUPO TEIXEIRA3; ANTONIO JOSE TIBURCIO ALVES JUNIOR3; JOAQUIM SIMOES NETO3; JOSÉ ALFREDO DOS REIS JÚNIOR3; JOSE ALFREDO DOS REIS NETO3. 1. PUC CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL; 2. COMPLEXO HOSPITALAR OURO VERDE, CAMPINAS - SP - BRASIL; 3. CLINICA REIS NETO, CAMPINAS - SP - BRASIL.

RESUMO:

Introdução: A incidência da estenose pós-cirurgias colorretais é relativamente alta, variando de 3 a 30% e é mais comum nas anastomoses mecânicas do que nas confeccionadas manualmente. Os fatores pré-operatórios identificados como facilitadores da estenose foram: obesidade (23%), abscessos (10%), deiscência da anastomose (12%), infecção pélvica (10,5%) e irradiação pós-operatória (5,7%).Descrição do video: Paciente do sexo masculino, 50 anos, submetido a retossigmoidectomia videolaparoscópica - com sutura mecânica - e radioterapia neoadjuvante há 4 anos evoluiu no pós-operatório com estenose de anastomose. Na retoscopia, evidenciado estenose aproximadamente 8cm da linha pectínea. Foi submetido a quatro tentativas de dilatação endoscópica sem sucesso. Optado por dilatação de estenose via transanal laparoscópica com uso de ultracision, corrigindo orifício, previamente menor de 1cm, para 5cm. Paciente evoluiu bem no pós-operatório evacuando normalmente.Conclusão: A primeira escolha de dilatação de estenose de anastomose colorretal é a endoscopica, que é eficaz em cerca de 70% dos casos. Caso refratária, normalmente propõe-se métodos cirúrgicos mais invasivos, como laparotomia com ressecção e re-anastomose e técnica de Soave. Apresentamos um caso de dilatação de estenose minimamente invasiva via transanal laparoscópica com sucesso. Trata-se de técnica ainda pouco difundida no meio cirúrgico, encontrado poucos casos descritos na literatura.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1844

TÍTULO DO TRABALHO: Dissecção interesfincteriana via perineal após Retossigmoidectomia com Excisão Total do Mesorreto Videolaparoscópica

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: SERGIO EDUARDO ALONSO ARAUJO1; ALEXANDRE BRUNO BERTONCINI1; MARCELLI TAINAH MARCANTE2; VICTOR EDMOND SEID1. 1. HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. HIAE, TOLEDO - SP - BRASIL.

RESUMO:

O câncer de reto teve um aumento de incidência perceptível nos últimos anos, sendo que cerca de 60% das neoplasias do intestino grosso estão localizadas no reto. Grandes avanços no tratamento do câncer do reto como a terapia neoadjuvante, o advento da excisão total do mesorreto e mesmo a terapia de ressecção local isolada empregando ressecção endoscópica aumentaram as taxas de preservação esfincteriana para os tumores do reto distal localizados próximos ao aparelho esfincteriano. As ressecções interesfincterianas estão indicadas para os casos onde o estadiamento após quimio e radioterapia neoadjuvantes indica que a invasão neoplásica, para esses tumores ultrabaixos, tem como limite profundo o músculo esfíncter interno do ânus. Elas podem ser totais ou parciais, estão bem padronizadas e podem ser realizadas, como apresentaremos a seguir no vídeo, por videolaparoscopia, resultando na tremenda vantagem de uma operação totalmente laparoscópica com extração do espécime por orifício natural (NOSE, do inglês natural orifice specimen extracion).O vídeo trata-se de um caso de um paciente jovem, sexo masculino, com adenocarcinoma de reto distal (rmyT3N1N1) e tocável ao nível da linha pectínea. O paciente foi submetido a retossigmoidectomia videolaparoscópica e após os tempos abdominais (tratamento da VMI, mobilização do ângulo esplênico, tratamento da AMI e ETM) inicia-se o tempo perineal com ressecção interesfincteriana total ou completa por via transperineal, NOSE, anastomose coloanal término-terminal manual e ileostomia de proteção.A ressecção interesfincteriana é uma técnica utilizada visando a preservação da função do esfíncter anal, indicada para o manejo do câncer do reto localizado a menos de 4 cm da borda anal. Em nossa prática, a retossigmoidectomia e a excisão total do mesorreto é sempre realizada por videolaparoscopia. Para um bom resultado, além da experiência do cirurgião deste, é necessário extremo cuidado para evitar perfuração do retal parede e para preservar completamente o músculo esfíncter externo.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1932

TÍTULO DO TRABALHO: Mobilização do Ângulo Esplênico para Cirurgia Robótica Colorretal

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: SERGIO EDUARDO ALONSO ARAUJO1; ALEXANDRE BRUNO BERTONCINI1; MARCELLI TAINAH MARCANTE2; VICTOR EDMOND SEID1. 1. HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, TOLEDO - SP - BRASIL.

RESUMO:

No ano de 2008, foi descrita pela primeira vez uma retossigmoidectomia robótica realizada através de um único docking do carrinho do paciente desde a mobilização do ângulo esplênico até a excisão total do mesorreto sem reposicionamenton por Hellan. Apresentando a maior vantagem dessa técnica o ganho de tempo ao prescindir do reposicionamento do carrinho do paciente. Prém, essa opção apresenta um obstáculo a mobilização do ângulo esplênico que é realizada através da manipulação de somente dois braços robóticos. O objetivo deste vídeo é propor uma sistematização para a liberação do ângulo esplênico com assistência robótica empregando técnica de único docking e um único reposicionamento de braços para a dissecção pélvica.O caso apresentado neste vídeo trata-se de um paciente, 48 anos, sexo feminino, com indicação de tratamento cirúrgico eletivo para diverticulite de sigmoide, que apresentava crises recorrentes. A mesma foi submetida a uma colectomia esquerda robótica, onde tentamos demonstrar a mobilização do ângulo esplênico pela nossa padronização. São utilizados seis portais, sendo a câmera no portal umbilical. O braço 1 ocupa portal na FID e o braço 2, na FIE. Para a mobilização do ângulo, o braço 3 ocupa portal no HCD. Um portal laparoscópico auxiliar, também no HCD (lateral) é empregado no início da cirurgia. Um portal robótico no HCE será ocupado por uma pinça laparoscópica para auxiliar na mobilização do ângulo. Posteriormente, para a dissecção do sigmóide e do reto superior, esse portal do HCE será ocupado pelo braço robótico 3. Para a mobilização do ângulo esplênico, a mão dominante do cirurgião manipula o braço 1 (FID), a mão não-dominante instrumenta o braço 3 (HCD), o braço 2 (FIE) apoia o sigmóide e o assistente manipula os portais laparoscópico no HCD e no HCE. Como resultado, a triangulação persiste otimizada. A mobilização do ângulo esplênico empregando único docking com reposicionamento dos braços é atribuída aos cirurgiões coreanos da Korea e Yonsei University. No entanto, a taxa de mobilização do ângulo esplênico publicada por essas equipes é baixa. A sistematização demonstrada empregando pinças manipuladas por laparoscopia objetiva validar a abordagem para a mobilização robótica do ângulo esplênico, a qual fazemos de rotina durante a colectomia esquerda e retossigmoidectomia.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2533

TÍTULO DO TRABALHO: Peritonectomia por laparoscopia associada a colectomia direita para complementação do tratamento da neoplasia maligna mucinosa do apêndice vermiforme

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JESSE AUGUSTO CASTRO NASCIMENTO; MAURICIO PAULIN SORBELLO; EMERSON NOGUEIRA PRADO; JORGE SABAGA; ALBINO AUGUSTO SORBELLO. INSTITUTO SORBELLO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

INTRODUÇÃO: O tratamento de achados inesperados após apendicectomia varia de nenhum outro tratamento cirúrgico à colectomia direita e até à quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (QIH) em alguns casos. O adenocarcinoma mucinoso de apêndice vermiforme pode ser um achado anatomopatológico inesperado, acontecendo em menos de 1% das apendicectomias. Quando este tipo de neoplasia está restrito ao orgão, a colectomia direita com linfadenectomia é suficiente para proporcionar uma ressecção oncológica. Porém, quando há o comprometimento peritoneal ou quando não se pode ter uma avaliação completa das margens cirúrgicas ? devido apêndice fragmentado ? a peritonectomia com ou sem QIH deve ser indicada. OBJETIVO: Apresentar o vídeo de uma peritonectomia por laparoscopia associada a colectomia direita para complementação do tratamento da neoplasia maligna mucinosa do apêndice vermiforme.DESCRIÇÃO DO VÍDEO: Paciente sexo masculino com 31 anos de idade e história prévia de apendicectomia laparoscópica. Laudo anatomopatológico evidenciou adenocarcinoma mucinoso de apêndice vermiforme com invasão do mesoapêndice, porém margens de ressecção não avaliáveis devido material fragmentado. Estadiamento com ressonância magnética mostrou conglomerado linfonodal mesentérico em flanco direito e PET CT evidenciou lesão em região pericecal com aumento do metabolismo glicolítico. Foi indicada peritonectomia por laparoscopia associada a colectomia direita. Foram usados cinco trocateres. A secção do íleo terminal e cólon foram feitas com stapler endoscópico, assim como a anastomose intracorpórea. Foi utilizado infiltração de água destilada no espaço pré-peritoneal para facilitar a peritonectomia parietal anterior do quadrante inferir e superior direito. O procedimento durou 465 minutos, o sangramento foi mínimo e não houveram intercorrências. O paciente recebeu alta no 4º dia de posoperatório.CONCLUSÕES: Os autores concluem que a via de acesso puramente laparoscópica para peritonectomia associada a colectomia direita é factível e pode ser realizada com segurança. Pode ser indicada para casos selecionados onde se tem doença localizada, oferecendo a estes pacientes o benefício de uma cirurgia oncológica minimamente invasiva.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1815

TÍTULO DO TRABALHO: Prolapso Retal: Retopexia Ventral Laparoscópica uma alternativa de tratamento.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: SERGIO EDUARDO ALONSO ARAUJO1; ALEXANDRE BRUNO BERTONCINI1; MARCELLI TAINAH MARCANTE2; VICTOR EDMOND SEID1. 1. HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. HIAE, TOLEDO - SP - BRASIL.

RESUMO:

O prolapso ou procidência retal é definida como a extrusão de todas as paredes do reto através dos músculos anais além do anel vaginal. Diversas condições anatômicas estão associadas ao prolapso retal, incluindo a tecidos retais frouxos, ao fundo de saco de Douglas mais profundo, a deficiência na fixação do reto ao sacro e a redundância do cólon sigmoide. A cirurgia é o único tratamento curativo para o prolapso retal, existindo diversas técnicas descritas para a correção diferindo no aspecto da abordagem: abdominal x perineal. A retopexia ventral laparoscópica (RVL) é um opção cirúrgica minimamente invasiva que vem ganhando espaço no tratamento do prolapso retal externo e também para os pacientes com obstrução da evacuação associada a intussuscepção retal (prolapso oculto) com ou sem incontinência fecal.Há várias vantagens associadas a essa técnica operatória. É possível corrigir além do prolapso retal outros defeitos pélvicos como retoceles e ainda pode ser combinada a outras técnicas como a sacrocolpopexia, especialmente para pacientes com múltiplos defeitos do assoalho pélvico.No vídeo apresentado, trata-se do caso de uma mulher de 72 anos com procidência do reto, que foi submetida a Retopexia Ventral Laparoscópica. Após uma incisão em LJ invertido interessando o peritônio do fundo de saco retovaginal, a face anterior do reto é dissecada para junto à face posterior da vagina até o nível do assoalho pélvico. Não há dissecção posterior ou lateral. Em seguida, o promontório revestido pela fáscia parietal é exposto em uma região circunferencial de cerca de 2-3 cm de forma a permitir a fixação confortável da tela. Foi utilizada para a fixação uma tela de polipropileno de baixa gramatura revestida em uma das faces por poliglecaprone (ProceedTM). Essa tela foi locada longitudinalmente na face anterior do reto extraperitoneal e, daí, ao promontório sacral. O peritônio do cul de sac foi fechado.A retopexia ventral laparoscópica é um procedimento que demanda técnica e requere dissecção retovaginal, em mulheres e retovesical nos homens, e habilidades de sutura laparoscópica dentro de um espaço confinado, o que traz dificuldade. Porém os resultados, quando realizados em mãos habilidosas, demonstram vantagens que superam os obstáculos impostos pela cirurgia, por se tratar de um procedimento minimamente invasivo comparativamente a outras técnicas.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2401

TÍTULO DO TRABALHO: Ressecção Abdominal extra elevadores em dois tempos: video demonstrativo da técnica operatória.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: AUGUSTO QUARESMA COELHO1; RAFAEL ULYSSES DE AZEVEDO1; FELIPE ALEXANDRE FERNANDES1; ANGELITA HABR-GAMA2; GUILHERME PAGIN SÃO JULIÃO2; BRUNA BORBA VAILATI2; RODRIGO OLIVA PEREZ2. 1. FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. INSTITUTO AJ GAMA, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

Introdução: A ressecção abdominoperineal (APE) continua a ser o tratamento de escolha para o câncer de reto distal quando a preservação do esfíncter anal é inviável. A abordagem cirúrgica extra elevadores (ELAPE) foi sugerida para evitar a conização do espécime cirúrgico ao nível anorretal e obter uma peça cilíndrica, diminuindo assim o risco de perfuração e margens positivas. Embora tais assertivas não sejam consensuais na literatura, a técnica continua a ser implementada com segurança, e seus benefícios continuam a ser estudados em diversos centros clínicos de pesquisa.Vídeo: O vídeo apresenta a ressecção utilizando a técnica extra elevadores em dois tempos. O primeiro tempo da cirurgia (tempo abdominal) é realizado em posição supina, e é terminado após a ressecção atingir o nível das vesículas seminais ou a cúpula vaginal anteriormente e o ligamento retococcígeo posteriormente. O tempo perineal é realizado em posição prona, com o cóccix ressecado para facilitar a comunicação com a porção abdominal. Realiza-se a ressecção dos músculos elevadores do anus sob visão direta, e o espécime é evertido para dissecção da parede anterior. O fechamento da brecha perineal é feito com uma malha biológica nas margens dos elevadores.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1988

TÍTULO DO TRABALHO: Ressecção de tumor retrorretal por laparoscopia

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ROGER BELTRATI COSER1; ARCEU SCANAVINI NETO1; CRISTINA ANTON2; AUGUSTO QUARESMA COELHO1; FELIPE ALEXANDRE FERNANDES1; RAFAEL ULYSSES DE AZEVEDO1; CLAUDIO JOSE CALDAS BRESCIANI1. 1. HCFMUSP / HAOC, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. ICESP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

Introdução A região pre-sacral pode abrigar diversos tipos de tumores raros, em sua maioria de origem congênita. Dentre estas lesões, os cistos de desenvolvimento são as mais comuns. Elas são classificadas em epidermóides, dermóides, entéricas e neuroentéricas.Os cistos epidérmicos são mais comuns em mulheres, com frequência de apresentação entre 0,9 e 12,5% dos tumores pré sacrais.Estas lesões geralmente são benignas, mas, apesar de raras e frequentemente assintomáticas, apresentam potencial de malignização e também de infecções recorrentes. O diagnóstico definitivo dificilmente é estabelecido apenas com exames de imagem e exame físico, e a biópsia pode trazer complicações, o que justifica sua ressecção cirúrgica mesmo em pacientes assintomáticas.A ressecção pode ser feita por laparotomia, laparoscopia ou por abordagem posterior, e a indicação da via de acesso depende de fatores como a altura da lesão, suas características, seu tamanho e possíveis aderências a outras estruturas. A ressecção por via laparoscópica, quando possível, pode trazer grande benefício na recuperação pós operatória dos pacientes.Descrição do vídeo:Apresentação do caso da paciente F.F.F., sexo feminino, 48 anos, com lesão cística pré sacral com cerca de 2,5cm de diâmetro.Apresentação de vídeo demonstrando técnica cirúrgica laparoscópica para retirada de lesão cística pré sacral. Foram utilizados 4 portais, 1 de 12mm no umbigo, 1 de 5mm em fossa iíaca direita, 1 de 5mm em hipocôndrio direito e 1 de 5mm em fossa iíaca esquerda. Realizada dissecção retroperitoneal pélvica pela esquerda e posterior ao reto, após identificação e preservação do ureter esquerdo. Identificada lesão retrorretal baixa na pelve, em intimo contato com musculatura do assoalho pélvico. Realizada ressecação completa da lesão, com retirada da cavidade com endocatch e envio para anatomopatológico, realizado fechamento do peritoneo lateral pélvico com sutura continuaO exame anátomo patológico mostrou tratar-se de cisto epidermoide. A paciente recebeu alta no 2o. dia pós operatório e não apresentou complicações.Conclusão: A videolaparoscopia pode ser empregada com segurança e eficácia no tratamento de casos selecionados de lesões pré sacrais, proporcionando aos pacientes as vantagens da cirurgia minimamente invasiva.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 780

TÍTULO DO TRABALHO: Ressecção ileocecal totalmente laparoscópica no tratamento da endometriose intestinal: descrição de técnica a favor de melhor resultado funcional e cosmético.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ALEXANDRE BRUNO BERTONCINI1; SERGIO EDUARDO ALONSO ARAUJO1; SIDNEY TOMYO2; MARCELLI TAINAH MARCANTE1; VICTOR EDMOND SEID1. 1. HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

A endometriose é uma doença estrógeno-dependente que acomete mulheres em idade reprodutiva principalmente entre 25 e 35 anos, com grande impacto em sua qualidade de vida e fertilidade. Sua prevalência é de cerca de 10% da população feminina o que ressalta sua importância.A endometriose intestinal é definida pela invasão de ao menos a camada muscular e ocorre entre 8 e 12% das mulheres com endometriose. Nesses casos pode ser multicêntrica em até 40% o que justifica em muitos casos ressecções de diversos segmentos intestinais em um mesmo procedimento. Por ser considerada uma patologia benigna, ressecções regradas econômicas são advogadas, minimamente invasivas e com o menor impacto possível na fisiologia evacuatória.Ressecções de lesões em apêndice são mandatórias pelo risco elevado de tumor carcinoide de apêndice associado, ao passo que lesões em íleo terminal tendem a ser operadas mesmo quando assintomáticas pelo risco de sintomas obstrutivos mais frequentes nessa localização dado o menor calibre dessas alças.Aspectos relacionados ao diagnóstico da endometriose nessa topografia, mas sobretudo em relação à melhor opção de cirurgia minimamente invasiva, de reconstrução e de incisões auxiliares permanecem indefinidas.O presente vídeo demonstra a técnica proposta para a abordagem por ressecção do íleo terminal e ceco por endometriose profunda. Trata-se de lesões multicêntricas em região de íleo terminal próximo à válvula ileocecal, ressecadas com auxílio de endograpeador articulado e anastomose totalmente intracorpórea a fim de minimizar a mobilização e ressecção das alças intestinais envolvidas e limitar o trauma à parede abdominal com uma menor incisão auxiliar para remoção da peça. Essa opção técnica favorece os desfechos de menor tempo de internação hospitalar, recuperação mais precoce, efeito cosmético superior e mais breve retorno às atividades diárias.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2535

TÍTULO DO TRABALHO: RESSECÇÃO LAPAROSCOPICA DE TUMOR DE SIGMOIDE COM INVASÃO DE ESTRUTURAS RETROPERITONEAIS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BRUNO ZIADE GIL; SIDNEY MORENO GIL; JULIANA CHALELA AYUB; FELLIPE SILVEIRA SOUTO; RAPHAEL DE OLIVEIRA ZUANAZZI; JOÃO PAULO DA SILVA DIAS. HOSPITAL SÃO DOMINGOS, CATANDUVA - SP - BRASIL.

RESUMO:

RESSECÇÃO LAPAROSCOPICA DE TUMOR DE SIGMOIDE COM INVASÃO DE ESTRUTURAS RETROPERITONEAIS Autores:Dr Sidney Moreno GilDr Bruno Ziade Gil Dra Juliana Chalela AyubDr Fellipe Silveira SoutoDr João Paulo da Silva DiasDr Raphael de Oliveira Zuanazzi RESUMO Paciente com diagnóstico de tumor de sigmóide (Adenocarcinoma), diagnosticada através de colonoscopia com biópsia e estadiada por tomografia computadorizada, que evidenciou metástases. Fora indicado tratamento cirúrgico para ressecção do tumor, optando-se pela via laparoscópica. Durante o intra-operatório foi observada invasão do tumor em estruturas retroperitoneais como ureter esquerdo e vasos gonadais. Optamos por serguir pela mesma via, tendo em vista o não comprometimento da técnica cirúrgica. INTRODUÇÃO Paciente feminino, JCV, 35 anos sem comorbidades prévias conhecidas, refere dor abdominal do tipo cólica e enterorragia desde outubro de 2015, relata ter realizado colonoscopia há 1 mês que evidenciou tumoração em sigmóide. Realizada tomografica computadorizada que demonstrou metástases hepáticas. Admitida no serviço de Cirugia Geral do Hospital Unimed São Domingos, em Catanduva-SP no dia 21-11-2016, para preparo de cólon, sendo submetida a retossigmoidectomia videolaparoscópia com anastomose colo retal no dia 23-11-2016, durante o intra-operatório, foi observada invasão do tumor no retropertitônio, acometendo vasos gonadais que foram ligados e ureter esquerdo. Jcv, evoluiu bem recebendo alta hospitalar no dia 26-11-2016 recebendo segmento da doença com o serviço de oncologia. DESCRIÇÃO Realizada retossigmoidectomia videolaparoscópia com anastomose colo retal, para ressecção de tumor de sigmoide com invasão de estruturas retroperitoniais. CONCLUSÃO O presente video teve como objetivo demonstrar a eficácia da cirurgia videolaparoscópica em tratamento de tumores invasivos e com metástases. Em casos de invasão de estruturas retroperitoneais, não houve prejuízo em relação a técnica cirúrgica ou comprometimento dos critérios oncológicos, quando comparada a laparotomia. Concluimos assim uma menor resposta endocrinometabólica ao trauma cirúrgico e menor tempo de internação hospitalar.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 414

TÍTULO DO TRABALHO: Retossigmoidectomia laparoscópica com invasão de parede abdominal

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: VITOR RAFAEL PASTRO; DENISEGRAFFITTI D?AVILA; ADRIELI HELOISA CAMPARDO PANSANI; IGOR ARANTES DE OLIVEIRA GÓES; CELENE BENEDITI BRAGION; DANIELLE DE CAMPOS PESETO; DANILO TOSHIO KANNO; CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL.

RESUMO:

Introdução: Muito se discute sobre a segurança oncológica em ressecções colorretais em tumores T4. Alguns autores alegam que a ressecção oncológica por laparoscopia é factível e segura, em contrapartida, há quem advogue que é mandatória a abordagem convencional em casos que ultrapassem a serosa. O caso a seguir trata-se de um vídeo de retossigmoidectomia laparoscópica com ressecção de parede de uma mulher, branca, 41 anos, casada, com queixa de hematoquezia há 6 meses. Colonoscopia evidenciou lesão ulcero-infiltrativa em transição descendente-sigmóide de 3 cm, procedido de tatuagem. Descrição do Vídeo: Foi realizado acesso laparoscópico que evidenciou cólon sigmoide aderido a parede peritoneal, e foi realizada retossigmoidectomia com ressecção de parede por laparoscopia em monobloco, com retirada da peça operatória por incisão prévia de Pfannestiel, com resultado patológico de adenocarcinoma. Paciente com boa evolução e alta hospitalar no sexto pós operatório. Conclusão: a videolaparoscopia mostra-se como via segura de abordagem em ressecções colorretais em neoplasias que ultrapassem a serosa.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2737

TÍTULO DO TRABALHO: Retossigmoidectomia Videolaparoscopia 3 portais

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ROBERTO MONTORO NETO; MIRELLA DE FATIMA FUKUDA; FELIPE ARAUJO DE SOUZA; MARCELA QUEIROZ; GABRIELA LORENCINI; VICTOR MANUEL SIMOES DOS SANTOS JUNIOR; ANEL JUAREZ CABALLERO. HOSPITAL ANA COSTA SANTOS, SANTOS - SP - BRASIL.

RESUMO:

Intodução: O nascimento da laparoscopia pode ser atribuído a Georg Kelling, cirurgião alemão de Dresden.Em 1901 descreveu a ?celioscopia?, técnica pela qual enchia o abdômen de um cão vivo com ar e inseria um cistoscopio de Nitze para inspecionar as vísceras (Kelling, 1901). RJSP, sexo feminino, 61 anos, natural e procedente de santos/SP, portadora de dislipdemia e osteopenia, com quadro de flatulência e mudança do padrão de evacuação (constipação e diarréia) há 7 meses. Cesariana prévia há 33 anos e histerectomia por mioma ha 20 anos, Nega outros sintomas como: perda de peso, náusea, vômito, inapetência e febre.Descrição do vídeoPaciente em posição de litotomia sob anestesia geral Antissepsia com clorexidina alcoólico 2% + campos estéril Incisao periumbilical com disseção por planos até aponeurose + confecção de pneumoperitónio com agulha de Veres + passagem de trocater de 12mm descartável. Incisão em flanco direito e fossa ilíaca direita com passagem de trocateres de 5mm e 12mm, respectivamente, sob visão. Inventário de cavidade: Evidenciado pequena quantidade de liquido livre em pelve(coletado para análise).Visualizado tatuagem em cólon sigmoide. Metástase em outros órgãos não visualizado. Dissecção de mesocolon esquerdo e fáscia de toldt com bisturi harmônico . Dissecçao de mesocolon e identificação da mesentérica inferior.Realizado clipagem do mesmo com Hemolock (proximal) e LT300 (distal).revisão de hemostasia com harmônico Deslocado colon esquerdo até ângulo esplénico. Realizado grampeamento de retossigmoide com Echelon (carga dourada). Incisão em flanco esquerdo com abertura por planos até cavidade abdominal. Exteriorização de colón esquerdo, realizado ressecção e sutura (pinça de reto + nurulon 2-0). Inserido ogiva (CDH29). Colocação de CDH29 e realizado anastomose primária término-lateral. Sem apresentar torção ou tração de seguimento colonico . Retirado trocater sob visão + desfeito pneumoperitonio . Sutura de incisão em flanco com prolene 0 em pontos separados + sutura de pele com nylon 4-0. Sutura de pele com nylon 4-0 em incisão periumbilical + flanco direito e fossa ilíaca . Limpeza e curativo.Conclusão: Retossigmoidectomia por videolaparoscopia está cada vez mais demostrando superioridade ao procedimento aberto convencionalFoi demostrado uma variação no número de portáis a serem utilizados tendo sucesso no seu resultado final, sendo assim uma boa alternativa para o cirurgião

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1820

TÍTULO DO TRABALHO: Retossigmoidectomia videolaparoscopica com anastomose colorretal primaria

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CAIO VINÍCIUS SUARTZ1; CAROLINE DO VALLE ROTTER1; GEORGE FELIPE BEZERRA DARCE2; RENAN AGUERA PINHEIRO2; JEAMMY ANDREA PEREZ PARRA2; CARLOS AUGUSTO METIDIERI MENEGOZZO2; ADILSON COSTA RODRIGUES JR2; EDIVALDO MASSAZO UTIYAMA2. 1. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE SÃO PAULO, SAO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

Introdução: A doença diverticular dos cólons é causa relevante de internações hospitalares e em seu espectro clínico pode cursar com variadas manifestações.A maioria dos doentes que apresentam quadro de diverticulite aguda poderão ser tratados de forma exclusivamente clínica, entretanto uma parcela desses doentes necessitarão de abordagem cirúrgica. Descrição: O caso trata de um paciente de 54 anos com episódio prévio de diverticulite aguda Hinchey II que foi submetido a drenagem guiada por tomografia associada a antibioticoterapia. Evoluiu com melhora clínica e após seis semanas foi submetido a retossigmoidectomia em caráter eletivo.O Vídeo apresenta inicialmente a posição dos portais videolaparoscopicos , sendo um umbilical, um em flanco esquerdo e outros dois em hipocôndrio direito e fossa ilíaca direita.Realizada inspeção da cavidade abdominal com presença de plastrão inflamatorório volumoso com aderência de cólon esquerdo ,jejuno, epíplon e parede abdominal. Prosseguimento com liberação de aderências com posterior mobilização do sigmóide.Dissecção e ligadura da arteria e veia mesentérica superior próximal ao reto e ao sigmóide com hemolock e clipe.Dissecção da região medial ao sigmoide em direção lateral seguida de dissecção da região lateral em direção medial.Desperitonialização do reto na topografia da reflexão peritoneal com sua posterior liberação para passagem de grampeador GIA.Grampeamento e secção do reto médio .Realizada sutura da peça com fios de prolene e sua retirada por incisão de Pfannenstiel .Passagem de grampeador circular pela região anal com acomplamento entre colon descendente e reto.Realização da anastomose colorretal com alocação de dreno de Blake em posição pélvica.O paciente evoluiu com boa aceitação da dieta no pós operatório, sem comprometimento infeccioso ou com sinais sugestivos de deiscência da anastomose colorretal. Recebeu alta hospitalar no sétimo pós operatório. Conclusão:O tratamento das complicações da doença diverticular dos cólons por via laparoscópica se consolida como alternativa a cirurgia aberta e se apresenta como método seguro e eficaz . A apresentação de um tempo de internação reduzido , a menor perda sanguínea e o retorno mais rápido as atividades diárias são características a serem levadas em consideração na escolha da via de abordagem cirúrgica. Entretanto , se faz necessário treinamento específico e continuado para garantir um menor tempo cirúrgico e eficácia no procedimento.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2408

TÍTULO DO TRABALHO: Tratamento de GIST anal com cirurgica endoscópica transanal (TEM)

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: COLOPROCTOLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FELIPE ALEXANDRE FERNANDES1; AUGUSTO QUARESMA COELHO1; RAFAEL ULYSSES DE AZEVEDO1; ANGELITA HABR-GAMA2; GUILHERME PAGIN SÃO JULIÃO2; BRUNA BORBA VAILATI2; RODRIGO OLIVA PEREZ2. 1. FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. INSTITUTO AJ GAMA, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

Instrodução: O tumor estromal gastrointestinal (GIST) é um tumor mesenquimal raro derivado das células de cajal. O tumor tem apresentação variável no aparelho digestivo, podendo acometer do esfôfago ao ânus, sendo o mais comum no estômago. O tratamento cirúrgico com resseção com margens estreitas é padrão outro no tratamento do GIST.Vídeo: no vídeo apresentado, observa-se o tratamento cirúrgico de um GIST anal por ressecção transanal endoscópica (TEM). O vídeo mostra a definição das margens, a ressecção da mucosa anal com espécime cirúrgico não fragmentado. O fechamento da brecha residual é feito com sutura contínua e é realizado a revisão hemostática da mucosa retal.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2468

TÍTULO DO TRABALHO: CIRURGIA DE SERRA DÓRIA COM PRESERVAÇÃO GÁSTRICA PARA MEGAESÔFAGO AVANÇADO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESÔFAGO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CAIO CASTRO MENDANHA BARROS1; BEATRIZ FERREIRA CARVALHO1; OSCAR BARROZO MARRA1; RAFAEL INACIO GUIMARAES2; JULIANO MARTINI2; LUDMILLA DA SILVA BATISTA2; LARISSA CAMPOS BRAGA3; JOSÉ LUCAS PONTIERI MELAZO4. 1. UNIEVANGÉLICA, ANÁPOLIS - GO - BRASIL; 2. HOSPITAL DO CORAÇÃO, GOIÂNIA - GO - BRASIL; 3. PUC-GO, GOIÂNIA - GO - BRASIL; 4. .

RESUMO:

INTRODUÇÃO: Devido à alta prevalência do Megaesôfago chagásico no Brasil, muitos cirurgiões ainda buscam aprimorar técnicas para o tratamento de suas manifestações clínicas. Técnicas cirúrgicas como a cardiomiotomia de Heller, a cirurgia de Serra-Dória e a Esofagectomia vêm sendo utilizadas como as principais técnicas no nosso meio, dependendo de sua classificação radiológica além de presença ou não de recidivas ao tratamento. A técnica de Serra-Dória se mostrou uma técnica eficaz e com baixos índices de complicações e mortalidade. Porém, há algumas críticas à técnica devido à gastrectomia parcial, questionando o motivo da ?mutilação? do órgão. Por isso, foi proposto utilizar a técnica de Serra-Dória com preservação gástrica, baseando-se no princípio de Domene que propôs uma modificação da derivação biliopancreática via laparoscópica proposta por Scopinaro para tratamento da obesidade, sem a necessidade da retirada do corpo e antro gástrico com resultados satisfatórios a curto e longo prazo. DESCRIÇÃO DO VIDEO: Paciente do sexo feminino, 54 anos, chagásica. Apresentava disfagia progressiva, perda de peso e megaesôfago grau IV pela classificação radiológica de Rezende. Colocado em decúbito dorsal, foram utilizados cinco trocartes após confecção de pneumoperitônio de 15 mmHg, dissecção do esôfago distal e exposição com dreno de Penrose, anatomose latero-lateral entre esôfago distal e fundo gástrico, anastomose gastrojejunal termino-lateral, secção jejunal com grampeador ENDO GIA 45 mm a 20 cm do ângulo de Treitz e anastomose jejuno-jejunal em Y de Roux. Obteve-se desfecho satisfatório, com o paciente assintomático em acompanhamento clínico. CONCLUSÃO: estudos têm mostrado que a preservação gástrica na técnica de Serra-Dória apresenta baixo risco de complicações, tanto em curto como em longo prazo, assemelhando-se à técnica com gastrectomia parcial. Portanto, a preservação gástrica pode ser planejada, devendo o cirurgião avaliar individualmente cada paciente para a correta indicação do procedimento. Ressalta-se ainda a necessidade de mais estudos sobre a referida técnica para melhor avaliação dos resultados a longo prazo.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2468

TÍTULO DO TRABALHO: CIRURGIA DE SERRA DÓRIA COM PRESERVAÇÃO GÁSTRICA PARA MEGAESÔFAGO AVANÇADO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESÔFAGO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CAIO CASTRO MENDANHA BARROS1; BEATRIZ FERREIRA CARVALHO1; OSCAR BARROZO MARRA1; RAFAEL INACIO GUIMARAES2; JULIANO MARTINI2; LUDMILLA DA SILVA BATISTA2; LARISSA CAMPOS BRAGA3; JOSÉ LUCAS PONTIERI MELAZO4. 1. UNIEVANGÉLICA, ANÁPOLIS - GO - BRASIL; 2. HOSPITAL DO CORAÇÃO, GOIÂNIA - GO - BRASIL; 3. PUC-GO, GOIÂNIA - GO - BRASIL; 4. .

RESUMO:

INTRODUÇÃO: Devido à alta prevalência do Megaesôfago chagásico no Brasil, muitos cirurgiões ainda buscam aprimorar técnicas para o tratamento de suas manifestações clínicas. Técnicas cirúrgicas como a cardiomiotomia de Heller, a cirurgia de Serra-Dória e a Esofagectomia vêm sendo utilizadas como as principais técnicas no nosso meio, dependendo de sua classificação radiológica além de presença ou não de recidivas ao tratamento. A técnica de Serra-Dória se mostrou uma técnica eficaz e com baixos índices de complicações e mortalidade. Porém, há algumas críticas à técnica devido à gastrectomia parcial, questionando o motivo da ?mutilação? do órgão. Por isso, foi proposto utilizar a técnica de Serra-Dória com preservação gástrica, baseando-se no princípio de Domene que propôs uma modificação da derivação biliopancreática via laparoscópica proposta por Scopinaro para tratamento da obesidade, sem a necessidade da retirada do corpo e antro gástrico com resultados satisfatórios a curto e longo prazo. DESCRIÇÃO DO VIDEO: Paciente do sexo feminino, 54 anos, chagásica. Apresentava disfagia progressiva, perda de peso e megaesôfago grau IV pela classificação radiológica de Rezende. Colocado em decúbito dorsal, foram utilizados cinco trocartes após confecção de pneumoperitônio de 15 mmHg, dissecção do esôfago distal e exposição com dreno de Penrose, anatomose latero-lateral entre esôfago distal e fundo gástrico, anastomose gastrojejunal termino-lateral, secção jejunal com grampeador ENDO GIA 45 mm a 20 cm do ângulo de Treitz e anastomose jejuno-jejunal em Y de Roux. Obteve-se desfecho satisfatório, com o paciente assintomático em acompanhamento clínico. CONCLUSÃO: estudos têm mostrado que a preservação gástrica na técnica de Serra-Dória apresenta baixo risco de complicações, tanto em curto como em longo prazo, assemelhando-se à técnica com gastrectomia parcial. Portanto, a preservação gástrica pode ser planejada, devendo o cirurgião avaliar individualmente cada paciente para a correta indicação do procedimento. Ressalta-se ainda a necessidade de mais estudos sobre a referida técnica para melhor avaliação dos resultados a longo prazo.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2455

TÍTULO DO TRABALHO: CIRURGIA DE SERRA DÓRIA VIDEOLAPAROSCÓPICA PARA MEGAESÔFAGO AVANÇADO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESÔFAGO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CAIO CASTRO MENDANHA BARROS1; BEATRIZ FERREIRA CARVALHO1; JOSÉ LUCAS PONTIERI MELAZO1; OSCAR BARROZO MARRA2; RAFAEL INACIO GUIMARAES2; JULIANO MARTINI2; LUDMILLA DA SILVA BATISTA3; LARISSA CAMPOS BRAGA3. 1. UNIEVANGÉLICA, ANÁPOLIS - GO - BRASIL; 2. HOSPITAL DO CORAÇÃO, GOIÂNIA - GO - BRASIL; 3. PUC-GO, GOIÂNIA - GO - BRASIL.

RESUMO:

INTRODUÇÃO: A Doença de Chagas continua sendo uma patologia de alta prevalência e endêmica em várias regiões do Brasil. O megaesôfago, uma das principais manifestações da doença, tem como tratamento de escolha a cirurgia. As indicações cirúrgicas variam de acordo com a classificação radiológica. Para casos não avançados, geralmente se opta pela técnica de cardiomiotomia de Heller, enquanto que em casos avançados pode-se lançar mão da esofagectomia subtotal com esofagogastroplastia transmediastinal, esofagectomia subtotal com esofagocoloplastia ou cirurgia de Serra Dória. Esta última técnica vem sendo empregada com poucas complicações e baixa mortalidade. DESCRIÇÃO DO VIDEO: Paciente de 48 anos, masculino, com história de megaesôfago idiopático. Referia disfagia progressiva e perda de peso. Megaesôfago grau IV pela classificação radiológica de Rezende. Foi colocado em decúbito dorsal, foram utilizados cinco trocartes, pneumoperitônio de 15 mmhg, dissecção do esôfago distal e exposição com dreno de Penrose, anatomose latero-lateral entre esôfago distal e fundo gástrico, hemigastrectomia com grampeador ENDO GIA 45 mm, secção jejunal com grampeador ENDO GIA 45 mm a 20 cm do ângulo de Treitz, anastomose jejuno-jejunal em Y de Roux, anastomose gastrojejunal termino-lateral. Obteve-se desfecho satisfatório, com o paciente assintomático em acompanhamento clínico. CONCLUSÃO: Ressalta-se a importância da cirurgia de Serra-Dória tanto como método de escolha para megaesôfago avançado, quanto para uma segunda abordagem em pacientes com recidiva dos sintomas após cardiomiotomia. Como complicações do procedimento, destaca-se: persistência da disfagia, pirose, perfuração da parede esofágica, pneumotórax e fístulas no pós-operatório. Porém, demonstra-se na literatura um mínimo risco a essas complicações, enfatizando-se a baixa morbimortalidade da técnica.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1121

TÍTULO DO TRABALHO: Grandes Hérnias de Hiato - Uso de Prótese Absorvível

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESÔFAGO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANDRE BRANDALISE; BRUNO LOMBARDI FARIAS; CLAUDIA LORENZETTI; PAOLA COSTA REIS; NILTON CESAR ARANHA; NELSON ARY BRANDALISE. HOSPITAL CENTRO MÉDICO DE CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL.

RESUMO:

Sabe-se que a videolaparoscopia é aceita como padrão-ouro no tratamento cirúrgico da doença do refluxo gastroesofágico. Entretanto, permanece em discussão o seu uso para correção de grandes hérnias paraesofágicas, sejam primárias ou recidivadas, uma vez que os índices de recidiva podem alcançar 50% em 5 anos. Para tentar minimizar esses números, uma das alternativas é o uso de prótese para reforço da hiatoplastia.Na literatura há diversos estudos que mostram redução das taxas de recidiva com o uso de prótese de polipropileno ou politetrafluoroetileno (PTFE). Entretanto, também há relatos de complicações graves e cirurgias de alta complexidade para corrigi-las. Como alternativa a esses materiais, apresentamos o uso de tela biossintética produzida com copolímero de ácido poliglicólico e carbono trimetileno em grandes hérnias paraesofágicas. O vídeo apresenta uma hiatoplastia com fundoplicatura por hérnia paraesofágica, utilizando tela biossintética e demonstrando suas diversas formas de fixação.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 3031

TÍTULO DO TRABALHO: HERNIAÇÃO GÁSTRICA PELA VÁLVULA DE NISSEN COM VOLVO GÁSTRICO AXIAL E OBSTRUÇÃO ALTA AGUDA - TRATAMENTO LAPAROSCÓPICO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESÔFAGO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LEONARDO EMILIO DA SILVA; LARA SILVA PAIXÃO; THIAGO HAYASHIDA TELES DE CARVALHO; GABRIEL ALVES CARRIÃO; RAFAEL BEZE SOUZA; PATRÍCIA ALINE DE ANDRADE RODRIGUES; MAXLEY MARTINS ALVES; ISABELA SUAVINHA JAYME. ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS, GOIANIA - GO - BRASIL.

RESUMO:

Paciente femino, 44 anos, branca, natural e procedente de Goiânia, Goiás. Submetida há 13 meses ao tratamento cirúrgico da doença do refluxo gastroesofágico pela técnica de NIssen. Apresentou muito boa evolução pós-operatória. Há 6 horas, após o café da manhã, iniciou forte dor em andar superior de abdome com vômitos incoercíveis. Foi admitida na emergênica com quadro de extrema agitação, palidez cutâneo-mucosa e taquipnéica, gritando em função da dor.Ao exame observamos abdome sem eviência de irritação peritoneal com forte dor em andar superior especialmente em epigastro. Levada à tomografia que evidenciou volvo gástrico com grande distensão, sem penumoperitôneo.Indica cirurgia onde evidenciamos grande distensão gástrica com herniação gástrica com a válvula de Nissen e consequente torção gástrica. Conseguimos a redução da hérnia e refizemos o NIssen e fechamos o espaço retro esofágico. Evoluiu bem, recebendo alta no PO 2 sem intercorrências.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2675

TÍTULO DO TRABALHO: TRATAMENTO CIRÚRGICO VIDEOLAPAROSCÓPICO DE DIVERTÍCULO DE ESÔFAGO DISTAL

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESÔFAGO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: CELSO JUNIOR OLIVEIRA TELES1; EDUARDO CREMA2; ALEX AUGUSTO SILVA2; RAFAEL SOARES DE OLIVEIRA2; LIA YUMI OMORI NISHIKAWA2; JUVERSON ALVES TERRA JUNIOR2; CARLOS ALFREDO SALCI QUEIROZ2. 1. UFTM - UBERABA/MG, UBERABA - MG - BRASIL; 2. UFTM, UBERABA - MG - BRASIL.

RESUMO:

Introdução: Divertículos epifrênicos do esôfago (DEE) são saculações, geralmente nos 10 cm distais, de pulsão (herniação da mucosa e submucosa). Congênitos ou adquiridos, muito associados a obstrução mecânica (acalásia, hérnia hiatal, fundoplicatura). Maioria assintomáticos, diagnóstico geralmente incidental no REED, EDA ou TC/RNM. Excisão cirúrgica recomendada nos casos sintomáticos, maiores que 2cm e complicados (fístula, perfuração, inflamação), preferencialmente laparoscópica. Recomendado realizar manometria esofágica, avaliar adição de miotomia esofágica na presença de acalásia, além de fundoplicatura. A miotomia não é sugerida para pacientes com EIE normal, devido potencial RGE pós miotomia, mesmo com a confecção de fundoplicatura. Defensores desta dizem que pode prevenir o refluxo e ajudar evitar fístulas, enquanto outros autores atribuem a ela maior recorrência devido à zona de pressão causada pela válvula anti-refluxo distal à diverticulectomia, aumentando também de chance de fístulas. Relato do vídeo: NSR, 71 anos, mulher. Há 2 anos com disfagia leve para sólidos, odinofagia, pirose e epigastralgia, com piora dos sintomas há 2-3 meses, perda ponderal de 6kg. Comorbidades: arritmia cardíaca (Atenolol). Cirurgias prévias: perineoplastia. Exame físico: BEG, corada, IMC 28 kg/m2. Abdome inocente. Laboratório: sem alterações. REED: esôfago com peristaltismo e esvaziamento preservados, divertículo no terço distal do esôfago, sem sinais de acalásia. EDA: divertículo de base larga no esôfago distal, gastrite enantemática antral leve. TC de tórax: imagem ovalar no esôfago distal na face póstero-lateral direita de 2.1x2.9 cm, com resíduo alimentar no seu interior, compatível com divertículo de esôfago. Manometria esofágica: ausente dismotilidades ou acalásia. Submetida a diverticulectomia esofágica distal transhiatal videolaparoscópica e crurorrafia, sem miotomia nem fundoplicatura, sem drenagem da cavidade, sem intercorrências. Esofagograma do 1º PO sem fístulas, liberado dieta no 2º PO e alta hospitalar no 3º PO. Em acompanhamento ambulatorial há 15 meses, queixa pirose. REED e EED controle (12 meses): sem alterações. Conclusão: A raridade do DEE torna a doença difícil de estudar e fornecer recomendações para tratamento. Nosso serviço recomenda abordagem abdominal transhiatal videolaparoscópica, realizar manometria esofágica para avaliar a presença de acálasia do EIE e, neste caso, avaliar associação com miotomia e fundoplicatura.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 675

TÍTULO DO TRABALHO: Anastomose Esofagojejunal Manual na Gastrectomia Total por Videolaparoscopia: Segurança e Economia

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LUCAS DUDA SCHMITZ1; JORGE ROBERTO MARCANTE CARLOTTO1; JUAREZ ANTONIO DAL VESCO1; FERNANDA MARCANTE CARLOTTO2; GABRIEL WEISS3; MARCOS DAL VESCO NETOU2; CAROLINA ARGENTA DAL VESCO2; MATHEUS SARMENTO MILITZ2. 1. CLÍNICA DAL VESCO, PASSO FUNDO - RS - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO - UPF, PASSO FUNDO - RS - BRASIL; 3. RESIDÊNCIA MÉDICA EM CIRURGIA GERAL - UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL / HCPF, PASSO FUNDO - RS - BRASIL.

RESUMO:

Introdução: Gastrectomia total por videolaparoscopia ainda é um desafio na maioria dos serviços do interior do Brasil, principalmente pelos custos do material e pela necessidade de treinamento em videocirurgia avançada. Nosso objetivo é demonstrar a realização da gastrojejunostomia com sutura manual intracorpórea e sem uso de grampeador na ressecção gástrica por videolaparoscopia.Descrição do Vídeo: Após a ressecção total do estômago e da linfadenectomia D2, a alça intestinal é identificada e cerca de 40 cm do ângulo de Treitz, a mesma é ancorada com um chuleio contínuo seromuscular e fixada na linha de grampeamento esofágico com polidioxanona 3-0. O esôfago anteriormente a linha de grampeamento é aberto com energia térmica, assim como a borda anti-mesentérica da alça intestinal. A parede posterior é realizada de forma contínua e total com polidioxanona 3-0. A anastomose é calibrada com uma sonda gástrica de Fouchet número 32. A síntese da parede anterior é através de uma sutura seromuscular do tipo Cushing com polidioxanona 3-0. Reforços são aplicados nos ângulos e o teste com solução fisiológica e azul de metileno é realizado para verificar possível falha de coaptação da anastomose.Conclusão: A anastomose esofagojejunal manual intracorpórea na videolaparoscopia é uma técnica segura e econômica quando realizada por equipes com treinamento em videocirurgia avançada.Bibliografia:Chen K, Wu D, Pan Y, Cai JQ, Yan JF, Chen DW, Maher H, Mou YP. Totally laparoscopic gastrectomy using intracorporeally stapler or hand-sewn anastomosis for gastric cancer: a single-center experience of 478 consecutive cases and outcomes. World J Surg Oncol. 2016 Apr 19;14:115.So KO, Park JM. Totally laparoscopic total gastrectomy using intracorporeally hand-sewn esophagojejunostomy. J Gastric Cancer. 2011 Dec;11(4):206-11.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1720

TÍTULO DO TRABALHO: Complicações em videolaparoscopia

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MAURICE YOUSSEF FRANCISS1; DANILO BUGALHO GALDIANO2; DEIVID GRINBERGAS MIZIARA2; THAYLA KRUGER AMARAL2; ERICA GIOCOMINI LOUÇA3; LAURA ALEJANDRA MATULEVICH SANTANA3; MARINA MATOS LIMA LEITE3; BRUNO ZILBERSTEIN2. 1. GASTROMED, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. GASTROMED, SAO PAULO - SP - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE SAO LEOPOLDO MANDIC, SAO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

Introdução A cirurgia videolaparoscópica apresenta as vantagens de uma menor cicatriz, maior aceitabilidade pelo paciente, recuperação mais rápida, tempo de internação hospitalar curto, retorno ao trabalho e atividades normais (inclusive esportiva) em uma semana, menor taxa de complicações e menor desconforto. Poucos anos após uma introdução, a cirurgia laparoscópica passou a ocupar lugar de destaque no tratamento de diversas afecções, vindo a se constituir, inclusive, a via de acesso de escolha em diversos procedimentos cirúrgicos. Tem como característica básica diminuir a agressão e o trauma cirúrgico, produzindo menor repercussão orgânica, menor reação metabólica, inflamatória e imunológica, quando comparada a laparotômica, isto representa grande benefício para a paciente. Apesar de seus inúmeros benefícios, numerosas complicações resultantes de erros técnicos ou relacionados à laparoscopia têm sido reportadas.ObjetivoChamar a atenção e exemplificar complicações intraoperatória de cirurgia videolaparoscopica.Método Para confecção deste trabalho foram utilizados vídeos de cirurgias laparoscópicas realizadas em diferentes hospitais de ensino da cidade de São Paulo. O levantamento de dados do prontuário foi útil para esclarecer as condições clinicas em que os pacientes em estudo se encontrava, cirurgia submetida e desfecho.Resultados A maioria das complicações ocorrem durante a fase inicial do aprendizado. Com o surgimento de novas aplicações do método, o cirurgião e o anestesista devem estar familiarizados com as possíveis complicações associadas, sejam aquelas diretamente relacionadas à realização da laparoscopia ou ao procedimento cirúrgico especifico realizado por esta via. Foram demostrados casos de lesões vasculares, hérniações de estruturas, problemas com a anastomose, dentre outros. Sendo assim, cabe ao cirurgião ter o domínio completo da videocirurgia, a fim de minimizar possíveis erros de técnica, e caso as mesmas ocorram, ter a possibilidade da resolução completa pela mesma via, sem necessidade de conversão.Conclusão Com o advento da videcirurgia a necessidade do domínio desta via de acesso e imprescindível, a fim de minimizar complicações e possibilitar rápida identificação e resolução de problemas operatórios advertidos ao paciente.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2874

TÍTULO DO TRABALHO: GASTRECTOMIA ATÍPICA LAPAROSCÓPICA PARA TRATAMENTO DE GIST GÁSTRICO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FERNANDA ALONSO RODRIGUEZ FLEMING; MARCELO SA DE ARAUJO; RODRIGO JORGE PEREIRA GONÇALVES; MARCELO SOARES NEVES; ISABELLE TEIXEIRA QUINAN DA SILVA. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO, NITEROI - RJ - BRASIL.

RESUMO:

INTRODUÇÃOOs tumores estromais gastrointestinais (GISTs) representam os mais comuns dos tumores mesenquimais, podendo surgir em qualquer topografia do trato gastrointestinal sendo no estômago o local mais encontrado.Trazemos um vídeo demonstrando gastrectomia atípica laparoscópica realizada para tratamento de paciente do sexo feminino, 59 anos, hipertensa e cardiopata, que foi submetida a endoscopia digestiva alta devido a epigastralgia e anemia, sendo evidenciada em fundo gástrico lesão elevada, esférica, recoberta por mucosa preservada, de consistência endurecida, medindo cerca de 30-35mm. Ecoendoscopia demonstrou tumor hipoecogênico, com áreas anecoicas, de origem em muscular da mucosa ou submucosa, com limites regulares e bem definidos, sugestiva de GIST gástrico. DESCRIÇÃO DO VÍDEOO vídeo apresentado é iniciado com a ressonância magnética de abdome revelando a lesão em fundo gástrico.Posteriormente iniciado o ato cirúrgico com gastrectomia atípica laparoscópica para tratamento de GIST em parede posterior de fundo gástrico.Após a introdução dos trocates, foi visualizado o estômago e seguida sua liberação do pequeno omento, não sendo identificada a lesão no inventário da cavidade.Introduzido o endoscópio para guiar a ressecção, demonstrando a lesão em parede posterior de fundo gástrico, que pode ser vista interna e externamente na presente exibição.Prosseguida a ressecção atípica da região na qual se encontrava a lesão com uso de 4 cargas de grampeador laparoscópico. A linha de grampo pode ser vista através da imagem da endoscopia.Posicionada a peça cirúrgica para sua remoção em bolsa.Finalizada a apresentação com foto da peça cirúrgica parcialmente aberta, demonstrando a lesão, após sua remoção da cavidade abdominal. CONCLUSÃOO tratamento ideal do GIST gástrico consiste em ressecção cirúrgica completa, conforme a exibida, não havendo benefício em linfadenectomias. O uso do imatinibe pode ser aplicado nos casos de tumores de difícil ressecabilidade, metastáticos, e de alto risco de malignidade, o que não foi necessário no caso apresentado, no qual apenas a cirurgia foi suficiente para o tratamento. É importante a análise imuno-histoquímica para confirmação diagnóstica, na qual deverá estar presente alta positividade para CD117 (c-Kit), conforme foi encontrado na presente peça cirúrgica, e/ou CD 34. O potencial de malignidade é avaliado pelo tamanho e índice mitótico do tumor, sendo neste caso considerado de muito baixo risco de mau prognóstico.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2790

TÍTULO DO TRABALHO: Gastrectomia robótica em câncer de coto gástrico estádio T4b em idoso frágil

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ROBERTO DE MORAES CORDTS FILHO1; FABIO RODRIGUES THULER1; OSVALDO ANTONIO PRADO CASTRO1; WILSON RODRIGUES DE FREITAS JR.1; DANIEL KENDI FUKUHARA1; FELIPE NARA1; ELIAS JIRJOSS ILIAS1; PAULO KASSAB1; JOYCE FRANCISCO2. 1. IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

Introdução: A gastrectomia em idosos, especialmente nos frágeis e nos casos em que os tumores invadem as estruturas adjacentes, estão relacionados a alta mortalidade e morbidade. No entanto, o uso da cirurgia robótica parece abrir novas possibilidades para alterar o prognóstico do paciente. Objetivos: Descrever um vídeo de gastrectomia robótica em paciente idoso frágil por câncer de coto gástrico estádio T4b.Relato de caso: paciente masculino de 81 anos com quadro de anemia, dor epigástrica e perda de peso (8 quilogramas nos últimos 6 meses) com IMC 18,6 (Peso 57kg e altura 1,75m). Apresentava histórico de gastrectomia parcial com reconstrução à Billroth II por úlcera péptica há 50 anos, além de diabetes tipo II e arritmia cardíaca, em uso de Metformina, Amiodarona e Metoprolol. O escore de Karnofsky era de 70%. Realizou endoscopia digestiva alta que evidenciou neoplasia de coto gástrico e a tomografia evidenciou sinais de invasão por contiguidade de cólon transverso e fígado sem sinais de metástase a distância. Realizada então totalização de gastrectomia com linfadenectomia D1 via cirurgia robótica. O tumor apresentava invasão do lobo hepático esquerdo sendo realizada ressecção parcial em bloco. Após a disseção do coto em conjunto com o fígado foi identificada uma fistula entre coto gástrico e cólon transverso, optado então por realizar a gastrectomia total com ressecção em bloco do cólon transverso. As anastomoses esôfago-jejunal e colônica foram realizadas manualmente com sutura robótica continuas em dois planos. O paciente apresentou boa evolução pós-operatória, recebendo alta no 8o dia. A análise da anatomia patológica evidenciou adenocarcinoma pouco diferenciado com células em anel de sinete, T4b com invasão de fígado e cólon transverso, N0 (0/16 linfonodos comprometidos) M0. Estádio IIIB. Nove meses após a cirurgia paciente permanece com boa evolução.Conclusão - A gastrectomia robótica é viável em paciente idoso e frágil em estádio T4b.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1134

TÍTULO DO TRABALHO: Gastrectomia Total com Linfadenectomia D2 por Videolaparoscopia: Sistematização Técnica

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOSE TARCISIO BARROSO ZOVICO1; GUSTAVO ALVES DE OLIVEIRA2; CARLOS RENATO CASTRO RENON2; CYRO REZENDE LAGHI2; ROGER BONGESTAB DOS SANTOS2; TATIANE MARTINS ESCARPINI2; MARCELLA ARAUJO DA FONSECA2; PEDRO LUCIANO ALMEIDA NOGUEIRA DA GAMA2. 1. AEBES : ASSOC EVANGÉLICA BENEFICENTE ES, GUAÇUÍ - ES - BRASIL; 2. AEBES : ASSOC EVANGÉLICA BENEFICENTE ES, VILA VELHA - ES - BRASIL.

RESUMO:

Introdução: Câncer gástrico é cada vez mais presente no mundo inteiro e apresenta-se como uma das maiores incidências dentre as neoplasias malignas. A gastrectomia com linfadenectomia D2 convencional é o tratamento padrão-ouro. No entanto, a busca por técnicas cirúrgicas menos invasivas pode proporcionar melhor resultado pós operatório relativo à dor, tempo de internação e retorno às atividades. Descrição: Os autores demonstram a realização de gastrectomia total com linfadenectomia D 2 por videolaparoscopia em uma paciente com adenocarcinoma gástrico. Discutem a disposição da equipe cirúrgica, colocação dos trocarters, tática cirúrgica para a linfadenectomia e para a reconstrução do trânsito.Conclusão: A exequibilidade por videolaparoscopia se torna possível quando realizado por equipe treinada e com suporte tecnológico adequado. A linfadenectomia por videolaparoscopia pode ser tão efetiva quanto a realizada por via convencional.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 941

TÍTULO DO TRABALHO: Padronização da Técnica de Laparoscopia e Lavado Peritoneal no Pré-Operatório do Adenocarcinoma de Estômago

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JUAREZ ANTONIO DAL VESCO1; GABRIEL WEISS2; JULIA PASTORELLO3; JORGE ROBERTO MARCANTE CARLOTTO1; LUCAS DUDA SCHMITZ1. 1. CLÍNICA DAL VESCO, PASSO FUNDO - RS - BRASIL; 2. RESIDÊNCIA MÉDICA EM CIRURGIA GERAL - UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL / HCPF, PASSO FUNDO - RS - BRASIL; 3. CENTRO DE ONCOLOGIA DO HOSPITAL DA CIDADE DE PASSO FUNDO - HCPF, PASSO FUNDO - RS - BRASIL.

RESUMO:

Introdução: O uso da laparoscopia e do lavado peritoneal no câncer gástrico permite o melhor estadiamento pré-operatório nos pacientes com acometimento T2 ou maior na parede gástrica. Nosso objetivo é demonstrar nossa padronização da técnica de laparoscopia e lavado peritoneal no pré-operatório do adenocarcinoma de estômago.Descrição do Vídeo: Sob anestesia geral, o paciente é colocado em posição de litotomia. O cirurgião posiciona-se entre as pernas do paciente e o primeiro auxiliar no lado direito do paciente. A torre de videocirurgia fica à esquerda da cabeceira da mesa cirúrgica. São introduzidos três portais de trabalho: cicatriz umbilical, hipocôndrio direito e hipocôndrio esquerdo. Inspeciona-se o peritônio parietal em toda sua extensão, incluindo o fundo de saco de Douglas e cúpulas diafragmáticas. Visualiza-se a superfície diafragmática e visceral do fígado e o peritônio visceral do estômago. Após cuidadosa inspeção da cavidade, instila-se 300 ml de solução fisiológica 0,9% aquecida na retrocavidade dos epíploons e 50 ml em cada quadrante da cavidade abdominal. O pneumoperitônio é desfeito e mobiliza-se a parede abdominal do paciente. Após nova insuflação do pneumoperitônio, o líquido é aspirado na retrocavidade e nos quatro quadrantes e enviado para a pesquisa de células malignas na citologia oncótica após armazenamento em recipiente adequado.Conclusão: A laparoscopia e o lavado peritoneal no câncer gástrico é uma técnica simples, factível e rápida, desde que sistematizada pela equipe cirúrgica. Sua principal utilidade é no estadiamento imaginológico falso-negativo em pacientes com tumor primário avançado.Bibliografia:Hosogi H, Shinohara H, Tsunoda S, Hisamori S, Sumida H, Hida K, Obama K, Okabe H, Sakai Y. Staging laparoscopy for advanced gastric cancer: significance of preoperative clinicopathological factors. Langenbecks Arch Surg. 2016 Nov 29.Yamagata Y, Amikura K, Kawashima Y, Yatsuoka T, Nishimura Y, Sakamoto H, Tanaka Y, Seto Y. Staging laparoscopy in advanced gastric cancer: usefulness and issues requiring improvement. Hepatogastroenterology. 2013 Jun;60(124):751-5.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 777

TÍTULO DO TRABALHO: PILORO TRIPLO: RELATO DE CASO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JEFFERSON BAGATIM1; EVELYN CRISTINA DA ROSA GRANJA BATALINI1; THALES VIEIRA GONÇALVES1; TIMOTEO VILELA VERÍSSIMO1; PATRÍCIA JOIA PERES2; VITOR BORDINHON MERCANTE1; ALEXANDRE DA SILVA NISHIMURA1. 1. SANTA CASA DE OURINHOS, OURINHOS - SP - BRASIL; 2. SANTA CASA DEOURINHOS, OURINHOS - SP - BRASIL.

RESUMO:

INTRODUÇÃO: A FÍSTULA GASTRODUODENAL CONSISTE DE UM CANAL ADJACENTE AO PILORO, QUE LIGA O ANTRO GÁSTRICO AO BULBO DUODENAL, PROVAVELMENTE ADIQUIRIDA AO LONGO DA VIDA. O PRIMEIRO RELATO DESTA MOLÉSTIA, FOI REALIZADO POR NOTKIN, EM 1929, DURANTE UMA AUTÓPSIA. ATUALMENTE EXISTE APENAS QUATRO CASOS RELATADOS NA LITERATURA MUNDIAL, SENDO CONSIDERADA EXTREMAMANETE RARA.RELATO DE CASO: PACIENTE M.H.K.M, 70 ANOS, DE ORIGEM NIPÔNICA, PROCUROU ATENDIMENTO MÉDICO DEVIDO MELENA EM PEQUENA QUANTIDADE, INICIADA HÁ APROXIMADAMENTE TRÊS DIAS, SEM DOR ABDOMINAL, NEGA EPISÓDIOS PRÉVIOS. HISTÓRIA PREGRESSA DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO COM REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA (REALIZADA EM 2002) E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, EM USO CONTÍNUO DE ROSUVASTATINA DE 20 mg E ACIDO ACETIL SALICÍLICO 300 mg. ATENDIDA PELO MÉDICO ASSISTENTE, AVENTADO A POSSIBILIDADE DE ÚLCERA GASTRODUODENAL, OPTADO POR SOLICITAR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA NA URGÊNCIA. DURANTE A REALIZAÇÃO DO EXAME, VISUALIZADO: ESÔFAGITE EROSIVA LEVE DISTAL (LOS ANGELES A); GASTRITE ENANTEMATOSA MODERADA DE CORPO E ANTRO; ÚLCERA PRÉ-PILÓRICA EM FASE DE CICATRIZAÇÃO (H2 DE SAKITA) BIOPSIADA; PILORO TRIPLO; BULBODUODENITE EROSIVA PLANA MOREDADA. APÓS RESULTADO, OPTADO POR TRATAMENTO MEDICAMENTOSO COM ANTIÁCIDO (INIBIDOR DA BOMBA DE PRÓTONS). O RESULTADO ANATOMOPATOLÓGICO EVIDENCIOU MUCOSA GÁSTRICA, DO TIPO ANTRAL, SEM METAPLASIA INTESTINAL OU ATIPIAS, COM PESQUISA PARA H. Pylori NEGATIVA. A PACIENTE EVOLUIU COM MELHORA DA SINTOMATOLOGIA APRESENTADA, APÓS 03 MESES REFERE REMISSÃO DO SINTOMA.CONCLUSÃO: EXISTEM POUCOS RELATOS NA LITERATURA ATUAL PARA O PILORO TRIPLO, SUA FISIOPATOLOGIA É DESCONHECIDA, PODENDO SER CONGÊNITA OU ADQUIRIDA, PORÉM HÁ RELATO DA POSSIBILIDADE DE ÚLCERA PENETRANTE EM REGIÃO PRÉ-PILÓRICA COM EVOLUÇÃO PARA FÍSTULA GASTRODUODENAL. MAIS ESTUDOS SÃO NECESSÁRIOS PARA AMPLIAR O CONHECIMENTO DA MOLESTIA APRESENTADA.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1297

TÍTULO DO TRABALHO: Schwannoma gástrico com tratamento laparoscópico

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: OTTO MAURO DOS SANTOS-ROSA1; MURILLO DE LIMA FAVARO2; SILVIO GABOR2; TIAGO BEZERRA MACHADO2; LIGIA RIBEIRO2; AMANDA REZENDE2; MARSELLE RIBAS2; MARCELO AUGUSTO F. RIBEIRO JR.2. 1. UNISA-SP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. UNISA, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

Introdução: O Schwannoma gástrico é um tumor extramucoso que atinge cerca de 0,2% desses tumores do estômago, bem menos comum que GIST, leiomiomas ou leiomiossarcomas. È exofítico e apresenta evolução lenta. São geralmente assintomático ou com sintomatologia não específica, sendo a mais comum as manifestações de HAD. Raramente são palpáveis.O diagnóstico é feito por ultrassom, tomografia, endoscopia e eco endoscopia. Descrição do Vídeo: C.A.B., 54 anos, masculine, deu entrada pela urgência cirúrgica em dezembro de 2015 com quadro de melena, sem sinais de sangramento agudo no momento do atendimento. Antecedentes de HAS, DM e IAM (2012), estava compensado clinicamente. EDA mostrou pangastrite e lesão subepitelial na parede anterior do corpo gástrico. Tomografia com lesão expansiva, de contornos regulares e limites definidos, realçada pelo meio de contraste, medindo 4,1x3,6 cm.Submetido à laparoscopia com excisão em cunha da lesão, teve boa evolução com alta hospitalar no PO3. AP com himunohistoquimico mostrou Schwannoma gástrico bom baixo grau de proliferação cellular. Apresenta-se bem, sem queixas e em seguimento até hoje. Conclusão: O Schwannoma gástrico é lesão subepitelial rara e com sintomatologia pobre. Apresenta crescimento lento. E excisão em cunha costuma ser curative mas o seguimento do paciente por longo período é importante.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 447

TÍTULO DO TRABALHO: ALPPS REVERSO POR LAPAROSCOPIA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCEL AUTRAN CESAR MACHADO1; TIAGO BASSÈRES2; RODRIGO CAÑADA SURJAN1; FABIO FERRARI MAKDISSI1. 1. FMUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL SIRIO LIBANES, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

OBJETIVO: A partição hepática associada à ligadura da veia porta em hepatectomia em dois tempos (ALPPS) permite a ressecção de R0, mesmo para pacientes com futuro remanescente hepático extremamente pequenos. O procedimento ALPPS foi inicialmente descrito para a trisegmentectomia direita em dois estágios. ALPPS Reverso é uma denominação em que o futuro remanescente do fígado é o setor posterior direito do fígado (S6-S7)MÉTODO: Uma mulher de 42 anos com metástases colorretais em todos os segmentos, exceto no segmento 1, foi submetida a quimioterapia com resposta objetiva e foi encaminhada para tratamento cirúrgico. A tomografia computadorizada mostrou predominância de metástases no fígado esquerdo e no setor anterior direito (S5-S8). O setor posterior direito continha três metástases. O plano era realizar um ALPPS reverso laparoscópico (ligadura da veia porta esquerda combinada com divisão in situ em uma trisegmentectomia esquerda em dois estágios).RESULTADOS: Três metástases no setor posterior direito foram ressecadas, seguidas de partição hepática e ligadura da veia porta esquerda. A tomografia computadorizada mostrou um aumento de 70% no futuro remanescente hepático. O segundo estágio constituiu em trisegmentectomia esquerda. Na laparoscopia após divisão das aderências, o pedículo glissoniano esquerdo foi dividido com um endostapler. Um grampeador também foi usado para transeccionar as veias hepáticas esquerda e média, e o espécime foi removido através de uma incisão suprapúbica. Os tempos operatórios foram, respectivamente, 5 e 3 h, e o paciente recebeu alta após 4 e 5 dias, respectivamente. Nenhuma transfusão de sangue ou internação em unidade de terapia intensiva foi necessária. Paciente não apresentou evidência da doença 24 meses após o procedimento.CONCLUSÕES: ALPPS Reverso por laparoscopia é procedimento viável e seguro. A laparoscopia é útil para diminuir a perda de sangue e otimizar a visualização durante a transecção hepática.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2123

TÍTULO DO TRABALHO: hepatectomia direita com ressecção de lesão no S4A por videolaparoscopia

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOSE JULIO DO REGO MONTEIRO FILHO; PAULO JOSE MOREIRA DE MACEDO. HOSPITAL MIGUEL COUTO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:

Paciente sexo masculino de 55 anos com metástases colorretais é submetido a hepatectomia laparoscópica. Cuidado especial é tomado com uma lesão localizada no segmento 4A em íntima relação com a veia hepática média. OS Ligamentos umbilical e falciforme são seccionados. Um torniquete é colocado no pedículo hepático. O Lobo direito é amplamente mobilizado. A região das veias supra-hepáticas é dissecada. O pedículo glissoniano direito desse paciente era longo e todo no sulco de Rouviere e foi abordado diretamente com um stapler vascular. A linha de hepatotomia foi marcada com cautério. A lesão do segmento 4a foi incluída na linha de ressecção.A hepatotomia é feita com bipolar, bipolar avançado, aspirador ultrassônico e staplers. Uma parte do pedículo que não havia sido seccionada é seccionada. O lobo direito é ressecado. A superfície é coagulada com argônio. A câmera é colocada na região subcostal e a lesão do segmento 4A é dissecada com o aspirador ultrasônico. Ela é terminada de ser ressecada com um stapler. É aplicado um selante de fibrina e o figado.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 747

TÍTULO DO TRABALHO: HEPATECTOMIA DIREITA LAPAROSCOPICA COM ACESSO GLISSONIANO EM PACIENTE CIRRÓTICO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCEL AUTRAN CESAR MACHADO1; TIAGO BASSÈRES2; FABIO FERRARI MAKDISSI1; RODRIGO CAÑADA SURJAN1. 1. FMUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL SIRIO LIBANES, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

OBJETIVO: As hepatectomias anatômicas geralmente requerem extensa dissecção hilar com controle da veia porta e da artéria hepática. A abordagem glissoniana é uma técnica útil para hepatectomias laparoscópicas. Apresentamos o vídeo de uma hemihepatectomia direita totalmente laparoscópica utilizando a abordagem glissoniana em paciente idoso e com cirrose hepática.MÉTODO: Paciente sexo masculino 82 anos com cirrose hepática e carcinoma hepatocelular volumoso em fígado direito foi encaminhado para tratamento cirúrgico. São utilizados quatro trocartes. Inicia-se com liberação do lobo direito, seguido de colecistectomia. O fígado é tracionado, expondo a placa hilar. São utilizadas duas incisões. Uma pequena incisão anterior é feita na frente ao hilo e outra junto à porção direita do caudado. Uma pinça é introduzida entre estas incisões e fechada. A descoloração isquêmica do fígado direito é obtida e marcada com cauterização. A pinça vascular é substituída por grampeador. Se a delineação isquêmica coincidir com a área previamente marcada, o grampeador é disparado. A transecção parenquimatosa é realizada com pinça bipolar. Todas estas etapas são executadas sem a manobra de Pringle e sem assistência manual.RESULTADOS: O tempo operatório foi de 3 horas. Houve sangramento mínimo sem necessidade de transfusões. Recuperação do paciente foi boa e ele recebeu alta no sexto dia pós-operatório. As margens cirúrgicas estavam livres.CONCLUSÕES: A técnica descrita, com o uso da abordagem glissoniana, pode facilitar a hepatectomia laparoscópica direita, reduzindo as dificuldades técnicas no controle pedículo e pode diminuir o sangramento durante a transecção hepática. A hepatectomia direita totalmente laparoscópica é segura e viável em pacientes selecionados e pode ser realizada mesmo em pacientes cirróticos.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1083

TÍTULO DO TRABALHO: HEPATECTOMIA DIREITA LAPAROSCÓPICA COM RECONSTRUÇÃO DE VEIA PORTA PARA TRATAMENTO DE CARCINOMA HEPATOCELULAR COM TROMBOSE TUMORAL DE VEIA PORTA EM PACIENTE CIRRÓTICO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RODRIGO CAÑADA SURJAN1; TIAGO BASSÈRES1; FABIO FERRARI MAKDISSI2; MARCEL AUTRAN CESAR MACHADO1. 1. DEPARTAMENTO DE CIRURGIA - FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - FMUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DIGESTIVA - FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

INTRODUÇÃO: A ressecção cirúrgica de um carcinoma hepatocelular em paciente cirrótico está associada com melhora do prognóstico do paciente, mas pode ser um procedimento complexo pelo risco de insuficiência hepática no período pós-operatório. O uso da laparoscopia tem sido amplamente adotado por apresentar menor mortalidade e menor risco de insuficiência hepática quando comparado à cirurgia aberta convencional. Entretanto, a abordagem laparoscópica de pacientes com carincoma hepatocelular com invasão tumoral de veia porta é raramente relatada pelas dificuldades técnicas inerentes ao procedimento.DESCRIÇÃO: O vídeo apresentta uma hepatectomia direita laparoscópica com trombectomia tumoral e reconstrução de veia porta para tratar um carcinoma hepatocelular volumoso do fígado direito com invasão tumoral de veia porta direita se extendendo ao tronco portal em um paciente cirrótico. O tempo cirúrgico foi de 500 minutos. Perda sanguínea estimada em 275 ml. O paciente apresentou ascite moderada que foi tratada com diuréticos por 1 mês. Recebeu alta no décimo pós-oepratório. Oito mese após a cirurgia foi submetido à tomografia computadorizada que demonstrou veia porta érvia e nenhum sinal de recidiva tumoral.CONCLUSÃO: Em paciente selecionados, a laparoscopia pode ser técnica eficaz no tratamento de tumores hepáticos primários mesmo em pacientes com cirrose e invasão tumoral de veia porta.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 721

TÍTULO DO TRABALHO: HEPATECTOMIA ESQUERDA LAPAROSCOPICA COM ACESSO GLISSONIANO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCEL AUTRAN CESAR MACHADO1; RODRIGO CAÑADA SURJAN1; TIAGO BASSÈRES2; FABIO FERRARI MAKDISSI1. 1. FMUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL SIRIO LIBANES, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

OBJETIVO: As hemihepatectomias anatômicas geralmente requerem extensa dissecção hilar com veia porta e controle da artéria hepática. A abordagem glissoniana é uma técnica útil para hemihepatectomias laparoscópicas. Apresentamos o vídeo de uma hemihepatectomia esquerda totalmente laparoscópica utilizando a abordagem glissoniana.MÉTODO: Uma mulher de 49 anos com metástases hepáticas colorretais metacrônicas é referida. São utilizados quatro trocartes. O lobo esquerdo é puxado para cima e o omento menor é dividido, expondo a placa hilar. São utilizadas duas incisões. Uma pequena incisão anterior é feita na frente do hilo e outra acima do ligamento de Arantius. Uma pinça é introduzida entre estas incisões e fechada. A descoloração isquêmica do fígado esquerdo é alcançada e marcada com cauterização. A pinça vascular é substituída por grampeador. Se a delineação isquêmica coincidir com a área previamente marcada, o grampeador é disparado. A transecção parenquimatosa é realizada com pinça bipolar. Todas estas etapas são executadas sem a manobra de Pringle e sem assistência manual.RESULTADOS: O tempo operatório foi de 2 horas. Houve sangramento mínimo sem necessidade de transfusões. Recuperação da paciente foi boa e ela recebeu alta no terceiro dia pós-operatório. As margens cirúrgicas estavam livres. Paciente está bem sem nenhum sinal de doença 24 meses após a operação.CONCLUSÕES: A hemihepatectomia esquerda totalmente laparoscópica é segura e viável em pacientes selecionados e deve ser considerada para pacientes com neoplasias hepáticas benignas ou malignas. A técnica descrita, com o uso da abordagem glissoniana, pode facilitar a hemihepatectomia laparoscópica esquerda, reduzindo as dificuldades técnicas no controle pedículo e pode diminuir o sangramento durante a transecção hepática.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1111

TÍTULO DO TRABALHO: Meso hepatectomia com hidrodissecção

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: PEDRO HENRIQUE DE FREITAS AMARAL1; CAROLINE PETERSEN DA COSTA FERREIRA2; MAURICIO ALVES RIBEIRO2; LUIZ ARNALDO SZUTAN2; ANDREA ZAIDAN DE ALMEIDA BARROS2; LUIZ FELIPE FERREIRA FERNANDES2; BRUNO DE LUCIA HERNANI2; FABIO GONÇALVES FERREIRA2. 1. SANTA CASA DE SÃO PAULO, SAO PAULO - SP - BRASIL; 2. SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

Introdução: A meso-hepatectomia é definida como a ressecção dos segmentos centrais do fígado (IV , V e VIII) com preservação dos segmentos laterais direitos e esquerdo. Suas indicações são reservadas a neoplasias primárias ou secundárias dos segmentos centrais do fígado. É um procedimento tecnicamente trabalhoso, entretanto alguns recursos como a hidrodissecção têm o tornado menos desafiador.Descrição do vídeo: O vídeo mostra os principais tempos e táticas cirúrgicas de uma ressecção central do figado em uma paciente de 75 anos com metástase de tumor de mama. A via de acesso foi uma incisao de Makushii. Controle in flow: pedículo glissoniano dos segmentos IV e V / VIII e Pringle tático. Controle out flow: reparo da veia média. Bilestasia: cateterização do ducto cístico e posterior injeção de ar. Transecção do parênquima com hidrodissecção. Conclusão: A meso-hepatectomia é uma ressecção complexa e a grande area cruenta pode gerar complicações intra operatórias como sangramento e complicações mais tardias como fístula biliar. A hidrodissecção é um recurso que reduz o dano celular e preserva estruturas nobres, facilitando o procedimento e diminuindo as complicações tardias.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2649

TÍTULO DO TRABALHO: Ressecação de Tumor de Hilo Hepático por Laparoscopia

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: TALITA DI SANTI1; VICTOR SUBYUNG LEE1; MARCELO CALLADO FANTAUZZI1; GABRIELA TOMAZ MARTINHO1; RAFAEL GUEDES DE TOLEDO BARROS1; ANDREAS JOHANN MOLNAR KOSZKA2; ANDRE IBRAHIM DAVID2. 1. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL SAMARITANO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

Introdução: Relata-se o caso de uma mulher de 38 anos com teratoma de hilo hepático. Ela se apresentou com sensação de empachamento e dor abdominal há 6 meses. Não havia outros eventos clinicamente significantes da paciente e seu histórico médico prévio era normal. Ela negava alergias, hábitos ou uso de medicamentos contínuos. USG mostrou cisto hepático, confirmado com tomografia convencional: cisto extenso em lobo esquerdo, registrado através das seguintes imagens.Após a realização dos exames, foi proposto o destelhamento do cisto por meio de laparoscopia.A paciente recebeu alta uma menos de semana após a cirurgia.Descrição: Ressecação de Tumor do hilo hepático por videolaparoscopia.Conclusão: Foi possível a ressecação total com segurança.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1906

TÍTULO DO TRABALHO: Sistematização do tratamento cirúrgico de volumoso cisto hepático

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: FÍGADO

AUTORES E INSTITUIÇÕES: IASMIN CAVA DE SÁ; ANDREA NEVES SOARES; HELENA MANFRINATO KASTANOPOULOS; RAFAEL MASSAO DA SILVA NAGATO; ANDREA POVEDANO; GUILHERME DE ANDRADE GAGHEGGI RAVANINI; HENRIQUE NEUBARTH PHILLIPS; PEDRO EDER PORTARI FILHO. UNIRIO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:

Introdução:Cistos hepáticos são frequentemente encontrados.Estima-se que cerca de 20% da população adulta brasileira tem esse tipo de lesão. A maioria são menores de 3 cm, facilmente identificadas a ultrassonografias e assintomáticos.Sintomas podem ocorrer em grandes cistos, e são geralmente relacionados a sangramento intra-cístico, o que modifica sua aparência morfológica.Nessa circunstância, diagnóstico diferencial com outros cistos, principalmente cistoadenoma e a doença hidática, pode ser difícil e cuidados especiais no pré e per-operatórios devem ser tomados.Descrição do vídeo:MFV, 65 anos, feminina, obesa, HAS, FA crônica, natural do Espírito Santo, onde realizava abate de suínos e aves. Paciente há 6 meses com queixa de astenia, náuseas e aumento da circunferência abdominal. Os exames de imagem apresentavamvolumosa lesão hepática à direita, predominantemente cística, com áreas sólidas e alguns pontos de calcificação parietais, medindo 24x15 cm. IgG não reagente para hidatidose(Imuniblot). Mesmo com a sorologia não reagente, diante da história clínica e imagem que sugeriam doença hidática e das consequências que a estratégia incorreta poderiam trazer para o paciente, como implantes hidáticos secundários e a reaçãoanafilática grave, foi optado pelo tratamento seguindo os princípios da doença hidática. Descrição da abordagem cirúrgica: Decúbito Dorsal com MSE abertoAnestesia geral com cateter peridurallncisão mediana com extensão lateral direitaProtegida a cavidade com compressas com peróxido de hidrogênio Aspirado conteúdo cuidadosamenteApós completa aspiração, instilado peróxido de hidrogênioReaspirado conteúdo após 6 minutosRessecção da cápsulaRevisão detalhada da hemostasia e lavagem de cavidadeFechamento da aponeurose em 2 planos com Prolene 0 e Vicryl 0Fechamento do subcutâneo com Vicryl 3.0Fechamento da pele com Nylon 4.0Curativo compressivo e enviado material para estudo histopatológico Conclusão:A abordagem de cistos volumosos deve ser cuidadosa, visando a proteção do paciente quanto a reações adversas como implantes hidáticossecundários ? no caso de um possível cisto hidaticocomo apresentado no presente trabalho- e reação anafilática grave. Sendo assim a abordagem cautelosa deve ser priorizada sempre que possível.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 592

TÍTULO DO TRABALHO: ADRENALECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA NO TRATAMENTO DE CARCINOMA DE SUPRARRENAL ESQUERDA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: FRANKLIN VIEIRA DE ALMEIDA; GUSTAVO SAMPAIO PEREIRA ROCHA; MAÍRA DA CRUZ GONÇALVES LEAL; RAFAEL RIBEIRO BARCELOS; THIAGO DE AGUIAR VALLADÃO; MARCO ANTONIO CORREA GUIMARAES FO. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:

Introdução: O câncer de adrenal é uma neoplasia rara cuja incidência é de 0,5 a 2 casos novos por milhão de pacientes, com pico de aparecimento na infância e entre a quarta e quinta décadas de vida, sendo mais comum no sexo feminino. Na maioria dos casos são esporádicos, porém podem estar associados a síndromes hereditárias. O acesso laparoscópico ainda é controverso no tratamento, mas a literatura já sugere vantagens no seu emprego em casos selecionados, principalmente naqueles com tumores menores que oito centímetros e limitados à suprarrenal. Descrição do video: F.D.F, 28 anos, sexo feminino, admitida no ambulatório de Clínica Médica do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) com relato de irregularidade menstrual, obesidade, hipertensão arterial, acne, hirsutismo, palpitações e hiperglicemia há cinco anos. Durante a investigação, foi realizada Tomografia Computadorizada de Abdome e Pelve, sendo visualizada massa em adrenal esquerda com índice de atenuação 40HU e washout demorado. Estudo complementado com Ressonância Magnética do Abdome evidenciou imagem em adrenal esquerda de 6,2cm no seu maior diâmetro sugestiva de "não-adenoma" de adrenal. Screening laboratorial evidenciou quadro de hipercortisolismo e negativo para hiperaldosteronismo e feocromocitoma. Optou-se por tratamento cirúrgico através de abordagem videolaparoscópica. Logo após o inventário da cavidade, iniciou-se a liberação da flexura esplênica do cólon utilizando pinça de energia, seguido de dissecção do polo inferior e acesso ao retroperitôneo. Foram então identificados a cauda pancreática e o pedículo renal esquerdo. Após identificação e isolamento de veia adrenal esquerda, procedeu-se à clipagem dupla e secção da mesma. Em seguida ramos arteriais da adrenal foram selados com a pinça de energia. Procedeu-se então à dissecção e mobilização da glândula. Após revisão da hemostasia, a peça foi retirada protegida por um ?bag?. Estudo histopatológico revelou tratar-se de Carcinoma de baixo grau, estadiamento patológico pT2. Paciente recebeu alta hospitalar com 7 dias de pós operatório e encaminhada para Oncologia e Endocrinologia para continuidade do tratamento. Conclusão: O acesso laparoscópico para ressecção do câncer de adrenal é factível, conforme demonstrado no vídeo, com as vantagens inerentes da cirurgia minimamente invasiva, podendo ser utilizado, portanto, em casos selecionados.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2913

TÍTULO DO TRABALHO: Complicações vasculares em videocirurgia avançada

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ALEXANDRE CHARTUNI PEREIRA TEIXEIRA1; ISADORA ÍSIS FERNANDES VIEIRA2; CAROLINA ERY HOSAKA DE VASCONCELOS1; ADRIANO PAMPLONA1; NALISSON ARAÚJO1. 1. HSL, BRASÍLIA - DF - BRASIL; 2. HOSPITAL REGIONAL DE SOBRADINHO, BRASÍLIA - DF - BRASIL.

RESUMO:

Introdução: Com a recente popularização da videocirurgia, técnicas e cirurgias complexas passaram a ser realizadas por esta via de acesso. Devido à necessidade de dissecção de estruturas vasculares, de realização de grandes linfadenectomias e abordagem de locais antes inacessíveis à videocirurgia, complicações hemorrágicas podem ocorrer no intra-operatório. Neste trabalho mostramos casos em que as complicações vasculares foram adequadamente tratadas sem necessidade de conversão a laparotomia.Descrição do vídeo: O vídeo apresenta 3 casos em que houve lesão de grandes vasos abdominais, com o tratamento sendo realizado por videolaparoscopia. No primeiro caso houve sangramento da veia porta durante uma duodenopancreatectomia por videolaparoscopia. O segundo caso mostra a lesão da veia hepática esquerda e veia cava inferior no momento da realização de hepatectomia esquerda por videolaparoscopia. O terceiro caso evidencia o sangramento da artéria hepática esquerda após a linfadenectomia em uma gastrectomia total por neoplasia gástrica. Todos os casos foram tratados com sutura intracorpórea, com sucessoConclusão: A videocirurgia avançada apresenta vantagens evidentes no pós-operatório de casos complexos. Porém, o cirurgião e a equipe devem estar preparados para o tratamento de potenciais complicações vasculares. Experiência com sutura laparoscópica e equipamentos adequados são fundamentais para o sucesso do tratamento.

CODIGO DO TRABALHO: 2525

TÍTULO DO TRABALHO: RESSECÇÃO LAPAROSCÓPICA DE LIPOMA RETROCECAL

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: MISCELÂNEA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: SILAS SOARES CAVALCANTE; ANA CARLA FRANCO UBINHA; JULIANA DE SOUZA; PAMELA SACALINA; ADRIELI HELOISA CAMPARDO PANSANI; CALED JAOUDAT KADRI; DECIO LUIZ SILVA MAZZINI; DANILO TOSHIO KANNO. UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL.

RESUMO:

Introdução: Os lipomas são os tumores de partes moles mais comuns na vida adulta, de crescimento lento, que formam massas lobuladas que podem ou não ser recobertos por uma fina cápsula fibrosa. São tumores mesequimais benignos que podem se desenvolver em praticamente todos os órgãos do corpo, sendo em sua maioria no tecido subcutâneo. No aspecto histopatológico, são constituídos basicamente de adipócitos maduros que variam consideravelmente em tamanho. Possuem uma consistência amolecida, de aspecto gelatinoso e de superfície lisa, móveis e frequentemente são assintomáticos. Dependendo de sua localização e da proximidade com outras estruturas, podem acarretar limitações funcionais devido ao tamanho e peso excessivo, levar ao linfedema, à dor ou a compressão de nervos e vísceras: o que ocorre, por exemplo, em casos de tumores na região do retroperitônio. Descrição do vídeo: Foi realizada ressecção laparoscópica do lipoma em região retroperitoneal à direita (retrocecal), com punção dos trocateres em região umbilical (11mm), em flanco esquerdo (5mm), em flanco direito (5mm) e em hipocôndrio esquerdo (5mm). Foi realizada a manobra de Catel, de deslocamento medial do cólon direito, com exposição do retroperitônio. Foi feita a abertura do retroperitônio e da goteira, com dissecção em monobloco do lipoma retroperitoneal/retrocecal, sem intercorrências. A retirada da peça foi feita por incisão mediana transumbilical de 8 cm. Conclusão: O sangramento intra-operatório menor, a melhor visualização das estruturas anatômicas, menos dor pós-operatória, deambulação precoce e descarga rápida fazem da laparoscopia uma boa escolha de modalidade cirúrgica.

CODIGO DO TRABALHO: 783

TÍTULO DO TRABALHO: HÉRNIA INGUINAL RECIDIVADA POR VIDEOLAPAROSCOPIA: REABORDAGEM PELA MESMA VIA (r-TAPP)

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MAURICE YOUSSEF FRANCISS; LEANDRO CARDOSO BARCHI; VICTOR POZZI LOVERSO; ALETHEA GENOVESI; MATEUS VANNI; LUAN ARAUJO FALCAO; BARBARA DE MOURA GUELERE; BRUNO ZILBERSTEIN. GASTROMED, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

Introdução: A correção cirúrgica das hérnias inguinais é uma das mais antigas intervenções. O critério da eficácia cirúrgica era avaliado em função das recidivas. A ocorrência da recidiva após correção cirúrgica da hérnia inguinal sem tela chegava a 15%. Com o uso de telas, as recidivas diminuíram significativamente e com a realização por videolaparoscopia oscilam em torno de 0-4%.A reabordagem por via laparoscópica é pouco utilizada. Este vídeo expoem os passos técnicos empregados no acesso videolaparoscópico da hérnia inguinal recidivada.Relato de Caso: Trata-se de paciente com hérnia inguinal recidivada, após tratamento cirúrgico por videolaparoscopia, abordado pela técnica transabdominal total, 15 meses após a primeira operação. Após liberação de aderências, foi aberto o peritonio parietal acima do defeito herniário sem remoção da tela anteriormente colocada. Observa-se dissecção delicada dos vasos epigástricos com ligadura da veia epigástrica. Em seguida traciona-se o saco herniado evidenciando-se o defeito ao nível do Triangulo de Hasselbach. Terminada a dissecção e colocada nova tela de proelene, tamanho 15 x 17 cm, para correção do defeito. Realizada fixação de tela com auxílio de adesivo tecidual de cianoacrilato e posterior fechamento de peritôneo com sutura contínua com fio V-LOC®. Conclusão: O reparo laparoscópico da hérnia recidivada é possível mesmo nos casos de recorrencia apôs procedimento videolaparoscópico.

CODIGO DO TRABALHO: 912

TÍTULO DO TRABALHO: HERNIOPLASTIA INGUINAL LAPAROSCÓPICA: USO DO CIANOACRILATO COMO FIXADOR DA TELA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EM SÃO LUÍS-MA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ROCLIDES CASTRO DE LIMA1; LUIS EDUARDO VERAS PINTO1; TALVANE DA SILVA GOMES NETO2; GIULIANO PEIXOTO CAMPELO1; MAYSA QUEIROZ MACIEL3; FRANCISCO DAS CHAGAS PIMENTA NETO2; ABDON JOSE MURAD JUNIOR4; MARCOS ROBERTO DIAS MACHADO JUNIOR4. 1. HOSPITAL SÃO DOMINGOS, SÃO LUÍS - MA - BRASIL; 2. UFMA, SÃO LUÍS - MA - BRASIL; 3. UNICEUMA, SÃO LUÍS - MA - BRASIL; 4. HOSPITAL SAO DOMINGOS, SAO LUIS - MA - BRASIL.

RESUMO:

Introdução: A cirurgia laparoscópica no tratamento da hérnia inguinal passou a ser rotina na última década. Os motivos são vários, sendo o principal deles a menor incidência de dor crônica referida na região por lesões nervosas. No entanto, mesmo que em menor escala, tal problema persiste na técnica laparoscópica, o que levou a criação de diversas técnicas de fixação da tela e materiais na tentativa de reduzir ainda mais tal risco. Nesse contexto, destaca-se o uso do composto adesivo de cianoacrilato para fixação das telas, que demonstra excelentes resultados e menor incidência de dor aguda e crônica referida, além de menor custo. Objetivo: demonstrar a técnica de fixação da tela na cirurgia laparoscópica para tratamento de hérnia inguinal utilizando o cianoacrilato em um hospital universitário. Método: foram realizadas 15 hernioplastias inguinais laparoscópicas pela técnica transabdominal pré-peritoneal (TAPP) no período de fevereiro de 2014 a dezembro de 2015 no Hospital da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA) em São Luís- MA. Um catéter de anestesia peridural número 16 foi utilizado como aplicador da cola e a mesma foi colocada em uma seringa de 1 ml e dispensada diretamente na tela posicionada conforme demonstrado no video. Resultados: A média de tempo cirúrgico foi de 110 minutos realizada pelos residentes do serviço. O tempo de internação médio foi de 1,3 dias com evolução sem dor aguda importante. Não houve recidiva até o momento. Conclusão: a fixação da tela na hernioplastia inguinal laparoscópica com o cianoacrilato foi segura e mostra-se como uma opção no tratamento dessa patologia, principalmente com fins de ensino e treinamento devido menores custos.KUKLETA JF, Freytag C, Weber M. Efficiency and safety of mesh fixation in laparoscopic inguinal hernia repair using n-butyl-cyanoacrylate: long-term biocompatibility in over 1, 300 mesh fixations. Hernia. 2012;16(2):153?162.MENSOR, Luciana et al. Análise de custo-efetividade do n-butil-cianoacrilato para fixação de telas em hernioplastias inguinais sob a perspectiva da saúde suplementar brasileira. JBES: Brazilian Journal of Health Economics/Jornal Brasileiro de Economia da Saúde, v. 8, n. 2, 2016.TEBALA, Giovanni D et al. Cyanoacrylate Glue versus Suture Fixation of Mesh in Inguinal Hernia Open Repair: A Randomized Controlled Clinical Trial. Gastroenterol Hepatol Open Access, v. 2, 2015.

CODIGO DO TRABALHO: 1104

TÍTULO DO TRABALHO: HERNIORRAFIA INGUINAL VIDEOLAPAROSCÓPICA À TTAP COM USO DE TELA PRO-GRIP

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: OCTAVIO LUIS ALVES DA SILVA; JOSÉ WALTER FEITOSA GOMES; PAULO MARCOS LOPES; ADRIANO VERAS OLIVEIRA; MOISÉS FRANCISCO DA CRUZ NETO; GUSTAVO GOMES MARTINS; WALTER BATISTA DE SANTANA NETO; CARLOS MAGNO QUEIROZ DA CUNHA. HOSPITAL E MATERNIDADE JOSÉ MARTINIANO DE ALENCAR, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:

Introdução: A primeira herniorrafia inguinal foi realizada em 1887 por Bassini e é atualmente o procedimento cirúrgico eletivo mais realizado em todo o mundo. Com a realização dessa correção por via videolaparoscópica em 1982 por Ger, surgiram diversas aparatos para facilitar tal técnica, entre elas o uso de telas que não necessitam de fixação, como a ProGrip. Esta possui uma face de micro-Grips, que atua como ?velcro? e outra face lisa feita de poliéster monofilamentar. Apresentamos aqui, relato de caso de um paciente de 43 anos que apresentava hérnia inguinal direita e foi submetido a hernioplastia inguinal direita por vídeo com aposição de tela ProGrip?. Sem intercorrências no peri e no pós operatório(PO), foi liberado no 1º PO e recebeu alta ambulatorial no 20º PO, sem dor e com cicatriz em boas condições.Descrição do Vídeo: A técnica utilizada foi a Transabdominal Peritoneal (TAPP) com 3 trocateres, sendo 1 de 10mm na cicatriz umbilical e outros 2 trocateres de 5 mm paralelos a linha paramediana. Com o paciente em Trendelemburgo e lateralização a esquerda em 15° se inicia a inspeção da região inguinal, identifica-se os vasos epigástricos inferiores, vasos espermáticos, ducto deferente, anel inguinal interno e a falha no triângulo de Hasselbach. O peritônio é incisado alguns centímetros acima da falha, a partir da região da espinha ilíaca ântero-superior até o ligamento umbilical. Então o plano avascular pré peritoneal é dissecado até exposição completa do ligamento inguinal, ligamento de Cooper, anel inguinal interno e vasos espermáticos. Nesse momento é realizada a identificado o saco herniário e realizada sua redução. A tela Pro-Grip de 11x7cm é introduzida pelo portal umbilical de 10mm e devido a sua propriedade de auto-aderente ela é aberta de medial para lateral, tendo os seus pontos de fixação no ligamento de Cooper e cobrindo o defeito herniário da região crural. Após revisão da hemostasia, é realizado o fechamento do peritônio com sutura contínua, utilizando caprofil 2-0. eguido da retirada dos trocateres sob visualização direta e síntese por planos.Conclusão: Com o uso da tela sem fixação é possível a diminuição do tempo cirúrgico, o que sabidamente diminui o risco de infecção, além de propiciar menor dano tecidual devido não utilizar ponto ou grampo laparoscópico, consequente menor trauma cirúrgico e risco de sangramento. Portanto, a combinação da videocirurgia com este aparato gera resultados satisfatórios, beneficiando o paciente.

CODIGO DO TRABALHO: 1278

TÍTULO DO TRABALHO: Tratamento da hérnia de spiegel por laparoscopia sem necessidade de material especial

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: OTTO MAURO DOS SANTOS-ROSA1; MURILLO DE LIMA FAVARO2; SILVIO GABOR2; LIGIA RIBEIRO2; TIAGO BEZERRA MACHADO2; AMANDA REZENDE2; MARSELLE RIBAS2; MARCELO AUGUSTO F. RIBEIRO JR.2. 1. UNISA-SP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. UNISA, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

Introdução: A Hérnia de Spigel, uma hernia ventral lateral, aparece na face lateral do Músculo Reto Abdominal, na linha semilunar, e pode ocorrer do 9º arco costal até a Púbis. Aparece entre 1 e 2% de todas as hernia ventrais. Acomete mais o lado esquerdo e é mais comum em mulheres após a quinta década de vida e em obesos. A principal queixa é dor e um pequeno abaulamento na lateral do músculo reto. Quando há encarceramento ou estrangulamneto podem aparecer sinais de obstrução intestinal ou abdomen agudo. O diagnóstico deve ser feito pelo EF e a suspeita clínica confirmada por ultrassom ou tomografia. O tratamento e´cirúrgico por via laparoscópica preferentemente. Descrição do Vídeo: C.T. S., feminino, 42 anos, IMC de 28 Kg/M2, atendida no PS com dor abdominal de forte intensidade em flanco esquerdo. Ao EF apresentava nodulação na linha semilunar direita, endurecida e não móvel. Realizada tomografia que mostrou tartar-se de Hérnia de Spiegel com conteúdo de gordura e sem alça intestinal. A nodulação foi reduzida por manobra digital e a paciente encaminhada para laparoscopia. Conduta: Realizada laparoscopia com colocação de tela de prolene em posição pré peritoneal e fechamento do flap de peritonio com uso de material corriqueiro de laparoscopia. Conclusão: A Hérnia de Spiegel, apesar de pouco comum, exige tratamento cirúrgico, que pode ser realizado por via aberta ou laparoscópica (TAPP ou TEP) com tela IPOM ou pré peritoneal e que não exige nenhum material especial para sua realização.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1721

TÍTULO DO TRABALHO: Tratamento da hérnia incisional por videolaparoscopia - ?IPOM PLUS?

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MAURICE YOUSSEF FRANCISS1; DANILO BUGALHO GALDIANO2; DEIVID GRINBERGAS MIZIARA2; LEANDRO CARDOSO BARCHI2; MAURICIO CORREIA MAUAD2; LUAN ARAUJO FALCAO2; BRUNO ZILBERSTEIN2. 1. GASTROMED, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. GASTROMED, SAO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

Introdução A hérnia incisional é afecção comum, que ocorre em cerca de 11% das laparotomias.1 Vários fatores estão envolvidos na sua formação, como: obesidade, idade avançada, desnutrição, múltiplas laparotomias e deficiência de colágeno. Em geral, surge nos primeiros cinco anos após a operação.2,3 Sua correção por técnica videolaparoscópica é minimamente invasiva, com menor trauma cirúrgico, menor tempo de cirurgia em centros referenciados e menor taxa de infecção da ferida operatória, com redução do tempo de internação.4 Uma das complicações mais temidas desta técnica é a lesão de alças intestinais, presente em até 3,5% dos casos, mais frequente que no reparo por via laparotômica.5 Com relação a taxa de recorrência da hérnia, não há diferença entre a via convencional e laparoscópica, de acordo com a literatura.6 A técnica de hernioplastia incisional - IPOM PLUS, consiste no fechamento do defeito herniário e fixação da tela ?separadora de tecido? intra-abdominal, com uso de grampeador ou com sutura transfascial ou intraperitonial. Neste estudo, descreve-se caso clínico de paciente com hérnia incisional mediana submetido à correção cirúrgica por esta técnica.Relato de casoPaciente do sexo masculino, 57 anos, submetido à cirurgia de sigmoidectomia por laparotomia mediana há 4 anos. Referia abaulamento e desconforto aos esforços na região da cicatriz operatória desde o 6o mês de pós operatório, sem outras comorbidades. Ao exame físico, apresentava defeito na aponeurose em toda extensão da cicatriz longitudinal mediana, com hérnia redutível e indolor a palpação. Foi optada a técnica IPOM PLUS para correção da hérnia. O vídeo demonstra os passos técnicos desta intervenção: após realização do pneumoperitônio e colocação de três trocarteres, realiza-se a lise de aderências liberando as alças de delgado da parede abdominal anterior. Após exposição do defeito herniário, é realizada sutura contínua da diástase dos músculos retos abdominais com fio barbado ?V-Loc 2-0®?, e fixada a tela ?separadora de tecido? Ventralight ST Echo PS® intraperitonial com grampos absorvíveis, cobrindo com sobreposição de 5 cm todo defeito herniário. Neste vídeo, pode-se acompanhar os passos técnicos desse procedimento.ConclusãoApós 6 meses da operação, o paciente encontra-se sem sinal de recidiva e com função da parede abdominal preservada. O reparo de hérnia incisional pela técnica IPOM PLUS é eficaz, seguro e factível dentre as modalidades de tratamento para esta condição.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2333

TÍTULO DO TRABALHO: Tratamento laparoscopico de hernia inguinal e de Spiegel ipsilateral

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: PAREDE ABDOMINAL

AUTORES E INSTITUIÇÕES: THIAGO AUGUSTUS BLASCO E SILVA; GUSTAVO MUNAYER ABRAS; GERALDO JOSE DE SOUZA LIMA; EDUARDO GODOY CASTRO; LIVIO JOSE SURETTI PIRES; EDSON GOMES SILVA; PRISCILA FREITAS MARÇAL; LEONARDO VILAS FREIRE GODOY. HOSPITAL MADRE TERESA, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

RESUMO:

Introdução:Paciente do sexo masculino, portador de hérnia inguinal recidivada (técnica prévia com tensão) e hérnia de Spiegel primária.Já submetido previamente a um by-pass femoro-femoral, fator dificultador em caso de uma possível correção por via convencional. Descrição do vídeo:Realizada herniorrafia pela técnica transabdominal pré-peritoneal (TAPP) com dissecção de ambas as hérnias e posicionamento de tela única.O tempo operatório foi de uma hora de quarenta e dois minutos, com dificuldade para a dissecção do espaço pré-peritoneal devido a fibrose local, mas sem intercorrências.O paciente recebeu alta hospitalar no primeiro dia de pós-operatório, apresentando até o momento evolução satisfatória em seu acompanhamento ambulatorial. Conclusão:A concomitância de uma hérnia de Spiegel associada à recidiva da hérnia inguinal e ao by-pass femoro-femoral fizeram com que a via de acesso laparoscópica fosse uma excelente opção para o tratamento do paciente em questão.Além de maior facilidade técnica para a equipe, o paciente se beneficiou de todas as vantagens relacionadas à cirurgia minimamente invasiva.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 3079

TÍTULO DO TRABALHO: Condutas em FAB transicao toracoabdominal e zona de ziedler

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BRUNA PEREZ VAZQUEZ; FELIPE ARAKAKI GUSHIKEN; PEDRO HENRIQUE DE FREITAS AMARAL; ALEXANDRE SHINITI SASSATANI; JOSE GUSTAVO PARREIRA; JOSE CESAR ASSEF; JACQUELINE ARANTES G. PERLINGEIRO; LUCA GIOVANNI ANTONIO PIVETTA. IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

IntroduçãoOs ferimentos penetrantes da transição toracoabdominal tem incidência de 9 a 47% de lesão diafragmática, sendo de difícil diagnóstico nos pacientes oligo ou assintomáticos, podendo ter uma apresentação tardia dos sintomas. Já os ferimentos penetrantes torácicos podem ser graves e fatais, com incidência de 30% de lesão cardíaca em vitimas de trauma penetrante em Zona de Ziedler.Descricao do videoO vídeo mostra uma janela subxifoidea, que apesar da saída de 300mL de secreção sero hemática turva do espaço pericárdico, não apresentava sangramento ativo. A seguir mostra uma videolaparoscopia, com aderências do grande omento sobre diafragma e estômago, aderência do lobo hepático esquerdo sobre diafragma, discreta quantidade de líquido livre com aspecto purulento. Lesão diafragmática a esquerda e 3 pontos de perfuração gástrica tamponados. Realizado endoscopia digestiva intraoperatória, que mostrou 3 lesões na parede anterior gástrica, sendo duas delas extra-mucosas, sem lesões na parede posterior e portanto sem transfixação do órgão, o que tornou seguro o tratamento definitivo das lesões apenas com a sutura. A seguir nota-se a sutura das lesões diafragmáticas e gástricas.ConclusãoOs ferimentos de transição toracoabdominal necessitam de alto índice de suspeita e busca ativa para diagnostico de lesões associadas. Lesões diversas podem passar desapercebidas no exame inicial. A videolaparoscopia é um método seguro tanto para diagnostico como terapuetica, podendo ser complementada com outros métodos diagnósticos para melhora condução dos casos.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1200

TÍTULO DO TRABALHO: ESTERNOTOMIA APÓS FERIMENTO POR ARMA BRANCA EM ZONA DE ZIEDLER

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: SILAS SOARES CAVALCANTE1; ANA CARLA FRANCO UBINHA1; PAMELA SACALINA1; MATEUS NOBILE SALEMME1; CIRO CARNEIRO MEDEIROS2; MÁRIO ISSA2; LEONARDO MORAES DE ALBUQUERQUE2; DANILO TOSHIO KANNO2. 1. UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO, BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL.

RESUMO:

IntroduçãoFerimentos penetrantes que acometem a face anterior do tórax, especialmente na zona de Ziedler, merecem atenção especial, já que aproximadamente 30% das lesões nessa região atingem o coração.Esse vídeo apresenta um caso de ferimento por arma branca em zona de Ziedler, tratado pelos departamentos de Cirurgia Geral e Cirurgia Cardíaca do Hospital Universitário São Francisco, em Bragança Paulista ? SP.Descrição do VídeoPaciente, 30 anos, encaminhado ao serviço de referência após tentativa de suicídio. Refere ter introduzido a faca e caído sobre ela com o peso do próprio corpo. Apresentava-se com vias aéreas pérvias, saturando 100% em ar ambiente; murmúrio vesicular presente bilateralmente, sem ruídos, frequência respiratória de 26 e dreno de tórax à esquerda. Apresentava-se hemodinamicamente estável, frequência cardíaca de 92; Glasgow 15, porém confuso. Identificado orifício paraesternal esquerdo, de aproximadamente 2cm, sem sinais de sangramento ativo. Tomografia revelou arma branca, com metade anterior na projeção pericárdica e metade posterior alojada no parênquima pulmonar, à 0,3 cm da aorta descendente.Na abordagem cirúrgica, foi optado por toracotomia mediana transternal, com pericardiotomia a seguir. Foi identificada a arma branca na porção inferior do pericárdio, com hematoma na região anterior do ventrículo direito e discreta contusão pulmonar. Não houve complicações na retirada do objeto. Sem lesões de esôfago, traquéia ou grandes vasos.Paciente evoluiu bem, tendo alta hospitalar no 8º dia pós-operatório, sem intercorrências.ConclusãoPacientes com ferimentos penetrantes em região torácica devem ter seu diagnóstico e tratamento extremamente individualizados. No caso apresentado, a circunstância do ferimento, com a faca inteiramente dentro do tórax, sugeria a necessidade imediata de intervenção cirúrgica. Porém, o uso de métodos de imagem, são interessantes para excluir possíveis lesões adicionais.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2817

TÍTULO DO TRABALHO: Hérnia Diafragmática Aguda pós-Traumática: correção por videolaparoscopia

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: ANDRE BRANDALISE1; BRUNO LOMBARDI FARIAS2; CLAUDIA LORENZETTI3; NILTON CESAR ARANHA1; NELSON ARY BRANDALISE1. 1. CENTRO MÉDICO DE CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL CENTRO MÉDICO DE CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL; 3. CENTRO MEDICO DE CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL.

RESUMO:

A hérnia diafragmática traumática é uma entidade rara, de alta mortalidade, provocada em decorrência de trauma fechado no abdome ou de penetração tóraco-abdominal. A incidência varia entre 0,8% a 42% a depender do local do trauma. Grande parte dos pacientes são assintomáticos inicialmente, apresentando como primeiro sinal de descompensação o comprometimento respiratório.A correção desses defeitos pode ser feita por laparotomia, toracotomia ou ainda, mais recentemente, por acesso minimamente invasivo.O vídeo apresenta correção videolaparoscópica de hérnia diafragmática traumática aguda, em paciente de 19 anos após acidente automobilístico.Após estabilização hemodinâmica foi diagnosticada volumosa migração de estômago , cólon e epiplon para hemitórax direito. Como o paciente permanecia estável, foi optada correção por videolaparoscopia.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1139

TÍTULO DO TRABALHO: Relato de Caso: Perfuração diafragmática e gástrica por segmento fraturado de costela em trauma contuso tratado por laparoscopia

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: TRAUMA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: GABRIEL SCHNITMAN; ADILSON COSTA RODRIGUES JR; LEONARDO BRANCO AIDAR; HELBER VIDAL GADELHA LIMA; MASAHIKO AKAMINE; SERGIO HENRIQUE BASTOS DAMOUS; EDIVALDO MASSAZO UTIYAMA. HC-FMUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

INTRODUÇÃO: Fratura de costela pode causar lesões torácicas e abdominais. Está associada a lesões de órgãos sólidos abdominais, porém é pouco relacionada com lesão de víscera oca. Perfuração gástrica é muito rara e há somente um relato de caso na língua Inglesa e outros dois casos em literatura Japonesa. Lesão traumática de diafragma é menos rara e sua morbimortalidade é determinada principalmente pelas lesões associadas. Pode representar uma ameaça imediata a vida quando há herniação aguda de órgãos abdominais para o tórax. Pode passar despercebida no exame inicial e requer alto índice de suspeição. Relatamos o caso de um paciente de 47 anos vítima de atropelamento. Após atendimento inicial com drenagem de tórax a esquerda, detectadas múltiplas fraturas de costelas a esquerda, associadas a contusão pulmonar. Durante evolução nos dois primeiros dias, paciente apresentou piora clínica, sepse e saída de conteúdo claro pelo dreno torácico. Devido a suspeita de lesão esofágica, realizado exame contrastado que não revelou extravasamento de contraste e mostrou pneumoperitôneo. Com hipótese de lesão esofágica distal ou gástrica, paciente foi submetido a laparoscopia.DESCRIÇÃO DO VÍDEO: Realizada laparoscopia diagnóstica, com achado de perfuração de 1cm em fundo gástrico com saída de contraste e líquido entérico, além de laceração de 2cm em diafragma esquerdo, próximo a localização da perfuração gástrica e múltiplas fraturas de arcos costais. Realizada sutura de lesão gástrica por laparoscopia, seguido de toracoscopia com lavagem da cavidade pleural e drenagem torácica a esquerda. Realizada sutura de lesão diafragmática por laparoscopia e drenagem da cavidade abdominal por contaminação importante.CONCLUSÃO: Complicações comuns de fraturas de costelas são pneumotórax e enfisema subcutâneo. Podem levar a lesão de diafragma, baço e fígado. Na lesão de diafragma, diagnóstico precoce pode prevenir complicações graves e tomografia é o melhor método diagnóstico. Muito raramente, fraturas de costelas podem ser causa de lesão oculta de víscera oca. Perfuração gástrica por costela fraturada é um evento pouco descrito em literatura. Um alto índice de suspeição é necessário já que exames clínicos e radiológicos podem ser pouco elucidativos. Não há nenhum relato na literatura de tratamento deste tipo de lesão por laparoscopia. Novos estudos são necessários para melhor definição da investigação diagnóstica e conduta na suspeita de lesão de víscera oca por fratura de costela.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 595

TÍTULO DO TRABALHO: INDICAÇÕES E RELEVÂNCIA DA ABORDAGEM LAPAROSCÓPICA DO AGUDO GINECOLÓGICO

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LUNNA OLIVEIRA SANTOS1; MATHEUS DE SOUZA NOGUEIRA1; GABRIELA OLIVEIRA PEIXOTO1; RAFAEL SILVA SANTOS1; FILIPE MIGUEL BRITO FERNANDES DA SILVA2; HELDA CRYSTIANE CIRILO TELES1; NAIANA MOTA ARAÚJO1; SONIA OLIVEIRA LIMA1. 1. UNIVERSIDADE TIRADENTES, ARACAJU - SE - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE, ARACAJU - SE - BRASIL.

RESUMO:

Introdução: A videolaparoscopia tem avançado nos últimos anos, possibilitando uma série de procedimentos, antes jamais imaginados, por essa via. Com esse avanço, novas patologias ginecológicas puderam ser diagnosticadas e tratadas. Contudo, os cirurgiões precisaram se adaptar e aperfeiçoar essas incipientes técnicas.Descrição do vídeo: Editou-se um vídeo contendo imagens de cinco casos de abordagem laparoscópica diagnóstica e terapêutica de abdome ginecológico, sendo que quatro destes tratavam-se de abdome agudo hemorrágico, estando todas as pacientes hemodinamicamente estáveis. Os casos foram decorrente das seguintes patologias: Tumor de ovário, Ruptura de cisto hemático ovariano, Prenhez ectópica rota, Tumor de ovário torcido com teratoma e Abscesso tubo-ovariano por torção tubária, e Cisto tubário bilateral. No tumor sólido de ovário utilizou-se o ?endoloop? em substituição à clipagem para ligadura do tumor, conseguinte a sua retirada. Na Ruptura de cisto de ovário hemático, após aspiração e lavagem do conteúdo sanguinolento, realizou-se como conduta terapêutica a exérese do cisto e uma ooforoplastia. Na Prenhez ectópica rota, efetuou-se a exérese e hemostasia da tuba comprometida com bisturi intracision, em virtude de a paciente já obter prole completa. No Tumor de ovário torcido (teratoma) e abscesso tubo-ovariano por torção tubária, foram desfeitas as torções e retirado o teratoma da tuba comprometida.Conclusão: A via laparoscópica permitiu uma adequada visualização da cavidade abdominal em sua totalidade e identificação das estruturas e anexos pélvicos, assim como aspiração dos conteúdos hemáticos e grandes coágulos, adequada hemostasia, e resolução terapêutica em casos como hemoperitônio. A videolaparoscopia também foi eficaz nos diagnósticos etiológicos e no tratamento definitivo do abdome ginecológico.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 934

TÍTULO DO TRABALHO: Nefrectomia Radical Esquerda Robô Assistida

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: UROLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MAYARA SANAE FUJIMOTO; ROSANA SIQUEIRA BROWN; EVELIN DA COSTA MAGALHÃES; MARINA FERNANDES PEDRO; HENRIQUE DONIZETTI B. FLORINDO; THIAGO MIRANDA CARDOSO PANTALEÃO; IRINEU RUBINSTEIN; MAURICIO GONÇALVES RUBINSTEIN. UNIRIO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:

INTRODUÇÃO: O carcinoma de células renais é responsável por 80 a 85% dos casos de neoplasias renais primárias. A única possibilidade de cura efetiva e alta taxa de sobrevivência envolvem intervenções cirúrgicas. Nos anos 90, a abordagem minimamente invasiva para nefrectomia radical foi desenvolvida e subsequentemente, a laparoscopia tornou-se um procedimento adotado mundialmente. No entanto, hoje enfrenta desafios técnicos relacionados às dissecções de tumores e suturas intracorpóreas. Nesse contexto, a cirurgia robótica está crescendo e suas indicações se expandindo, à medida que, a experiência cirúrgica cresce. Casos complexos e de maior morbidade abordados dessa forma vêm sendo reportados na literatura recente. Com técnicas avançadas, excelente visualização e articulação precisa dos instrumentos, a cirurgia robótica é capaz de reduzir os desafios técnicos e proporcionar vantagens como: menor perda sanguínea, tempo de cirurgia e internação hospitalar, necessidade de mais anestesia e rápida recuperação.DESCRIÇÃO DO VÍDEO: A técnica robô assistida na exérese de carcinoma de células renais esquerda de 5.5 cm, ocorreu em paciente de 63 anos, feminino, que procurou atendimento médico devido à lombalgia esquerda. USG de abdome total demonstrou massa renal esquerda. Após investigação com exame de tomografia computadorizada contrastada, evidenciou-se tumor renal esquerdo de 5,5 cm, hipercaptante de contraste. A paciente foi submetida a tratamento através de acesso transperitonial. Após entrada na cavidade peritonial, realizada com punção fechada, o cólon esquerdo foi rebatido medialmente. O pedículo renal foi dissecado e individualizado. Os vasos do pedículo renal foram clipados Hem-o-lock e seccionados. A artéria renal é a primeira a ser clipada. O tempo operatório foi de 100 minutos e a perda sanguínea foi de 50 mL. Não houve complicação cirúrgica e o tempo de hospitalização foi de um dia.CONCLUSÃO: O procedimento robô assistido foi realizado com sucesso. As cirurgias minimamente invasivas podem ser realizadas com maior facilidade pelo cirurgião quando há um acesso laparoscópico e visualização 3D. As vantagens da cirurgia robótica quando comparada a cirurgia laparoscópica estão associadas, principalmente, aos indicadores peri-operatórios. Destacam-se: diminuição de perda sanguínea e da necessidade de transfusões; redução de dor, menor taxa de complicações pós-operatórias e aceleração da recuperação e do retorno às atividades normais.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1105

TÍTULO DO TRABALHO: RESSECÇÃO DE ENDOMETRIOSE URETERAL COM REIMPLANTE URETERO-VESICAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: UROLOGIA

AUTORES E INSTITUIÇÕES: OCTAVIO LUIS ALVES DA SILVA; JOSÉ WALTER FEITOSA GOMES; FRANCISCO NOGUEIRA CHAVES; LUCAS RIBEIRO NOGUEIRA; JOSÉ FELIPE SANTIAGO JÚNIOR; THIAGO COSTA MAIA; MOISÉS FRANCISCO DA CRUZ NETO; RAPHAEL FRANCO BEZERRA. HOSPITAL E MATERNIDADE JOSÉ MARTINIANO DE ALENCAR, FORTALEZA - CE - BRASIL.

RESUMO:

Introdução: A endometriose é definida pela presença de tecido endometrial fora da cavidade uterina, e sua fisiopatologia ainda não foi totalmente definida, existem inúmeras teorias. A sintomatologia varia de acordo com a localização das lesões e o que mais motiva a procura de ajuda por parte das pacientes é a dor cíclica e a infertilidade. A endometriose pode acometer uma grande variedade de órgãos pélvicos e extrapélvicos. O acometimento do trato urinário é mais comum na bexiga, sendo os ureteres mais raramente acometidos. Apresentamos caso de uma paciente de 43 anos, G1P1A0, com queixa de dor em cólica de forte intensidade que irradiava para o ânus, associada a distensão abdominal, polaciúria, noctúria, disúria e dispareunia, há 2 anos, intensificada em seu período menstrual. Ao exame, o útero encontrava-se sem mobilidade da esquerda para a direita, espessamento do fundo do saco à esquerda com pontos gatilho. A Ultrassonografia revelou nódulo a esquerda no paramétrio e retrocervical, hidronefrose grau III e endometriose profunda com comprometimento de ureter esquerdo. Optou-se por histerectomia com anexectomia bilateral, peritonectomia e ressecção segmentar de ureter esquerdo com reimplante uretero-vesical. Após a cirurgia, o histopatológico revelou adenomiose no corpo uterino, cervicite crônica no colo uterino, endometriose de ureter e ovários com cistos folicular e hemorrágico. Descrição do Vídeo: Após confecção do pneumoperitônio, é realizada a inspeção de toda a cavidade cavidade por vídeolaparoscopia. Na pelve foi encontrada ovários e útero aumentados de volume, de contornos irregulares. Foi localizado também o ureter esquerdo dilatado e região de aderência com lesão endometriótica e estruturas adjacentes. Iniciou-se a dissecção do útero e anexos, sendo realizada histerectomia e anexectomia com extração vaginal e em seguida sutura da cúpula vaginal. O ureter esquerdo foi então isolado com preservação do tecido conjuntivo adjacente para preservar a vascularização e inervação do órgão. Realizada ressecção da porção distal do ureter e procedido reimplante ureteral na bexiga urinária com pontos separados.Conclusão: Pode-se inferir que a abordagem videolaparoscópica é efetiva na ressecção por completo de focos endometrióticos, mesmo que em sítios não habituais como no estudo em questão, evitando recidivas e garantindo um bom prognóstico para o paciente, além de propiciar menor morbidade e melhor pós-operatório comparado a abordagem laparotômica.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2407

TÍTULO DO TRABALHO: Adenocarcinoma de pâncreas concomitante a tumor neuroendócrino de duodeno - um achado de gastroduodenopancreatectomia robótica

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCOS BELOTTO DE OLIVEIRA1; KAREN FALCÃO BRITTO2; DAMILA DE CASSIA FANTOZZI GIORGETTI2; FABIO RODRIGUES THULER2; FABIO ARNONI GOMÇALVES PINTO2. 1. HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

Os carcinomas de pâncreas perfazem a decima neoplasia mais incidente e a 4º causa de morte por câncer nos Estados Unidos e a segunda neoplasia mais frequente do trato gastrointestinal. Em 2005, neste pais havia estimativas de 31.800 óbitos. Já no Brasil, dados mais recentes do INCA, o carcinoma pancreático corresponde a 2% das neoplasias e 4% dos óbitos.A neoplasia neuroendócrina bem diferenciada em duodeno é a apresentação mais infrequente de todas as apresentações dos tumores neuroendócrinos do trato gastrintestinal. Apenas 3% das lesões são encontradas no duodeno, preferencialmente na primeira porção, com 58% dos casos, a segunda é sede de 33%, terceira de 5 % e a quarta porção com apenas 4%.Paciente J.C.S.J, 59 anos, masculino, casado, natural e procedente de São Paulo, militar aposentado. Paciente assintomático, durante exame de rotina, médico oftalmologista suspeitou de icterícia. Foi encaminhado então ao serviço de oncologia do Hospital Alemão Oswaldo Cruz onde no momento apresentava-se com quadro de icterícia obstrutiva há 15 dias. Tomografia computadorizada de abdome com importante dilatação de vias biliares intra e extra-hepática e presença de lesão de 3,0 cm com hiperealce ao contraste em cabeça pancreática, com linfonodos aumentados em região retroportal. Após estadiamento oncológico, identificada neoplasia em cabeça pancreática ressecável sendo indicada gastroduodenopancreatectomia robótica. Procedimento sem intercorrências. Necessitou nova abordagem no 8ºPO para drenagem de cavidade por sangramento e recebeu alta no 20ºPO com fístula pancreática tipo A. Já em retorno ambulatorial, assintomático, anictérico, sem evidencias de complicações pós operatórias. Anatomopatológico: ADENOCARCINOMA DUCTAL MODERADAMENTE DIFERENCIADO da cabeça do pâncreas e TUMOR NEUROENDÓCRINO BEM DIFERENCIADO em duodeno.Abordagens minimamente invasivas para gastrodruodenopancreatectomia mostram grande promessa como uma estratégia para melhorar os resultados a curto prazo. Este relato de caso trata-se de paciente submetido a gastroduodenopancreatectomia robótica após diagnostico de neoplasia periampular, com anatomopatológico de adenocarcinoma ductal de pâncreas, concomitante a lesão pancreática apresentava 3 focos de sugestivos de neoplasia neuroendócrina bem diferenciada em duodeno.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1464

TÍTULO DO TRABALHO: Cisto dérmoide retrogástrico videolaparoscópico

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MURILLO DE LIMA FAVARO1; OTTO MAURO DOS SANTOS-ROSA2; SILVIO GABOR1; LIGIA RIBEIRO1; JULIO BETIOL1; YASMIN GARCIA BATISTA1; MARSELLE RIBAS1; MARCELO AUGUSTO F. RIBEIRO JR.1. 1. UNISA, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. UNISA-SP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

IntroduçãoOs sintomas são inespecíficos como dor abdominal, náuseas, vômitos, inapetência, perda ponderal. Normalmente são achados acidentais de exames.Os cistos dermóide, embora raros, fazem partes do diagnóstico diferencial das neoplasias císticas do pâncreas.Os exames de imagem sugerem o diagnostico, entretanto não existem sinais patognomômincos de cisto dermóide. Ao US e descrito como uma massa hiperecogênica de margens definidas. Na TC lesões redondas, delineadas, hipodensas. Calcificações internas e periféricas também podem estar presentes.O tratamento é cirúrgico, principalmente por não ser possível o diagnostico pré-operatório. Não existe tratamento clinico descrito na literatura. O tratamento consiste na ressecção cirúrgica, entretanto não é consensual. Os tratamentos vão desde drenagem externa, cistectomia, pancreatectomia distal, cistogastrectomia, e enucleação laparoscópica em um paciente.Descrição do VídeoF. M. M. G., 34 anos, sexo feminino, atendida em consultório após encaminhamento direcionado após ida a pronto-socorro com dor recorrente em hipogastro em pontada de moderada para forte intensidade, refere náuseas, nega febre ou outras alterações, refere sintomas semelhantes antes de operar de endometrioseAntecedentes Pessoais: Nega HAS/DM/etilismo/tabagismoCirurgia de endometriose há 5 anos e retossigmoidectomia por adenocarcinoma in situ em cólon sigmoide1G1PcAo exame: Bom estado geral, corada, hidratada, afebril, normocárdica, eupneica e anictérica.Abdome semigloboso, flácido, doloroso em hipogastro a palpação profunda, descompressão brusca negativa, ruídos hidroaéreos presentes.Realizada tomografia computadorizada: cistos hepáticos, cisto adjacente ao jejuno proximal retro gástrico, (possibilidade de duplicação entérica), adenomiose, cisto com componente hemático em ovário direito (possibilidade de cisto endométrio), espessamento dos espaços paracervicais (endometriose)Eco-endoscopia: lesão de 3,9 cm retrogástricaConduta: videolaparoscopia diagnostica, tratamento da endometriose profunda e ooforectomia direitaAchados: cisto retrogástrico aderido ao estômago e pâncreas, mas sem comunicação com esses órgãos, com 4 cm de diâmetro, parede regular e sem sinais de degeneração.Anatomopatológico: cisto dermoidePaciente recebeu alta após 24h do procedimento cirúrgico sem queixas e acompanha há 1 anos sem retorno do quadro de dorConclusãoO tratamento videolaparoscopico é uma das melhores abordagens para as lesões benignas da região retogástrica.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2193

TÍTULO DO TRABALHO: Colecistectomia robótica com portal único - passo a passo

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: SERGIO ROLL1; BRUNO DE LUCIA HERNANI1; PAULO HENRIQUE FOGAÇA DE BARROS1; IRON PIRES DE ABREU NETO1; PEDRO HENRIQUE DE FREITAS AMARAL2; NELSON DE SOUZA LIBONI1; ANA OLGA NAGANO GOMES FERNANDES1; CARLO CAMARGO PASSEROTTI1. 1. HOSPITAL ALEMAO OSWALDO CRUZ, SAO PAULO - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ, SAO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

Objetivo: Este vídeo se destina a mostrar todos os passos da colecistectomia robótica com portal único. Método: Edição de vídeo em alta definição de Colecistectomia robótica com portal único realizada pelo grupo..Resultados: O tempo cirúrgico total foi de 60 minutos, sendo o tempo de docking 15 minutos, cirurgia (final do docking até retirada da vesícula) de 30 minutos e fechamento da parede de 15 minutos. Não houve complicações menores, incluindo perfuração da vesícula, sangramentos e lesão hepática.A paciente não apresentou dor significativa e referiu alto grau de satisfação.Conclusões: A colecistectomia com portal único robótica é factível e seguro, com alto grau de satisfação por parte dos pcientes. A técnica vem a somar no armamentário cirúrgico já disponível para o tratamento das patologias da vesícula biliar.Bibliografia: Pietrabissa A, Pugliese L, Vinci A, Peri A, Tinozzi FP, Cavazzi E, Pellegrino E, Klersy C. Short-term outcomes of single-site robotic cholecystectomy versus four-port laparoscopic cholecystectomy: a prospective, randomized, double-blind trial. Surg Endosc. 2016 Jul;30(7):3089-97Zehetner J, Pelipad D, Darehzereshki A, Mason RJ, Lipham JC, Katkhouda N. Single-access Laparoscopic Cholecystectomy Versus Classic Laparoscopic Cholecystectomy: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trial. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech 2013;23:235?243

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1398

TÍTULO DO TRABALHO: Colecistectomia subtotal - opção técnica para colecistectomia difícil

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MURILLO DE LIMA FAVARO1; OTTO MAURO DOS SANTOS-ROSA2; SILVIO GABOR1; CHRISTIAN SPINA1; NAYARA MARJA GIL1; AMANDA REZENDE1; TIAGO BEZERRA MACHADO1; MARCELO AUGUSTO F. RIBEIRO JR.1. 1. UNISA, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. UNISA-SP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

IntroduçãoA colecistectomia subtotal foi relatada pela primeira vez em 1955 por madding como uma substituta da colecistectomia total e um procedimento de resgate em casos de colecistectomia total difícil. Neste casos, as complicações seriam maiores devido as aderências, fibroses e inflamações (principalmente no trígono de calot). Sua técnica envolvia incisão da vesícula biliar no fundo até 1 cm do ducto cístico, com excisão da parede vesicular redundante.Trata-se de uma cirurgia com diversos tipos de técnicas cirúrgicas. Em um estudo conduzido em 2016 por Strasberg et al, são descritos 2 métodos. Um é o método reconstrutivo, em que a porção inferior da vesícula é fechada, com redução da presença de fistula mas com risco de novo desenvolvimento de colelitíase. O método fenestrante não possui oclusão, mas sim a sutura do ducto cístico internamente, havendo maior risco de fístula, mas com menor quantidade de colelitíase aparentemente.Descrição do VídeoNOME: V.L.D.N., IDADE: 61 anos. PROCEDENTE: SÃO PAULO, S.PPERÍODO DE INTERNAÇÃO: 17-23/06/2016DATA DA CIRURGIA:20/06/2016HPMA: DOR INTENSA NO ABDOMEN SEM IRRADIAÇÃO AP: ALERGIA A MORFINA / IAM HÁ 1 ANO SEM CATE/ EUD INSULINA, CAPTOPRIL E AAS EF ENTRADA: PA=201X83 mmHg FC=90 BPM SAT=100% T=36ºC Dx: 259 MV + BILAT SEM RA, TAQUIPNEICA ACV: RCR 2T, BNF S/S ABD: MURPHY +, GIORDANO -, DB - IMAGENS:17/06 TC ABDOMEN E PELVE: HÉRNIA DE HIATO ESOFÁGICO / FÍGADO NORMAL/ VVBB NORMAIS/ VB PAREDES ESPESSADAS + BORRAMENTO GORDURA ADJACENTE/ PANCREAS NORMAL17/06/2016 USG ABD: FÍGADO NORMAL/VB PAREDES ESPESSADAS E DELAMINADAS COM CÁLCULOS/ VVBB E PÂNCREAS NORMAISOptado tratamento clínico pela equipe do pronto-socorro devido comorbidade associadasPaciente no 3 dia do tratamento clínico apresentou piora clínica e laboratórialRealizada colecistectomia subtotal após identificação de duodeno aderido firmemente em infundibulo vesicular.ConclusãoA colecistectomia subtotal é uma opção técnica efetiva para casos mais complicados.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 609

TÍTULO DO TRABALHO: COLECISTITE CALCULOSA POR LAPAROSCOPIA EM SITUS INVERSUS TOTALIS

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LUNNA OLIVEIRA SANTOS1; MATHEUS DE SOUZA NOGUEIRA1; GABRIELA OLIVEIRA PEIXOTO1; NAIANA MOTA ARAÚJO1; HELDA CRYSTIANE CIRILO TELES1; ISABELLA PAIVA PALMEIRA1; JÉSSICA SARAH SILVA DOS SANTOS2; SONIA OLIVEIRA LIMA1. 1. UNIVERSIDADE TIRADENTES, ARACAJU - SE - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE, ARACAJU - SE - BRASIL.

RESUMO:

Introdução: O Situs Inversus é uma desordem genética que se caracteriza pela transposição dos órgãos abdominais em sentido sagital, fornecendo uma imagem chamada de espelho. Sua etiologia ainda não é clara, mas acredita-se que se deve a uma predisposição genética devido a um gene autonômico recessivo de penetrancia incompleta. A presença de litíase vesicular sintomática em um paciente com Situs Inversus acarreta não só a dúvidas diagnósticas, mas também constitui um desafio terapêutico.Descrição do vídeo: Mulher. 42 anos, G1P1, consultou o serviço por apresentar episódios de dor abdominal em cólica, localizada em epigástrio e hipocôndrio esquerdo. Foi solicitada USG abdominal que revelou presença de fígado e vesícula biliar no quadrante superior esquerdo, sendo diagnosticado a colecistite calculosa em situs inversus abdominal. Foi realizada a radiografia simples de tórax em AP e perfil, confirmando o diagnóstico de situs inversus totalis. Na história familiar foi constatado que seus 2 únicos irmãos também apresentavam situs inversos totalis. Seis semanas depois realizou-se a colecistectomia videolaparoscópica com colangiografia, com alta hospitalar em 24 horas sem intercorrências. Sob anestesia geral e em posição francesa, em declive e lateralizado para direita com o cirurgião entre as pernas do paciente. Foi realizado pneumoperitônio através do trocater transumbilical de 10mm. Fez-se o inventário da cavidade confirmando situs inversus abdominal. A vesícula e o apêndice se encontravam em espelho em relação a posição habitual. Sob visão direta foi introduzido um trocater de 5mm no epigástro, um de 10mm no flanco direito e outro de 5mm em fossa ilíaca esquerda na linha hemiclavicular. Foi realizada a apreensão do fundo vesicular e em seguida a dissecção do triângulo de Calot, sendo identificados os seus elementos. O ducto cístico e artéria císticas foram isolados. Clipou-se a porção superior do ducto cístico, por pequena abertura introduziu-se um cateter para realização de colangiografia (sem anormalidades). Artéria cística e ducto cístico foram clipados e seccicionados. Foi liberada a vesícula do leito hepático, revisão da hemostasia e retirada da mesma pelo trocater umbilical. O tempo operatório foi cerca de uma hora e não houve intercorrências.Conclusão: Em pacientes com situs inversus totalis, é factível a realização da colecistectomia com colangiografia por via videolaparoscópica com segurança e sem maiores dificuldades técnicas.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 717

TÍTULO DO TRABALHO: DUODENOPANCREATECTOMIA LAPAROSCÓPICA COM RECONSTRUÇÃO EM Y DE ROUX COM DRENAGEM PANCREÁTICA ISOLADA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCEL AUTRAN CESAR MACHADO1; RODRIGO CAÑADA SURJAN1; TIAGO BASSÈRES2; FABIO FERRARI MAKDISSI1. 1. FMUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL SIRIO LIBANES, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

OBJETIVO: Apresentar um vídeo de duodenopancreatectomia com preservação do piloro por laparoscopia. A técnica empregada para reconstrução do trato digestivo é Y de Roux com drenagem pancreática isolada. São realizadas duas alças jejunais diferentes, uma para pancreatojejunostomia e outra para hepaticojejunostomia. Esta estratégia é usada para evitar a ativação do suco pancreático pela secreção biliar e reduzir a gravidade da fístula pancreática.MÉTODO: Mulher de 60 anos portadora de adenocarcinoma de cabeça de pâncreas com 3cm. Tomografia mostra artéria hepática direita ramo da mesentérica superior. São utilizados cinco trocartes. Após a ressecção da cabeça do pâncreas, é realizada pancreaticojejunostomia ducto-mucosa. Alça jejunal é seccionada com grampeador e Y de Roux é confeccionado para hepaticojejunostomia. Finalmente, a duodenojejunostomia é realizada de forma antecólica.RESULTADOS: O tempo operatório foi de 8 horas. Houve sangramento mínimo sem necessidade de transfusões. Paciente nçao apresentou complicações erecebeu alta no 5º dia pós-operatório. Os drenos foram removidos e ela não apresentou fístula pancreática ou outra complicação. A patologia revelou um adenocarcinoma. As margens cirúrgicas estavam livres.CONCLUSÕES: A pancreatoduodenectomia com preservação do píloro por via laparoscópica com reconstrução em y de Roux e drenagem pancreática isolada é viável e pode ser útil para diminuir a gravidade das fístulas pancreáticas pós-operatórias. Este vídeo pode ajudar cirurgiões laparoscópicos a executar e padronizar este procedimento complexo.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 668

TÍTULO DO TRABALHO: DUODENOPANCREATECTOMIA TOTAL POR LAPAROSCOPIA. TÉCNICA DE PRESERVAÇÃO DO PILORO E ESPLÊNICA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCEL AUTRAN CESAR MACHADO1; RODRIGO CAÑADA SURJAN1; TIAGO BASSÈRES2; FABIO FERRARI MAKDISSI1. 1. FMUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL SIRIO LIBANES, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

OBJETIVO: A cirurgia pancreática laparoscópica está ganhando aceitação e vantagens evidentes foram demonstradas na ressecção distal. A pancreatectomia total é uma operação complexa que combina os passos operatórios da pancreatectomia distal e pancreatoduodenectomia. No entanto, a reconstrução é mais fácil e as complicações são menores devido à falta de anastomose pancreática.Apresentamos um vídeo de pancreatectomia total com preservação do piloro e do baço por via laparoscópica.MÉTODO: Mulher de 63 anos com neoplasia mucinosa papilarífera intraducal difusa (IPMN). São utilizados cinco trocartes. A operação começa com a mobilização do duodeno e da cabeça pancreática. A artéria gastroduodenal e o ducto biliar comum são divididos. Duodeno é seccionado com grampeador. O túnelda porta é cuidadosamente criado e uma fita cardíaca é passada em torno do colo do pâncreas. Pâncreas distal é cuidadosamente dissecado preservando os vasos esplênicos. O baço juntamente com a artéria e veia esplênica são preservados. Jejuno proximal é dividido e tracionado para andar supramesocólico. Após pancreatectomia total, hepaticojejunostomia é realizada seguida de duodenojejunostomia antecólica.RESULTADOS:O tempo operatório foi de 6 horas. Houve sangramento mínimo sem necessidade de transfusões. Recuperação da paciente foi excelente e recebeu alta no quinto dia pós-operatório. Patologia revelou uma IPMN não invasiva. As margens cirúrgicas estavam livres. Paciente está bem sem nenhum sinal de doença 3 anos após a operação.CONCLUSÕES:A pancreatectomia total laparoscópica com preservação do piloro e baço é viável e segura, mas deve ser realizada em centros especializados e por cirurgiões laparoscópicos com treinamento adequado.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 471

TÍTULO DO TRABALHO: Exploração Videolaparoscópica de Vias Biliares em Gestante

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: BRUNO ZIADE GIL; SIDNEY MORENO GIL; GUILHERME MARTINELLI VIEIRA. FACULDADE DE MEDICINA DE CATANDUVA, CATANDUVA - SP - BRASIL.

RESUMO:

Exploração Videolaparoscópica de Vias Biliares em GestanteGil BZ; Gil SM; Vieira GMIntrodução: A coledocolitíase pode ocorrer em até 10% dos pacientes portadores de colelitíase. A presença do cálculo na via biliar principal pode levar à sérias complicações como a pancreatite biliar e a colangite aguda. Essas complicações podem ser piores em pacientes em situações clínicas especificas, como as gestantes.Relatamos o caso de uma gestante (Idade Gestacional de 19 semanas e 3 dias) com quadro clínico de dor em hipocôndrio direito e icterícia (BT=7,27); sendo evidenciado coledocolitíase pela colangioressonância. Foi feito tentativa sem sucesso de retirada do cálculo por CPER; a paciente então foi submetida à Colecistectomia Videolaparocópica com Exploração de Vias Biliares intraoperatória. Descrição do vídeo: o vídeo apresenta o procedimento cirúrgico da paciente supracitada. A posição escolhida para a cirurgia foi a da ?escola francesa? (cirurgião por entre as pernas do paciente) com 4 punções, sendo 2 de 10 mm (umbilical e flanco E) e 2 de 5 mm (epigastro e flanco D). Foi realizado a Colecistectomia, colangiografia intraoperatória (confirmando a coledocolitiase), abertura do ducto hepático comum com passagem de sonda de dormia e retirado do cálculo com rafia primaria do ducto e drenagem contralateral da via biliar com dreno de penrose. Todo o procedimento foi realizado por videolaparoscopia. Conclusão: concluímos que o tratamento videolaparoscópico da coledocolitíase, quando há falha do tratamento endoscópico (CPER), é exequível e seguro e deve ser realizado por cirurgiões experientes em cirurgia videolaparoscópica e o mais precocemente possível para evitar complicações maiores.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2119

TÍTULO DO TRABALHO: Hepatectomia + Whipple por videolaparoscopia - Relato de Caso

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOSE JULIO DO REGO MONTEIRO FILHO; PAULO JOSE MOREIRA DE MACEDO. HOSPITAL MIGUEL COUTO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:

Paciente sexo feminino , 62 anos, em acompanhamento de CA de mama bilateral já operado e sem doença residual, apresenta achado de nódulo de 1,5 cm na cabeça do pâncreas. Investigação (TC, RNM e ecoendoscopia) revelam tratar-se de Neoplasia Neuro endócrina de Baixo Grau. Octreoscan mostra 4 lesões no lobo direito do fígado de até 1,8 cm, segmentos 5/6 e 7, a lesão pancreática, uma lesão no delgado e uma no mesentério. Apesar da longa duração da operação, é proposta a ressecção de todas as lesões num só tempo cirúrgico, com início por vídeolaparoscopia pela hepatectomia. Foram realizados por videolaparoscopia a hepatectomia e a cirurgia de Whipple, sendo ampliada a incisão da cicatriz umbilical com retirada das peças e ressecção das lesões do mesentério e do delgado. O tempo cirúrgico total foi de 11horas e 30 minutos - 4 horas na hepatectomia, 30 minutos de intervalo, 6 horas no Whiple e 1 hora na enterectomia. Apresentou boa evolução pós operatória com um episódio de hematêmese sem repercussão hemodinâmica no terceiro DPO, inicio de dieta no quinto DPO e alta hospitalar no oitavo DPO. O Video mostra a hepatectomia e a ressecção pancreática.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 1040

TÍTULO DO TRABALHO: IMPORTÂNCIA DA ULTRASONOGRAFIA INTRAOPERATÓRIA NA CIRURGIA PANCREÁTICA LAPAROSCÓPICA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: RODRIGO CAÑADA SURJAN1; FABIO FERRARI MAKDISSI2; TIAGO BASSÈRES1; MARCEL AUTRAN CESAR MACHADO1. 1. DEPARTAMENTO DE CIRURGIA - FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - FMUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO - FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

INTRODUÇÃO: A ressecção cirúrgica do processo uncinado do pâncreas é um procedimento mais consercador que uma pancreatoduodenectomia e é um procedimento eficaz e adequado para o tratamento de lesões benígnas e tumores não invasaivos do processo uncinado do pâncreas. Apesar de algumas vantagens frente a pancreatoduodenectomia, comexames pré-operatórias demonstravam um tumor neuroendócrino do processo uncinado com íntima relação com o ducto de Wirsung. A proposta inicial era a realização de uma pancreatoduodenectomia laparoscópica, mas uma ultrasonografia intra-operatória demosntrou que um procedimento com maior preservação de parênquima pancreático seria possível.DESCRIÇÃO: Paciente masculino de 62 anos com lesão de 2,4 cm do processo uncinado pancreático próxima do ducto de Wirsung em achados de colangio-ressonância. Realizada Eco-endoscopia com biópsia que diagnosticou um tumor neuroendócrino. O paciente foi submetido à laparoscopica com intuito de ser realizada uma pancreatoduodenectomia mas ao ser realizada ultrasonografia intra-operatória observou-se que a lesão distava alguns milímetros do Wirsung. A opção foi a realização de uma uncinectomia laparoscópica. O tempo operatório foi de 220 minutos. Perda sanguínea estimada em 80 ml. O paciente recebeu alta no quarto pós-operatório. Apresentou fístula pancreática grau A e o dreno retirado 2 semanas após a cirurgia.CONCLUSÃO: O uso da ultrasonografia intra-operatória em cirurgias pancreáticas pode fornecer dados anatômicos adicionais que podem tornar possível a realização de procedimentos com preservação de parênquima pancreático e evitar cirurgias mais extensas desnecessárias.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 3067

TÍTULO DO TRABALHO: Pancreatectomia Central Laparoscópica ? Apresentação de Vídeo

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: NATALIA SARACENI1; LEANDRO TRAMA1; GIOVANNA RICCIOPPO DIEGUES1; FRANCISCO ANTONIO SERGI FILHO1; FABRICIO MORAES1; FERNANDA RIBEIRO DANZIERE1; MARCELO PEROSA DE MIRANDA1; TERCIO GENZINI2. 1. HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO., SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. .

RESUMO:

Introdução: Paciente feminino, 24 anos, assintomática, sendo encontrada lesão no pâncreas de 59x21mm em USG de rotina. Ao exame físico apresentava massa palpável em epigástrico. Exames laboratoriais sem alterações. RNM evidenciou formação nodular expansiva pancreática sólida, heterogenia com duvidosos focos hemáticos medindo 50x44mm característico de tumor sólido pseudopapilar ou, menos provável, tumor neuroendócrino. Marcadores tumorais normais. Eco-EDA com ducto pancreático sem dilatação e, na topografia do corpo/colo do pâncreas, lesão expansiva de 52x40mm, sendo realizado biópisa. Biópsia mostrou Tumor de Frantz. Indicado pancreatectomia central por videolaparoscopia. Descrição do vídeo: Realizado pneumoperitoneo entre 12-15mmHg e colocação de 5 trocaters sendo 2 em flanco esquerdo, 1 na cicatriz umbilical, 1 no epigastro e 1 em flanco direito. Liberado colon transverso e ângulo hepático para acesso retroperitoneal. Identificado lesão bem delimitada em região de colo pancreático. Dissecado lesão do hilo hepático com necessidade de ligadura de artéria pancreatojejunal. Liberado parede inferior do pâncreas com identificação de veia mesentéria e confecção de túnel até o eixo portoesplenomesentérico. Utilizado grampeador linear para secção do parênquima pancreático entre a cabeça e a lesão distando pelo menos 1 cm de margem. Liberado lesão pancreática da artéria e veia esplenica e seccionado parênquima entre a lesão e corpo utilizando bisturi ultrassonico com identificação de ducto pancreático e secção do mesmo com tesoura fria. Retirado lesão em saco plástico pela incisão de Pfannenstiel. Confecção da anastomose gastropancreática em parede posterior do estômago em 2 planos. Realizado sutura de reforço da linha de grampeamento da cabeça do pâncreas. Revisão da hemostasia e drenagem cavidade com 2 drenos tubulares. Anatomopatológico mostrou tumor sólido-pseudopapilífero do pâncreas com 5,5 cm, extensão neoplásica extra-pancreática presente focal, sem invasão neoplásica angiolinfática ou angiovenosa, e margens cirúrgicas radiais focalmente exíguas. Em seguimento de 6 meses, encontra-se assintomática, sem queixas e com glicemias normais. Exames laboratoriais, de imagem e endoscopia sem alterações. Conclusão: A técnica vídeolaparoscopica mostrou-se segura e menos invasiva, sendo a pancreatectomia central uma alternativa atraente em caso de tumor localizado no istmo, evitando assim ressecções extensas do parênquima que podem evoluir com co-morbidades futuras.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 3067

TÍTULO DO TRABALHO: Pancreatectomia Central Laparoscópica ? Apresentação de Vídeo

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: NATALIA SARACENI1; LEANDRO TRAMA1; GIOVANNA RICCIOPPO DIEGUES1; FRANCISCO ANTONIO SERGI FILHO1; FABRICIO MORAES1; FERNANDA RIBEIRO DANZIERE1; MARCELO PEROSA DE MIRANDA1; TERCIO GENZINI2. 1. HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO., SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. .

RESUMO:

Introdução: Paciente feminino, 24 anos, assintomática, sendo encontrada lesão no pâncreas de 59x21mm em USG de rotina. Ao exame físico apresentava massa palpável em epigástrico. Exames laboratoriais sem alterações. RNM evidenciou formação nodular expansiva pancreática sólida, heterogenia com duvidosos focos hemáticos medindo 50x44mm característico de tumor sólido pseudopapilar ou, menos provável, tumor neuroendócrino. Marcadores tumorais normais. Eco-EDA com ducto pancreático sem dilatação e, na topografia do corpo/colo do pâncreas, lesão expansiva de 52x40mm, sendo realizado biópisa. Biópsia mostrou Tumor de Frantz. Indicado pancreatectomia central por videolaparoscopia. Descrição do vídeo: Realizado pneumoperitoneo entre 12-15mmHg e colocação de 5 trocaters sendo 2 em flanco esquerdo, 1 na cicatriz umbilical, 1 no epigastro e 1 em flanco direito. Liberado colon transverso e ângulo hepático para acesso retroperitoneal. Identificado lesão bem delimitada em região de colo pancreático. Dissecado lesão do hilo hepático com necessidade de ligadura de artéria pancreatojejunal. Liberado parede inferior do pâncreas com identificação de veia mesentéria e confecção de túnel até o eixo portoesplenomesentérico. Utilizado grampeador linear para secção do parênquima pancreático entre a cabeça e a lesão distando pelo menos 1 cm de margem. Liberado lesão pancreática da artéria e veia esplenica e seccionado parênquima entre a lesão e corpo utilizando bisturi ultrassonico com identificação de ducto pancreático e secção do mesmo com tesoura fria. Retirado lesão em saco plástico pela incisão de Pfannenstiel. Confecção da anastomose gastropancreática em parede posterior do estômago em 2 planos. Realizado sutura de reforço da linha de grampeamento da cabeça do pâncreas. Revisão da hemostasia e drenagem cavidade com 2 drenos tubulares. Anatomopatológico mostrou tumor sólido-pseudopapilífero do pâncreas com 5,5 cm, extensão neoplásica extra-pancreática presente focal, sem invasão neoplásica angiolinfática ou angiovenosa, e margens cirúrgicas radiais focalmente exíguas. Em seguimento de 6 meses, encontra-se assintomática, sem queixas e com glicemias normais. Exames laboratoriais, de imagem e endoscopia sem alterações. Conclusão: A técnica vídeolaparoscopica mostrou-se segura e menos invasiva, sendo a pancreatectomia central uma alternativa atraente em caso de tumor localizado no istmo, evitando assim ressecções extensas do parênquima que podem evoluir com co-morbidades futuras.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 445

TÍTULO DO TRABALHO: PANCREATECTOMIA CENTRAL LAPAROSCÓPICA COM PANCREATO-JEJUNOSTOMIA EM Y DE ROUX

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCEL AUTRAN CESAR MACHADO1; TIAGO BASSÈRES2; RODRIGO CAÑADA SURJAN1; FABIO FERRARI MAKDISSI1. 1. FMUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL SIRIO LIBANES, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

OBJETIVO: A pancreatectomia central é uma técnica alternativa para tumores benignos ou malignos de baixo grau do colo do pâncreas. Esta técnica preserva o parênquima pancreático e foi desenvolvida para evitar a insuficiência exócrina e/ou endócrina. A ressecção laparoscópica do pâncreas tem sido cada vez mais utilizada na última década. Entretanto, vários pacientes que necessitam de pancreatectomia central ainda estão sendo tratados com abordagem aberta ou pancreatectomia subtotal laparoscópica.MÉTODO: Uma mulher de 48 anos, com tumor cístico no colo do pâncreas foi encaminhada para tratamento. Foi proposta uma pancreatectomia central laparoscópica. Foram utilizados quatro trocartes. A operação começa com a exposição do pâncreas e ultra-som intra-operatório. O tumor foi identificado e o pâncreas foi dividido com grampeador linear endoscópico no lado direito do tumor. Após a dissecção da parte distal, o pâncreas é dividido e o colo do pâncreas é retirado por meio da incisão umbilical. O ducto pancreático principal é identificado e cateterizado. A alça jejunal em Y de Roux é preparada e é realizada pancreatojejunostomia ducto-mucosa. A cavidade abdominal é drenada.RESULTADOS: O tempo operatório foi de 3 horas. A recuperação foi sem intercorrências, exceto desenvolvimento de uma fístula pancreática de grau A que foi tratada com remoção tardia do dreno. A patologia confirmou cistoadenoma mucinoso sem focos malignos e com margens livres.CONCLUSÕES: A pancreatectomia central totalmente laparoscópica com ancreatojejunostomia em Y de Roux é uma alternativa viável para pacientes selecionados com neoplasias pancreáticas de baixo grau de localização central. Esta técnica pode diminuir significativamente o risco de insuficiência endócrina e/ou exócrina decorrente de ressecções pancreática extensas.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2120

TÍTULO DO TRABALHO: Pancreatogastrostomia por vídeolaparoscopia

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: JOSE JULIO DO REGO MONTEIRO FILHO; PAULO JOSE MOREIRA DE MACEDO. HOSPITAL MIGUEL COUTO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

RESUMO:

Pancreatogastrostomia laparoscópica na reconstrução da gastroduodenopancreatectomiaUma mulher de 52 anos de idade foi submetida a gastroduodenopancreatectomia por tumor de papila. A artéria hepática direita proveniente da artéria mesentérica superior foi preservada. A anastomose biliar é a primeira a ser feita, término lateral a cerca de 25 cm do final da alça jejunal. A anastomose pancreática é feita na parede gástrica posterior. O pâncreas é puxado / empurrado para dentro do lúmen gástrico. Um retalho de omento é passado em torno da anastomose pancreática e sobre os vasos mesentéricos. A anastomose gastrojejunal é feita manualmente. Um dreno de Blake é utilizada. A peça é removida através de uma ampliação da incisão umbilical.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2543

TÍTULO DO TRABALHO: Recolecistectomia - Tratamento videolaparoscópico da síndrome pós-colecistectomia

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MURILLO DE LIMA FAVARO1; SILVIO GABOR2; OTTO MAURO DOS SANTOS-ROSA1; LIGIA RIBEIRO2; JULIO BETIOL2; YASMIN GARCIA BATISTA2; MARSELLE RIBAS2; ALUISIO ALMEIDA PINTO2; MARCELO AUGUSTO F. RIBEIRO JR.2. 1. UNISA-SP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. UNISA, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

IntroduçãoA colecistectomia videolaparoscópica é o método de escolha no tratamento da colelitíase. A manutenção dos sintomas pós-colecistectomia pode representar uma grande variedade de condições, as quais representam um diagnóstico desafiador. O remanescente do ducto cístico, definido como um ducto residual maior que 1 cm de comprimento ou a realização de colecistectomia subtotal, pode, causar a síndrome pós-colecistectomia. O ultrassom é uma exame com baixa sensibiliade nesses casos e a tomografia computadorizada pode nos casos de urgência a ajudar no diagnostico. Mas a colangioressonancia é o método ideal para avaliar o trato biliar nestes casos.J. R. P., 64 anos, sexo masculino, atendido em pronto socorro com dor recorrente em hipocôndrio direito (HCD) em cólica de moderada para forte intensidade, refere náuseas, nega febre ou outras alterações, iniciou o quadro há 1 ano com aumento progressivo da dor.Fazia acompanhamento com gastroenterologista, sendo feita investigação diagnóstica com ultrassom e endoscopia anual e iniciado tratamento com omeprazol devido gastrite.AP nega HAS/DM/etilismo/tabagismoCirurgia de colecistectomia aberta há 15 anosHerniorrafia umbilical há 7 anosExames laboratoriais com leve leucocitose, sem outras altRealizada tomografia computadorizada: relato de colecistectomia, destacando-se ectasia do coto do ducto cistico, configurando imagem sacular medindo cerca de 2,5 x 1,5 x 1,5 cm com pelo menos quatro imagens ovaladas hiperatenuantes (cálculos) em seu interior, medindo até 0,4 cmDescrição do videoRecolecistectomia videolaparoscópica com colangiografia intraoperatóriaConclusãoPaciente recebeu alta após 24h do procedimento cirúrgico sem queixas e acompanha há 1 anos sem retorno do quadro de dor 1. Tantia O, Jain M, Khanna S, Sen B. Post cholecystectomy syndrome: Role of cystic duct stump and re-intervention by laparoscopic surgery. J Minim Access Surg. 2008;4(3):71.2. Shaw C, O? Hanlon DM, Fenlon HM. Cystic Duct Remnant and the ?Post-cholecystectomy Syndrome.? Hepatogastroenterology. 2004;51(55):36?8.3. Terhaar OA, Abbas S, Thornton FJ, et al. Imaging patients with ?post-cholecystectomy syndrome?: An algorithmic approach. Clin Radiol. 2005;60(1):78?84.4. Katsohis C, Prousalidis J, Tzardinoglou E, et al. Subtotal Cholecystectomy. HPB Surg. 1996;9(3):133?6.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2836

TÍTULO DO TRABALHO: SISTEMA DE PRESSÃO NEGATIVA CONTÍNUA COMO OPÇÃO PARA TRATAMENTO DE SÍNDROME DE COMPARTIMENTO ABDOMINAL POR PANCREATITE AGUDA GRAVE E FÍSTULA GÁSTRICA.

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MARCUS DE ALMEIDA CORREIA LIMA1; WAGNER LUIZ LORA FILHO1; JOHN THIERRY MARQUES DE JESUS1; CARLA VIEIRA STRAUCH1; PAULA ARAÚJO AUAD1; MARCIO RIVISON SILVA CRUZ2; FERNANDA SILVA CAMPOS3. 1. FACULDADE DE TECNOLOGIA E CIÊNCIA, SALVADOR - BA - BRASIL; 2. UNIFACS, SALVADOR - BA - BRASIL; 3. ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SÚDE PÚBLICA, SALVADOR - BA - BRASIL.

RESUMO:

Introdução: A aplicabilidade dos curativo em sistema de pressão negativa ainda é um método de abordagem a feridas que vem alcançando novos campos a cada dia. A literatura mostra benefícios palpáveis da terapia a vácuo às feridas diabéticas crônicas com difícil cicatrização, em casos de infecções pós-cirurgias cardíacas e em pacientes submetidos a enxertos de pele. O presente estudo busca trazer como possibilidade desta técnica o tratamento de síndrome do compartimento abdominal pós-pancreatite aguda e fístula gástrica.Método e Resultado: Paciente de 32 anos submetida a bypass gástrico laparoscópico para tratamento de obesidade grau II que evoluiu no terceiro dia pós-operatório evoluiu com mal-estar, sinais de resposta inflamatória e dor lombar intensa . Realizada então abordagem por via laparotômica. O inventário da cavidade mostrou intenso processo inflamatório intra-abdominal com lesões peritoneais em "pingo de vela"compatível com pancreatite aguda . Devido à piora clínica foi iniciada antibioticoterapia de amplo espectro, suporte ventilatório e hemodinâmico . Realizada ainda peritoneostomia descompressiva associada a tratamento com sistema de pressão negativa contínua com curativo abdominal a vácuo. Os curativos foram trocados em média a cada 3 dias segundo recomendação do fabricante. Na segunda troca de curativo foi identificada deiscência parcial de anastomose gastro-jejunal sendo optado por colocação de prótese endoscópica parcialmente revestida. Na sétima troca do sistema de terapia à vácuo foi iniciado o fechamento da parede abdominal com passagem de sutura contínua com PDS II 1 na aponeurose mantendo tensão parcial e esponja siliconada para aspiração contínua. Após 3 dias foi retirado sistema de aspiração contínua, fechamento da aponeurose, colocação de esponja com nitrato de prata e pressão negativa contínua do subcutâneo até a sutura da pele após 5 dias.Conclusão: peritoneostomia com sistema de aspiração contínua e tratamento precoce de fístula gástrica de difícil resolução, devem ser sempre considerados no paciente obeso com sepse abdominal grave e síndrome compartimental abdominal.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 2773

TÍTULO DO TRABALHO: VARIAÇÃO ANATÔMICA ARTÉRIA CÍSTICA

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: MATHEUS DE CARVALHO BASSANI; ANTONIO ANGELO ROCHA; JULIANO RODRIGUES OLIVEIRA; DENNISON GUERREIRO COVAS; EDUARDO PEREIRA BUENO; ALCIDES JOSÉ RIZZO BRAGA. SANTA CASA POÇOS DE CALDAS, POÇOS DE CALDAS - MG - BRASIL.

RESUMO:

INTRODUÇÃONa última década, com o avanço da utilização da cirurgia videolaparoscópica, o conhecimento das variações anatômicas tornou-se muito mais importante, pois nessa técnica cirúrgica o campo de visão é reduzido e a segurança do cirurgião em relação a este conhecimento é de extrema importância no procedimento, evitando complicações durante o ato cirúrgico, como no pós-operatório. A vesícula biliar encontra-se na porção ínfero-anterior do fígado, no lobo direito e projeta-se à parede abdominal, anterior ao nível da 9ª costela e linha hemiclavicular direita. O suprimento arterial desse órgão provém da artéria cística. Esta artéria usualmente origina-se da a. hepática direita, percorre o trígono hepatocístico anteriormente ao ducto cístico e posteriormente ao ducto hepático comum e então se divide em 2 ramos para irrigar a vesícula por suas diferentes faces. Porém, essa artéria sofre muitas variações em sua origem, trajeto, distribuição e número.A principal origem da artéria cística, a artéria hepática direita em cerca de 73% dos casos. Em relação as demais origens: a origem na artéria hepática esquerda varia entre 1,22 a 6,2%; artéria gastroduodenal varia entre 1,4 a 2,6%; 1,22 a 2,8% na hepática comum e 1,22 a 1,4% na mesentérica superior. Há também casos isolados de origens nas aa. retroduodenal, pancreaticoduodenal superior e tronco celíaco. Quanto ao trajeto, 32,93% percorrem anteriormente pelo triângulo cistohepático, 26,83% correm anteriormente ao ducto hepático comum, enquanto que em 9,76% essa corre posteriormente a esse ducto. Em 4,87% dos casos passa anteriormente ao ducto hepático direito, e, em 25,61% correspondem a casos de trajetos isolados.DESCRIÇÃO DO VÍDEOColecistectomia videolaparoscópica. Artéria cística originando da artéria gastroduodenal, anterior ao ducto cístico, exteriormente ao trígono de Callot. Foi identificada sua origem, isolada, dissecada e realizado ligadura e secção da artéria cística. Realizado dissecção cuidadosa e identificação do ducto cístico e infundíbulo, ligadura e secção de ducto cístico.CONCLUSÃOA variação anatômica mais comum da artéria cística é em relação ao seu trajeto, e a característica que é menos variável é a distribuição dos ramos terminais na vesícula biliar. Enfim, as variações anatômicas da artéria cística são um desafio aos cirurgiões, dessa forma, seu conhecimento é de suma importância tanto para o sucesso no manejo de procedimentos videolaparoscópicos.

CBC 2017 – TRABALHOS APRESENTADOS COMO PÔSTER

CODIGO DO TRABALHO: 3063

TÍTULO DO TRABALHO: VIDEOPANCREATECTOMIA CENTRAL NO TRATAMENTO DE TUMOR NEUROENDÓCRINO COM ANASTOMOSE PANCREATOGÁSTRICA EM PORTADOR DE GASTROPLASTIA REDUTORA COM BYPASS JEJUNAL EM Y DE ROUX PARA O TRATAEMNTO DA OBESIDADE

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

ÁREA DE APRESENTAÇÃO: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

AUTORES E INSTITUIÇÕES: LEONARDO EMILIO DA SILVA1; RONALDO ELIAS CARNUT REGO2; MAXLEY MARTINS ALVES1; LUDMILLA DA SILVA BATISTA1; ISABELA SUAVINHA JAYME1; PATRÍCIA ALINE DE ANDRADE RODRIGUES1; PHELIPE GONÇALVES MENDES PIMENTEL1. 1. ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS, GOIANIA - GO - BRASIL; 2. ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS, SAO PAULO - SP - BRASIL.

RESUMO:

PACIENTE 44 ANOS, FEMININO, BRANCA DE GOIANIA, GOIÁS. ANTECENDETES DE BYPASS GÁSTRICO EM Y DE ROUX PARA O TRATAEMNTO DA OBESIDADE HÁ 12 ANOS. HÁ 2 SEMANAS APRESENTOU DOR EM REGIÃO LOMBAR ESQUERDA E PROCUROU PRONTO SOCORRO ONDE INDICARAM UMA TOMOGRAFIA DE ABDOME TOTAL COM SUSPEITA DE NEFROLITÍASE. O RESULTADO DA TOMOGRAFIA EVIDENCIOU LITÍASE RENAL ESQUERDA SEM OBSTRUÇÃO E UMA LESÃO CÍSTICA NA TRANSIÇÃO CORPO/CABEÇA PANCREÁTICA. APÓS MELHORA DO QUADRO DE CÓLICA NEFRÉTICA, FOI ENCAMINHADA PARA AVALIAÇÃO. EXAME FÍSICO SEM ALTERAÇÃO, ANICTÉRICA E AFEBRIL. SEM QUALQUER QUADRO QUE SUGERISSE PANCREATITE PRÉVIA.APÓS MARCADORES TUMORAIS ESPECÍFICOS NORMAIS E ESTAR APTA CINICAMENTE INDICAMOS ABORDAGEM CIRÚRGICA POR VIDEOLAPAROSCOPIA. ENCONTRAMOS LESÃO CÍSTICA EM CORPO/CABEÇA PANCREÁTICA E OPTAMOS PELA RESSECÇÃO CENTRAL COM PRESERVAÇÃO DA CAUDA. REALIZAMOS PANCREATO-GÁSTROANASTOMOSE COM PAREDE POSTERIOR DO ESTÔMAGO EXCLUSO. DRENAMMOS A ANASTOMOSE. O TEMPO CIRÚRGICO FOI DE 3 HORAS DE 20 MINUTOS. NÃO APRESENTOU FÍSTULA PANCREÁTICA E FOI REALIMENTADA NO PO 1. PERMANECEU INTERNADA ATÉ PO 3 QUANDO RECEBEU ALTA. O ANATOMOPATOLÓGICO EVIDENCIOU TUMOR NEUROENDÓCRINO DE BAIXO GRAU.ENCONTRA-SE NO PO 10 MESES ASSINTOMÁTICA.